



Les gouvernements et les agences de développement se sont engagés à accroître l'efficacité de la coopération au développement, plus récemment à travers l'Accord de Partenariat de Busan et reconfirmés dans plusieurs réunions de haut niveau. Sur base de ces engagements, les partenaires du Partenariat international pour la santé (IHP+) ont mis en évidence sept pratiques qui contribuent à une coopération de développement plus efficace.



Une stratégie nationale de santé unique est soutenue par le gouvernement et ses partenaires du développement qui conviennent des priorités reflétées dans la stratégie nationale de santé, étayée par des stratégies sous-sectorielles, avec un processus inclusif d'élaboration et d'évaluation conjointe, aboutissant à une réduction des procédures séparées.



Les apports en ressources sont inscrits au budget national de la santé et conformes aux priorités nationales, avec une prévisibilité du financement du gouvernement et des partenaires au développement.



Les systèmes de gestion financière sont harmonisés et alignés ; le renforcement des capacités requises est fait ou est en cours, et les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.



Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; les systèmes parallèles sont progressivement abandonnés, les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés avec une priorité au meilleur rapport qualité-prix possible. L'appropriation nationale est compatible avec le fait de bénéficier d'un approvisionnement au niveau mondial



Le suivi conjoint des activités et de leurs résultats est fondé sur une plateforme unique de suivi et de redevabilité ; des procédures conjointes de redevabilité mutuelle sur l'efficacité de la coopération au développement sont en place, comme les revues annuelles conjointes ou les examens du pacte



L'assistance technique est planifiée de manière stratégique et prodiguée de façon bien coordonnée ; les occasions d'apprentissage systématique entre pays sont développées et soutenues par les institutions au moyen de la coopération Sud-Sud et triangulaire.



La société civile opère dans un environnement qui optimise son engagement et sa contribution au développement du secteur de la santé.



Le secteur privé a l'espace pour participer au développement et à la mise en œuvre de politiques de santé effectives, efficaces et équitables*

[*] La 8e pratique concernant l'engagement du secteur privé a été ajoutée par IHP+Results en consultation avec l'équipe cadre de l'IHP+. Toutes les pratiques ont été évaluées dans le cycle de suivi 2016.

Remerciements

Le Rapport de performance 2016, comprenant les aides visuelles pour les pays et les partenaires au développement participants, est le résultat des efforts collectifs de représentants des gouvernements, des partenaires au développement et des organisations de la société civile et du secteur privé qui ont fourni l'information sur leur comportement en ce qui concerne une sélection de pratiques de la coopération efficace au développement (CED) dans les pays participants. En outre, 15 agences de développement international ont fourni des informations supplémentaires sur les politiques, pratiques et procédures institutionnelles. Ces efforts étaient gérés par le consortium IHP+Results (IHP+R), avec le soutien et la supervision du groupe consultatif d'IHP+ Results et de l'équipe de base de l'IHP+.

L'équipe de gestion du consortium IHP+R, dirigée par Leo Devillé, incluait Kathy Attawell, Anna Cirera (co-responsable), Josef Decosas et Marieke Devillé. Le service d'assistance à temps plein était géré par Corinne Eisma et Giada Tu Thanh. Une équipe de 11 experts internationaux et 30 experts nationaux a fourni un support aux 30 pays. En outre, René Dubbeldam a dirigé la revue des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement en rapport avec la CED, avec le soutien de 8 experts internationaux. Sans leur soutien, cet exercice n'aurait pas été possible.

Nous remercions l'équipe de base de l'IHP+ pour ses conseils tout au long du processus de collecte et d'analyse des données.

Conception et mise en page : Aides visuelles, Présentation PowerPoint et Rapport de performance : hera

Traduction et correction : OneLiner Translations (Belgique), Kathy Attawell, Anna Cirera (itad), Marieke Devillé et Afonso Pereira (hera)

Déclaration de non-responsabilité

Ce document a été préparé pour l'IHP+. hera et son partenaire du consortium n'accepteront aucune responsabilité relative aux éventuelles conséquences au cas où ce document et les informations qu'il contient seraient utilisés à des fins autres que celles pour lesquelles il a été commandité. Les personnes utilisant ou s'appuyant sur le document à toutes autres fins sont d'accord, accord confirmé par une telle utilisation du document, d'indemniser hera pour toute perte ou dommage qui pourraient en résulter.

hera n'accepte aucune responsabilité concernant ce document vis-à-vis de toute partie autre que l'entité qui l'a commandité.

Dans la mesure où ce rapport est basé sur des informations fournies par d'autres parties, hera n'accepte aucune responsabilité pour toute perte ou dommage subi par le client, que ce soit de façon contractuelle ou de façon détournée, perte ou dommage découlant de toute conclusion basée sur des données fournies par d'autres parties qu'hera et utilisées par hera et ses sous-traitants dans la rédaction de ce rapport.

Table des matières

Remerciements	I
Table des matières	II
Liste des tableaux	III
Liste des figures	III
Acronymes et abréviations	IV
Résumé exécutif	VI
1. Introduction	2
2. La façon dont la performance a été suivie en 2016	4
2.1. Approche globale	4
2.2. Méthodes	5
2.3. Limitations	7
3. La performance des partenaires de l'IHP+	9
3.1. Établir des stratégies solides du secteur de la santé qui soient évaluées conjointement et qui ... renforcent la redevabilité	9
3.2. Améliorer le financement, la prédictabilité et la gestion financière du secteur de la santé ..	14
3.3. Établir, renforcer et utiliser les systèmes des pays	19
3.4. Créer un environnement favorable pour la participation de la société civile et du secteur privé. .	25
3.5. Interface de la coopération au développement et de l'assistance humanitaire dans le domaine de la santé.	30
4. Politique et pratique de la coopération efficace au développement dans le domaine de la santé ...	32
5. Résumé des constatations	35
5.1. Progrès de la coopération efficace au développement	36
5.2. Leçons apprises à partir d'une approche de suivi par pays, plus qualitative et plus inclusive ..	38
6. Les perspectives	40
6.1. Recommandations pour les partenaires gouvernementaux	40
6.2. Recommandations pour les partenaires au développement	41
6.3. Recommandations pour le groupe de partenariat CSU2030	42
Annexes	
Annexe 1. Mesures standards de performance de IHP+Results	A.II
Annexe 2: Méthodologie et limitations	A.III
Annexe 3: Leçons apprises à partir des discussions des constatations et plans d'action au niveau des pays	A.VII
Annexe 4: Résultats des enquêtes et des discussions de groupes de la société civile et du secteur privé	A.IX
Annex 5. Glossaire des principaux termes utilisés	A.XIII

Liste des tableaux

Tableau 1 : Pratiques efficaces de coopération au développement dans le secteur de la santé	3
Tableau 2: Pays participant dans le cycle de suivi 2016	5
Tableau 3: Partenaires au développement et nombre de pays dans lesquels ils ont participé	5
Tableau 4: Questions faisant l'objet d'un suivi et indicateurs de performance	6
Tableau 5: Partenaires au développement avec plus de 80 % de performance dans le soutien aux OSC	26
Tableau 6: Partenaires au développement avec plus de 80 % de performance dans le soutien du secteur privé	27
Tableau 7: Agences partenaires au développement participant dans la revue de politiques et de pratiques de la CED	32
Tableau 8: Performance au regard des indicateurs IHP+ dans le 5e cycle de suivi	35

Liste des figures

Figure 1. Nombre de partenaires au développement participant au suivi d'IHP+R au niveau des pays	7
Figure 2.(a) Participation dans les évaluations conjointes de stratégie sectorielle ou sous-sectorielle	10
Figure 2.(b) Exigence d'évaluation séparée des stratégies sectorielles ou sous-sectorielles	10
Figure 3. Utilisation de cadres nationaux de suivi de la performance convenus et spécifiques aux agences	11
Figure 4. Nombre de partenaires au développement signalant leur participation dans des revues sectorielles conjointes	11
Figure 5. Participation dans des revues annuelles conjointes ou exercices similaires au cours des deux dernières années	12
Figure 6. Tendance de la participation des PD dans les mécanismes de redevabilité mutuelle	12
Figure 7. Dépenses des gouvernements en matière de santé en % des dépenses gouvernementales générales en 2014	14
Figure 8. Exécution (%) des budgets gouvernementaux de santé dans l'année fiscale sélectionnée	14
Figure 9. Taux moyens d'exécution des budgets des partenaires au développement par pays	15
Figure 10. Taux d'exécution budgétaire de 18 PD et taux d'exécution budgétaire global (%)*	15
Figure 11. Information des gouvernements au sujet des plans de dépenses sur 3 ans par les PD	16
Figure 12. Fonds de coopération pour les gouvernements, déclarés dans le budget national	17
Figure 13. Tendances du pourcentage de dépenses gouvernementales en matière de santé	17
Figure 14.(a) Tendance de l'exécution nationale du budget de la santé	17
Figure 14.(b) Tendance de l'exécution budgétaire de la coopération au développement	17
Figure 15. Tendance des prévisions de dépenses des fonds de développement	18
Figure 16. Tendance de l'inscription des fonds des PD dans les budgets nationaux	18
Figure 17. Score CPIA de la Banque mondiale pour la gestion des finances publiques 2014	20
Figure 18. Déboursements pour les gouvernements utilisant des procédures nationales d'exécution budgétaire	20
Figure 19. Utilisation par les PD des systèmes nationaux de GFP pour au moins certaines passations de marchés	21
Figure 20. Pratique d'assistance technique des PD	22
Figure 21. Tendance de l'utilisation par les PD de systèmes nationaux de GFP pour les déboursements pour le secteur gouvernemental	23
Figure 22. Tendance du soutien des PD offert aux organisations de la société civile	29
Figure 23. Déboursements pour la coopération au développement et pour l'assistance humanitaire dans le domaine de la santé	31

Acronymes et abréviations

AFC	Accord de financement conjoint
AFD	Agence Française de Développement
AIMS	Systèmes de gestion des informations relatives à l'aide
APD	Aide Publique au Développement
CAD/OCDE	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
CDC	Centers for Disease Control (Centres pour le contrôle des maladies, USA)
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CE	Commission européenne
CED	Coopération efficace au service du développement
CNS	Comptes nationaux de la santé (National Health Accounts)
CPIA	Évaluation des politiques et des institutions du pays (Banque mondiale)
CRP	Cadre de résultats du pays
CRS	Système de notification des pays créanciers (CAD/OCDE)
CSS	Coopération Sud-Sud
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTB	Coopération belge au développement
CTr	Coopération triangulaire
DAD	Development Assistance Database (base de données de l'assistance au développement)
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GFP	Gestion des finances publiques
GIZ	Agence allemande de coopération internationale pour le développement
GPEDC	Partenariat mondial pour une coopération efficace au développement
GPMA	Gestion de la passation de marchés et des approvisionnements
JANS	Évaluation conjointe des stratégies nationales
JFA	Joint Financing Agreements (accords de financement conjoints)
KFW	Banque de développement allemande
MCP	Mécanisme de coordination pays (Country Coordinating Mechanism, CCM) (Fonds mondial)
MF	Ministère des Finances
MS	Ministère de la Santé
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OSC	Organisation de la société civile
PD	Partenaire au développement
PPP	Partenariat public-privé
RAC	Revue annuelle conjointe
RDC	République démocratique du Congo
RSS	Renforcement des systèmes de santé
SP	Secteur privé

Performance au regard des indicateurs IHP+ dans le 5e cycle de suivi

Légende	Progrès (au moins 3 % d'augmentation sur le cycle de suivi 2014)	Stagnation (dans les +/- 3 % de résultats dans le cycle de suivi 2014)	Déclin (au moins 3 % de diminution à partir du cycle de suivi 2014)	Pas comparable au cycle de suivi de 2014	Non applicable
Gouvernement					
PD					
Stratégies du secteur de la santé et redevabilité mutuelle					
Proportion de pays avec une stratégie nationale du secteur de la santé en place et proportion de partenaires au développement qui alignent leurs programmes avec les priorités nationales	100%				100%
Proportion des pays avec un cadre unique de suivi et d'évaluation en place et proportion des partenaires au développement qui utilisent exclusivement le cadre national de suivi	80%				47%
Des mécanismes de redevabilité mutuelle sont en place et utilisés par les partenaires au développement	80%				73%
Engagements en matière de financement du secteur de la santé					
Proportion de l'exécution budgétaire du secteur de la santé par les gouvernements et proportion de l'exécution budgétaire du soutien au secteur de la santé par les partenaires au développement	86%				71%
Proportion des gouvernements qui ont un budget glissant ou CDMT s'étalant sur 3 ans en place et proportion des partenaires au développement dont le gouvernement est informé au sujet de leurs plans de prévisions des dépenses pour les 3 prochaines années	66%				35% ⁺
Proportion des pays dans lesquels les contributions des partenaires au développement sont (au moins partiellement) reflétées dans le budget national et proportion du soutien des partenaires au développement au gouvernement inscrit dans le budget national de santé	77%				53%
Utilisation des systèmes nationaux de gestion					
Proportion des pays dans lesquels le système de gestion des finances publiques adhère aux bonnes pratiques (CPIA) et proportion du soutien utilisant les procédures nationales de gestion financière (partenaires au développement)	55%				53%
Proportion des pays avec suffisamment de soutien des partenaires au développement en vue de renforcer le système de gestion des finances publiques	NA				50%*
Proportion des pays possédant un plan gouvernemental pour les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement et proportion des partenaires au développement qui utilisent des systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement au moins pour certaines passations de marchés	93%				41%
Proportion des pays avec un soutien suffisant des partenaires au développement pour renforcer les systèmes publics de passation de marchés et d'approvisionnement	NA				100%*
Proportion des pays avec un plan d'assistance technique (AT) national convenu et proportion des partenaires au développement qui fournissent une AT en conformité avec ce plan	21%				Non évalué
Les institutions destinataires sont impliquées dans le développement des termes de référence (TDR) et dans la sélection de l'AT	79% ⁺				96% / 85%*
Proportion de pays dans lesquels le ministère de la Santé bénéficie d'une coopération sud-sud (CSS) ou triangulaire et proportion des partenaires au développement qui soutiennent ce type de coopération	67%**				79%#
Soutien pour l'engagement des OSC et du secteur privé dans le dialogue en matière de politique de santé					
Proportion des pays où les OSC participent au dialogue en matière de politique de santé et proportion des partenaires au développement qui ont des mécanismes institutionnels pour impliquer les OSC dans le développement et la supervision de leur programme, et qui les utilisent	93%				80% / 70%
Proportion des gouvernements qui ont des mécanismes de feed-back en place pour les OSC	77%				NA
Proportion des gouvernements et des partenaires au développement qui fournissent soit des ressources financières, une formation ou un soutien technique aux OSCs	83%				66%
Proportion des pays dans lesquels le secteur privé participe dans le dialogue en matière de politique de santé et proportion des partenaires au développement qui fournissent un soutien pour la participation du secteur privé dans le dialogue national de la politique de santé	63%				70%
Proportion des partenaires au développement qui fournissent un soutien financier ou technique au secteur privé	NA				49%
Proportion des gouvernements qui ont des mécanismes de feed-back en place pour le secteur privé	63%				NA
Proportion des partenaires au développement qui incluent des organisations du secteur privé dans les consultations des parties prenantes et dans d'autres structures participatives pour leur programme	NA				70%

+ Comme signalé par le gouvernement

* Comme signalé par les partenaires au développement

** 20/30 pays déclaraient que soit ils bénéficient beaucoup, la plupart du temps ou parfois, de la CSS ou de la coopération triangulaire

Les partenaires au développement n'avaient pas tous la même compréhension de la CSS ou de la coopération triangulaire

Résumé exécutif

Le Partenariat International pour la Santé (IHP+), lancé en 2007, en est à sa dixième année de fonctionnement. IHP+ est un groupe de partenaires qui se sont engagés à améliorer la santé des citoyens dans les pays en développement. Le partenariat est ouvert à tous les gouvernements, agences de développement et organisations de la société civile (OSC) impliqués dans l'amélioration de la santé et désirant adhérer aux principes de l'efficacité de la coopération au développement tels que soulignés dans le Pacte mondial de l'IHP+ pour la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. En 2016, l'IHP+ incluait 37 gouvernements et 29 partenaires au développement et évoluait pour donner le Partenariat international pour la santé pour la CSU 2030 (CSU2030). On utilise toutefois toujours le nom IHP+ dans ce rapport, lorsqu'on renvoie à la performance en 2014 et en 2015.

Le 5e cycle de suivi de l'IHP+ a commencé en 2016 et suivait les progrès enregistrés concernant la mise en œuvre de huit pratiques pour la coopération efficace au développement (CED). Sous la direction des ministères de la Santé dans les pays partenaires de l'IHP+, des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies et analysées pour des indicateurs de performance pour chaque pratique. Le nombre de gouvernements participants a augmenté de 24 dans le 4e cycle à 30 en 2016. Trente-cinq partenaires au développement ont participé, y compris des agences bilatérales de développement, des agences de l'ONU, des banques de développement, des initiatives en matière de santé globale et des fondations privées. Lorsque des informations sur la performance des gouvernements et des partenaires au développement étaient disponibles à partir de cycles de suivi antérieurs, on a évalué le progrès par rapport aux résultats du 4e cycle de suivi (2014), et on a analysé les tendances parmi les partenaires de l'IHP+ (14 pays, 14 partenaires au développement) qui ont participé aux trois derniers cycles (2012-2016). Des informations supplémentaires ont été recueillies dans une enquête en ligne et dans des discussions de groupes menées avec des représentants des OSC et du secteur privé. Dans 24 des 30 pays, les résultats des évaluations ont été discutés parmi les partenaires du secteur de la santé. Dans les pays restants, ils ont été fournis à chaque participant pour validation. Les plans d'action pour surmonter les goulots d'étranglement et les contraintes dans la mise en œuvre des pratiques de la CED ont été développés jusqu'à présent dans 15 pays, et des initiatives pilotes visant à intégrer le suivi de la CED dans les cadres nationaux de suivi de la performance ont été lancées au Togo et au Soudan. En parallèle, 14 agences partenaires au développement ont participé à une revue globale des politiques, procédures et pratiques liées à la CED.

Engagement n° 1 : Établir des stratégies solides du secteur de la santé qui soient évaluées conjointement et qui renforcent la redevabilité

Engagements

Une stratégie nationale de santé unique est soutenue par le gouvernement et ses partenaires du développement qui conviennent des priorités reflétées dans la stratégie nationale de santé, étayée par des stratégies sous-sectorielles, avec un processus inclusif d'élaboration et d'évaluation conjointe, aboutissant à une réduction des procédures séparées.

Le suivi conjoint des activités et de leurs résultats est fondé sur une plateforme unique de suivi et de redevabilité ; des procédures conjointes de redevabilité mutuelle sur l'efficacité de la coopération au développement sont en place, comme les revues annuelles conjointes ou les examens du pacte.

Réalisations

L'alignement de partenaires avec les stratégies du secteur de la santé et la participation aux évaluations conjointes des stratégies et aux revues sectorielles conjointes ont été renforcés, mais doivent être adaptés par un recours accru des partenaires au développement aux cadres et systèmes nationaux de suivi de la performance. Les mécanismes de redevabilité ne sont pas suffisamment inclusifs et les conditions pour une participation significative de la société civile et des organisations du secteur privé ne sont souvent pas respectées.

Il y a eu des progrès depuis le 4e cycle de suivi de l'IHP+. Tous les gouvernements participants ont une stratégie du secteur de la santé, généralement développée et évaluée avec la participation des partenaires au développement. Tous les partenaires au développement ont confirmé qu'ils alignent leurs programmes avec les priorités sectorielles ou sous-sectorielles. De nombreux partenaires au développement participent aux évaluations conjointes des stratégies sectorielles ou sous-sectorielles (JANS), mais pas de façon cohérente dans tous les pays. La plupart des partenaires au développement continuent de requérir des évaluations supplémentaires des stratégies sectorielles ou sous-sectorielles, afin de définir leur propre programme.

La plupart des gouvernements ont établi des cadres uniques de suivi de la performance du secteur de la santé, mais moins de la moitié des partenaires au développement se fient exclusivement à ceux-ci. La plupart des partenaires au développement suivent des indicateurs supplémentaires qui ne sont pas inclus dans le cadre national et maintiennent des cadres et processus de suivi qui sont spécifiques à leur programme. Cela a également été confirmé par la revue globale des politiques des partenaires au développement.

La plupart des gouvernements ont établi des mécanismes de redevabilité mutuelle pour la performance du secteur de la santé, tels que les revues annuelles conjointes (RAC) du secteur. Les partenaires au développement participent de plus en plus à ces mécanismes. Les gouvernements signalent la participation des OSC dans environ 75 pour cent des évaluations nationales des stratégies et des revues du secteur de la santé, et la participation du secteur privé dans environ 50 pour cent. Les OSC, toutefois, déclarent que la participation n'est pas suffisamment inclusive et que les conditions d'une participation significative ne sont souvent pas remplies. Les représentants du secteur privé dans la plupart des pays considèrent leur participation comme étant pro forma et non significative. L'absence ou la faiblesse d'organismes nationaux représentatifs de la société civile et du secteur privé sont citées par les gouvernements et par les partenaires au développement comme étant les contraintes principales.

Engagement n° 2 : Améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé

Engagements
Les apports en ressources sont inscrits au budget national de la santé et conformes aux priorités nationales, avec une prévisibilité du financement du gouvernement et des partenaires au développement.
Réalizations
Le taux d'exécution budgétaire du secteur de la santé, calculé pour tous les gouvernements participants en 2014 (24) et en 2016 (30) a augmenté, mais parmi les 14 gouvernements qui ont participé depuis 2012 il a diminué en 2016 après une augmentation initiale en 2014. Les informations sur les prévisions des dépenses sur trois ans restent stagnantes pour les gouvernements et les partenaires au développement, de même que l'inscription sur le budget des fonds des partenaires au développement.

Les gouvernements exécutent de plus en plus leurs budgets sectoriels de la santé comme programmés, mais le taux d'exécution des budgets de la coopération au développement pour la santé a décliné par rapport à l'année 2014. Seuls deux tiers des gouvernements établissent et publient les dépenses du secteur de la santé pour les trois prochaines années. Les gouvernements continuent d'être peu informés au sujet des plans pluriannuels sur trois ans des partenaires au développement.

Dans environ trois quarts des pays participants, au moins certains fonds de coopération au développement sont reflétés dans les budgets nationaux de la santé, couvrant au total 53 pour cent des fonds des partenaires au développement pour le secteur public. Les niveaux d'inscription sur le budget sont comparables aux cycles de suivi précédents. Certains pays n'ont pas établi de mécanismes budgétaires qui permettent l'inscription des fonds de coopération internationale, et certains partenaires au développement ne sont pas conscients que l'inscription sur le budget augmente la transparence et améliore la planification nationale en matière de santé.

Engagement n° 3 : Établir, renforcer et utiliser les systèmes des pays

Engagements
Les systèmes de gestion financière sont harmonisés et alignés ; le renforcement des capacités requises est fait ou est en cours, et les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.
Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; les systèmes parallèles sont progressivement abandonnés, les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés avec une priorité au meilleur rapport qualité-prix possible. L'appropriation nationale est compatible avec le fait de bénéficier d'un approvisionnement au niveau mondial.
L'assistance technique est planifiée de manière stratégique et prodiguée de façon bien coordonnée ; les occasions d'apprentissage systématique entre pays sont développées et soutenues par les institutions au moyen de la coopération Sud-Sud et triangulaire.
Réalizations
Les partenaires au développement font un meilleur usage des systèmes de gestion des finances publiques qu'en 2014, mais c'est en 2012 que leur utilisation de ceux-ci était la meilleure. Seulement la moitié d'entre eux utilisent les systèmes nationaux de passation de marchés. La plupart des partenaires au développement fournissent une assistance technique en accord avec les institutions destinataires. Peu de gouvernements ont des plans sectoriels d'assistance technique, et encore moins de partenaires au développement les utilisent.

Les gouvernements de presque tous les pays confirment que des programmes visant à renforcer les systèmes nationaux de gestion des finances publiques (GFP) sont en place. Les partenaires au développement dans la moitié des pays partenaires signalent la disponibilité d'un soutien suffisant pour renforcer les systèmes. Dans la revue globale des politiques des partenaires au développement, sept des 14 agences de l'APD ont confirmé que renforcer les systèmes nationaux de GFP constitue un objectif explicite de leurs programmes de soutien du secteur de la santé, et neuf d'entre eux indiquaient que l'utilisation des systèmes nationaux de GFP est une option par défaut pour le soutien du secteur de la santé fourni aux gouvernements. Cependant, la proportion des gouvernements qui ont des systèmes publics fiables pour l'exécution budgétaire, le rapportage financier et l'audit, n'a pas augmenté selon les évaluations réalisées par la Banque mondiale. Dans les pays dotés de systèmes relativement robustes, il y a une légère augmentation des fonds de coopération au développement qui sont déboursés à l'aide des procédures nationales d'exécution budgétaire, par rapport au 4e cycle de suivi, mais parmi les partenaires présentant des données en série depuis le 3e cycle le niveau est identique par rapport à celui de 2012.

La plupart des gouvernements ont des systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement (PMA) pour le secteur de la santé. Presque tous sont d'accord que les systèmes ont besoin d'un renforcement, et la moitié des gouvernements considèrent que le soutien actuel des partenaires au développement pour cette tâche est insuffisant. En revanche, les partenaires au développement dans tous les pays considèrent que les gouvernements reçoivent un soutien suffisant pour renforcer les systèmes de PMA. L'utilisation des systèmes de PMA du secteur public par les partenaires au développement est limitée. Bien que 42 pour cent d'entre eux les utilisent pour certaines passations de marchés, cela s'applique souvent seulement à des marchés nationaux et de petits volumes. Dans la revue globale des politiques des partenaires au développement, seuls cinq des 14 agences de l'APD déclaraient que le renforcement des systèmes nationaux de passation de marchés était un objectif explicite du programme de coopération du secteur de la santé de leur agence.

Les partenaires au développement impliquent les gouvernements et d'autres destinataires de l'assistance technique dans le développement des termes de référence et dans la sélection du personnel, mais les gouvernements signalent une performance plus faible en ce qui concerne cet indicateur. Seule une minorité de gouvernements ont un plan d'assistance technique national du secteur de la santé, et seul un gouvernement a déclaré que les partenaires au développement internationaux adhèrent toujours à ce plan. Quelques partenaires au développement mettent en doute la question de l'utilité de la planification sectorielle de l'assistance technique et préfèrent des plans spécifiques au programme ou sous-sectoriels plus ciblés. Dans la revue globale des politiques des partenaires au développement, seules trois des 14 agences de l'APD déclaraient qu'elles avaient une politique explicite exigeant la fourniture d'une assistance technique dans le cadre d'un plan sectoriel d'assistance technique développé conjointement par les gouvernements et par les partenaires au développement. L'accès à la coopération technique sud-sud par les gouvernements reste modeste, malgré les déclarations de la plupart des partenaires au développement qu'ils fournissent un soutien pour cette modalité.

Engagement n° 4 : Créer un environnement favorable pour la participation des organisations de la société civile et du secteur privé dans le secteur de la santé

Engagements

La société civile opère dans un environnement qui optimise son engagement et sa contribution au développement du secteur de la santé.

Le secteur privé a l'espace pour participer au développement et à la mise en œuvre de politiques de santé effectives, efficaces et équitables.

Réalisations

Les gouvernements et les partenaires au développement continuent de fournir leur soutien aux OSC pour qu'elles s'engagent dans la politique de santé, mais ce soutien n'est pas inclusif. Globalement, l'engagement avec et le soutien pour le secteur privé sont faibles. L'absence ou la faiblesse d'organismes représentatifs à l'échelon national tant pour les OSC que pour le secteur privé, sont identifiées comme étant les principales contraintes pour un engagement plus solide. Dans la majorité des pays, les services de santé du secteur privé ne sont pas incorporés dans les systèmes nationaux d'information en matière de santé.

Presque tous les gouvernements signalent la participation de la société civile au développement, à la mise en œuvre et à la surveillance des politiques de santé, mais beaucoup reconnaissent qu'on pourrait améliorer et élargir la qualité de la participation. Trois quarts des gouvernements ont des mécanismes visant à fournir aux OSC un feed-back sur la politique de santé et sur les décisions de programmes. La plupart des gouvernements fournissent soit des ressources financières, une formation ou un soutien technique aux OSC pour faciliter leur participation au partenariat national en matière de santé.

La plupart des partenaires au développement ont des mécanismes institutionnels pour impliquer les OSC dans le développement et la supervision de programmes, et la majorité d'entre eux déclarent qu'ils les utilisent. Ils sont moins préoccupés par l'inclusion d'une large gamme des organisations de la société civile que par le chevauchement de leur propre programme avec les profils des organisations. L'inclusion, pour de nombreux partenaires au développement, constitue un problème national que les gouvernements doivent aborder. Parmi tous les partenaires au développement, le niveau de soutien des OSC est légèrement supérieur que dans le 4e cycle de suivi. Néanmoins, parmi ceux qui ont des données en série pour les trois derniers cycles, le soutien s'est affaibli par rapport à l'année 2014, mais était toujours au-dessus des niveaux de 2012. Seuls dix pour cent des partenaires au développement mentionnaient des objectifs spécifiques de leur soutien fourni aux OSC, lesquels objectifs pourraient être reliés pour renforcer la participation des OSC au dialogue en matière de santé, comme le soutien pour le réseautage et les activités de plaidoyer ou de garde-fou. Des 14 agences qui ont participé à la revue des politiques des partenaires au développement, 13 ont confirmé qu'elles soutiennent la participation des OSC dans les processus de politique du secteur de la santé.

Les OSC qui ont répondu à l'enquête en ligne ou qui ont participé aux discussions de groupes estiment le soutien qu'elles reçoivent des gouvernements et des partenaires au développement, considérablement plus faible. Un petit nombre d'organisations reçoivent fréquemment un soutien financier, technique et sous forme d'une formation et sont plus étroitement impliquées dans les discussions relatives à la politique nationale de santé et dans la programmation des décisions des partenaires au développement. Pour la majorité d'entre eux toutefois, ce soutien est rare ou absent, et l'implication dans les discussions de programmes et de politiques est périphérique. Elles sont invitées à participer après que les décisions ont déjà été prises. Bien que plus de la moitié des OSC font partie d'un réseau ou d'une coalition pour faciliter leur participation au dialogue en matière de politique de santé, l'absence d'une voix représentative pour les OSC a été soulevée dans plusieurs pays par les gouvernements, les partenaires au développement et quelques OSC.

Deux tiers des gouvernements signalent une participation du secteur privé au dialogue national en matière de politique de santé, et des mécanismes visant à fournir un feed-back au secteur privé, bien que beaucoup d'entre eux reconnaissent que la participation est limitée et que le feed-back n'est pas systématique. Les services de santé du secteur privé ne sont entièrement incorporés dans le système national d'information en matière de santé que dans six pays. La faible capacité des ministères de la Santé à travailler avec le secteur privé, ainsi qu'une faible capacité à gérer et à renforcer les systèmes pour l'accréditation et l'assurance d'une qualité de service, ont été mentionnées par les gouvernements ainsi que par les participants du secteur privé dans les discussions de groupes.

Une proportion considérable des partenaires au développement inclut les organisations du secteur privé dans les consultations des parties prenantes ou les implique autrement dans le développement et la mise en œuvre de leur programme. Dans la revue globale des politiques des partenaires au développement, huit des 14 agences de l'APD ont confirmé que leurs politiques et stratégies incluait explicitement des déclarations sur la promotion de l'implication du secteur privé dans le développement du secteur de la santé. Cependant, le feed-back principal reçu des groupes focaux du secteur privé est que l'implication avec les partenaires au développement ainsi qu'avec les gouvernements est faible et rarement systématique. L'absence de corps représentatifs à l'échelon national pour le secteur privé ou d'une plateforme pour le dialogue avec le gouvernement est identifiée comme une contrainte importante pour un engagement plus solide.

Interface de la coopération au développement et de l'assistance humanitaire en matière de santé

Le financement de l'assistance humanitaire pour le secteur de la santé est largement fourni en dehors du cadre des mécanismes et processus de la CED établis au niveau des pays. L'aide humanitaire a ses propres principes et systèmes de coordination, mais il y a un besoin parmi les partenaires au développement de développer un consensus concernant l'interface entre la coopération au développement et l'assistance humanitaire dans le domaine de la santé et l'application des principes de la CED.

La collecte de données sur l'assistance humanitaire pour le secteur de la santé a été tentée dans huit pays présentant partout des niveaux élevés de financement de l'assistance humanitaire en raison de crises récentes ou anciennes. Les informations fournies par les partenaires au développement suggèrent qu'entre zéro et 76 pour cent du soutien international du secteur de la santé pour un quelconque pays peut être acheminé à travers l'assistance humanitaire. La fiabilité de ces données est toutefois discutable parce que les budgets de l'assistance humanitaire de quelques partenaires au développement ne sont pas différenciés par secteur, et que le personnel de l'agence de développement basée dans le pays n'est pas entièrement informé au sujet de toutes les interventions humanitaires de leur propre agence ou pays. Seul un des huit ministères de la Santé a déclaré qu'il était entièrement informé au sujet du financement de l'assistance humanitaire dans le secteur de la santé.

Conclusions et perspectives

Pour réaliser des progrès dans la coopération efficace au développement dans le secteur de la santé, les gouvernements partenaires et les partenaires au développement devraient renforcer leurs efforts pour satisfaire aux engagements du pacte mondial de l'IHP+. Pour réaliser cela, les gouvernements et les partenaires au développement devraient implémenter des actions pour surmonter les contraintes et les goulots d'étranglement identifiés. En outre, les partenaires de l'IHP+ devraient continuer de revoir et d'actualiser le cadre des pratiques de la CED et le cadre du suivi pour les adapter au contexte en évolution de la coopération internationale dans le domaine de la santé. À cette fin, le rapport fournit 30 recommandations.

Les recommandations pour les partenaires gouvernementaux sont axées sur la poursuite des efforts pour renforcer les systèmes et mécanismes de la redevabilité mutuelle, le suivi de la performance, la planification budgétaire et l'administration financière, la gestion des finances publiques, la gestion de la passation de marchés et des approvisionnements, la planification de l'assistance technique, la coopération sud-sud, et l'implication plus inclusive de la société civile et du secteur privé.

Les recommandations pour les partenaires au développement sont une plus grande utilisation de l'évaluation conjointe des stratégies et des revues sectorielles conjointes dans l'orientation et le suivi de leurs propres programmes de coopération, la poursuite du soutien visant à renforcer les systèmes nationaux d'information pour les statistiques de santé et vitales, une approche plus systématique et transparente pour la communication des plans de prévisions des dépenses et l'inscription sur le budget des fonds de coopération, la poursuite du soutien et une plus grande utilisation de la gestion nationale des finances publiques et des systèmes de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements, le soutien en matière de capacité fourni aux ministères de la Santé pour la coordination et la gestion de l'assistance technique et l'engagement dans une coopération technique sud-sud, ainsi qu'un plaidoyer renforcé pour l'implication des organisations de la société civile et du secteur privé dans le dialogue national en matière de santé. Dans les pays partenaires au développement, un effort supplémentaire est également requis pour communiquer et discuter des principes de la CED avec les acteurs du secteur privé et d'autres entités gouvernementales qui sont de plus en plus impliqués dans la livraison de programmes dans l'enveloppe nationale de l'APD.

Les recommandations pour le groupe de partenaires de la CSU2030 incluent une revue du cadre des pratiques de la CED en termes de son applicabilité avec les pays à revenu intermédiaire, les économies émergentes et les états fragiles, ainsi que quant à l'intersection de l'assistance humanitaire et de la coopération au développement dans le domaine de la santé. Plusieurs recommandations mettent l'accent sur le futur du suivi de la CED, notamment pour améliorer la coopération et l'alignement avec le processus de suivi du GPEDC, pour assurer l'engagement des partenaires au développement au suivi de la CSU2030, pour revoir les contraintes dans l'application des principes de la CED identifiés par la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires, pour continuer l'approche par pays pour faire le suivi sous le leadership des ministères nationaux de la santé, pour continuer d'explorer les opportunités pour l'institutionnalisation du suivi des pratiques de la CED dans les systèmes des pays, et pour revoir les outils de suivi sur la base des leçons apprises dans l'implémentation du 5e cycle de suivi.

En réponse aux objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé et adoptés en 2015, le comité de pilotage de l'IHP+ et les signataires de l'IHP+ ont convenu d'étendre la portée de l'IHP+ pour inclure la coordination du renforcement des systèmes de santé (RSS) vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle (CSU), et d'élargir la base du partenariat pour répondre aux ODD liés à la santé. Le nouveau 'Partenariat International pour la Santé pour la CSU2030' continuera de travailler à l'amélioration de la coopération efficace au développement dans les pays recevant une assistance externe, mais élargira sa portée pour mettre également l'accent sur le RSS et les dépenses domestiques dans tous les pays et sur la promotion de la redevabilité et du plaidoyer pour la CSU ainsi que sur le partage des connaissances. L'un des défis pour la CSU2030 sera de maintenir les intérêts des gouvernements et des partenaires au développement dans la coopération efficace au développement.

On devrait continuer de tenir les gouvernements et les partenaires au développement responsables de leurs engagements et d'évaluer l'efficacité de la coopération au développement ; on peut idéalement le faire dans un cadre qui incorpore toutes les ressources financières, y compris le financement domestique, et cela relie les ressources et le renforcement des systèmes de santé avec l'objectif global d'atteindre les ODD liés à la santé. Pour prendre en compte la nouvelle architecture globale de l'aide et l'objectif global de couverture sanitaire universelle, il faut revisiter le contenu et l'application du cadre de la CED.

Leçons apprises à partir de l'approche du 5e cycle de suivi de l'IHP+

L'approche adoptée par le 5e cycle de suivi de l'IHP+ était un grand pas dans l'évolution du suivi de la performance de la CED. Par rapport au 4e cycle, la portée de la collecte de données avait augmenté en recueillant des informations plus qualitatives, ce qui a abouti à une analyse plus significative des constatations principales pour la discussion à l'échelon national. Cependant, cela a aussi augmenté la complexité et les coûts de transaction du suivi.

Pour la première fois, des experts nationaux qualifiés ont été engagés dans chaque pays. Ils étaient familiers avec les parties prenantes gouvernementales et sectorielles et soutenaient les ministères de la Santé dans la collecte, la validation et l'analyse des informations. C'était un facteur clé de succès dans la plupart des pays.

La discussion des constatations et le développement de plans d'actions ont été inclus pour la première fois après deux expériences pilotes au Mali et dans la RD du Congo en 2014. Cela a ajouté de la valeur au processus de suivi de l'IHP+, bien que pas dans tous les pays. Le leadership des gouvernements et l'engagement entier des partenaires au développement au niveau des pays étaient une clé du succès.

L'engagement des points centraux du GPEDC et des ministères des Finances dans le processus de suivi et des discussions subséquentes des constatations était faible ou absent dans la plupart des pays. Une plus grande collaboration entre le GPEDC et le suivi de l'IHP+ pourrait potentiellement renforcer la valeur des deux processus.

La revue globale des politiques, procédures et pratiques parmi les 14 agences partenaires au développement participantes, qui était incluse pour la première fois dans le processus de suivi, a fourni une vue dans les facteurs aux niveaux institutionnel, national et global qui peuvent faciliter ou limiter la mise en œuvre des pratiques de la CED. L'étude a soulevé plusieurs problèmes qui pourraient informer l'approche et l'ampleur des futurs cycles de suivi. L'approche méthodologique devrait toutefois être revue. Le contexte politique dans lequel la politique nationale de l'APD est formulée et implémentée est fortement complexe, et devrait être pris en compte lorsqu'on note le comportement en matière de CED des partenaires au développement. Cela ne diminue pas le besoin de continuer à tenir les partenaires de l'IHP+ responsables de leurs engagements aux niveaux global et des pays.

Tableau résumé de la performance des gouvernements

	EDC 1	EDC 5	EDC 2A	EDC 2B	EDC 2C	EDC 3	EDC 4	EDC 6	EDC 7	EDC 8
	La stratégie nationale de santé a été évaluée conjointement	L'évaluation conjointe du progrès au regard des cibles a été entreprise au cours des deux dernières années (RDC, RMI, etc.)	Les fonds gouvernementaux sont déboursés de façon prévisible	Les ressources gouvernementales sont planifiées sur plus d'une année	Les ressources gouvernementales santé effectives dans le budget national incluent les contributions des partenaires au développement	Les systèmes de gestion de la finances publiques des pays sont de bonne qualité (CPIA = ou > 3,5)	Un plan gouvernemental pour la passation des marchés et les approvisionnements nationaux existe	Un plan d'AT nationale convenu pour le secteur de la santé existe	Le gouvernement soutient l'engagement significatif des organisations de la société civile	Le gouvernement fournit des informations en temps opportun sur le processus en matière de politique de santé
Afghanistan	✓	✓	🔄	✓	✓	✓	✓	✗	🔄	✓
Bénin	✓	✓	🔄	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Burkina Faso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	🔄	✓	✓
Cambodge	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	🔄	?
Cameroun	✓	✓	✓	?	✓	✗	?	✗	?	✓
Cap-Vert	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Tchad	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	🔄	✗
Comores	✓	✓	🔄	✗	✓	✗	✓	✗	🔄	✓
Cote D'ivoire	✓	✓	🔄	✗	✓	✗	✓	✗	🔄	✓
RDC	✓	✓	🔄	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓
El Salvador	✗	✗	✓	✗	✗	?	✗	✗	🔄	?
Éthiopie	✓	✓	🔄	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gambie	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	🔄	✓
Guinée	✗	✓	🔄	✗	✗	✗	✓	✗	🔄	✗
Guinée-Bissau	✗	✗	🔄	✗	✗	✗	✓	✓	🔄	✗
Liberia	✓	✓	🔄	✓	✓	✗	✓	✗	🔄	✓
Madagascar	✗	✗	🔄	✗	✓	✗	✗	✗	🔄	✗
Mali	✓	✓	🔄	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mauritanie	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	🔄	✓
Mozambique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	🔄	✓
Myanmar	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	🔄	?
Nigeria	✓	✓	🔄	✓	✗	✓	✓	✗	🔄	✓
Pakistan	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓
Sénégal	✓	✓	🔄	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓
Sierra Leone	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	🔄	✗
Soudan	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Togo	✓	✓	🔄	✓	✗	✗	✓	✗	✓	✓
Ouganda	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	🔄	✓	✓
Vietnam	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	?	✓
Zambie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	🔄	✓

Les symboles de notation illustrent si respectivement le gouvernement et/ou les partenaires au développement ont **réalisé la cible** ✓, s'il y a une **preuve de l'action** 🔄 ou s'il n'y a pas de **preuve de l'action** ✗. L'action est évaluée par la preuve démontrée du travail fourni par rapport à l'indicateur.

Le nombre de pays pour lesquels le partenaire au développement a fourni des informations est présenté entre parenthèses dans le tableau 2.

- ✓ Cible réalisée
- 🔄 Preuve de l'action
- ✗ Pas de preuve de l'action
- ? Pas de données disponibles
- 🇳🇵 Système national en cours de développement

Tableau résumé de la performance des partenaires au développement

	EDC1	EDC5	EDC2A	EDC2B	EDC2C	EDC3	EDC4	EDC6	EDC7	EDC8
AFDB (1)	?	?	✓	✓	✓	?	?	?	?	?
Australie (2)	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	N/A	✗	✓
Belgique (5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Canada (5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Centre Carter (1)	✓	✗	✓	✗	✗	?	✗	✓	✗	✓
Clinton Health Access Initiative (1)	✓	✓	?	✗	?	?	✗	N/A	✗	✗
Danemark (1)	?	?	✓	✓	✗	✗	?	?	✗	?
Commission européenne (12)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture(1)	✓	✓	✓	?	?	✗	✗	N/A	✓	?
Fondation FAIRMED (1)	✗	✗	✓	?	✗	?	✓	N/A	✓	✗
France (6)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fondation Gates (3)	?	?	✓	?	✗	✗	?	?	✗	?
GAVI (25)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Allemagne (2)	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	N/A	✓	✓
Fonds mondial (29)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Irlande (4)	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Italie (4)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Japon (7)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	N/A	✓	✓
Corée (2)	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	N/A	✓	✓
Luxembourg (2)	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	N/A	✗	✗
Monaco (1)	?	?	✓	?	✓	?	?	N/A	?	?
Pays-Bas (4)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Portugal (1)	?	?	✓	✗	✗	✗	?	N/A	✗	?
Espagne (5)	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Suède (3)	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	N/A	✓	✓
Switzerland (3)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Royaume-Uni (6)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
UNAIDS (8)	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓
UNFPA (22)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
UNICEF (28)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
États-Unis (14)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
UNODC (1)	✓	✗	✓	?	✗	✗	✗	N/A	✓	✗
OMS (27)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Banque mondiale (16)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓

Le PD participe aux évaluations sectorielles ou sous-sectorielles conjointes du plan stratégique (UANS)

Le PD participe aux processus de redevabilité mutuelle (RAC, RIT, etc.)

Les fonds des PD sont déboursés de façon prévisible

Le gouvernement a des informations concernant les plans des dépenses des PD pour les trois années à venir

Les fonds des PD ou le secteur public sont inscrits dans le budget national (premier pour les pays dans lesquels les contributions sont inscrites dans le budget)

Le PD utilise les systèmes de gestion des finances publiques des pays dans les pays présentant un CPA > ou > 3,5

Le PD utilise les systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement

Le PD fournit un soutien d'AT selon le plan national d'AT du secteur de la santé (seulement dans les pays dans lesquels cela existe)

Le PD soutient l'engagement significatif des organisations de la société civile

Le PD fournit un soutien financier ou technique pour renforcer le secteur privé dans le domaine de la santé

1. Introduction

Ce rapport issu par l'IHP+ Results (IHP+R), pour les membres du Partenariat international pour la santé (IHP+) et d'autres parties prenantes dans le secteur global de la santé, fait état des constatations du cycle de suivi 2016 de l'IHP+ sur l'efficacité de la coopération au développement. L'IHP+, lancée en 2007, est dans sa dixième année de fonctionnement en tant que groupe de partenaires qui se sont engagés à améliorer la santé des citoyens dans les pays en développement. Le partenariat est ouvert à tous les gouvernements, agences de développement et organisations de la société civile (OSC) impliqués dans l'amélioration de la santé et désirant adhérer aux engagements du Pacte mondial de l'IHP+ pour la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. L'IHP+ a actuellement 66 signataires pour le Pacte mondial (37 pays en développement et 29 partenaires au développement à partir d'avril 2016).

Les partenaires de l'IHP+ travaillent ensemble pour implémenter des principes internationaux pour une coopération efficace au développement (CED) dans le secteur de la santé. Les 'sept comportements' pour la CED dans le secteur de la santé ont été initialement formulés à la quatrième réunion des équipes de santé des pays de l'IHP+ à Nairobi en décembre 2012. Ces comportements sont fondés sur les engagements pris au Quatrième Forum de Haut Niveau sur l'Efficacité de l'Aide à Busan en 2011, qui a également établi le Partenariat mondial pour une coopération efficace au développement (GPEDC) qui se concentre sur la coopération globale au développement.

Depuis l'année 2011, les objectifs globaux d'efficacité du développement ont évolué, s'appuyant sur les constatations du processus de suivi du GPEDC. À la première Réunion de Haut Niveau du GPEDC à Mexico City en 2014, les participants ont souligné l'importance de la mobilisation de ressources domestiques ; l'élargissement et le renforcement de la coopération sud-sud et triangulaire ; le maintien de la coopération au développement pour les pays à revenu intermédiaire ; et le partenariat avec le secteur privé pour atteindre des résultats en matière de développement. Pendant la seconde Réunion de Haut Niveau du GPEDC à Nairobi en 2016, les participants ont réitéré leur engagement à éradiquer la pauvreté et à accélérer le développement inclusif et durable, et ont reconnu la portée et l'ambition du nouvel agenda du Développement durable pour réaliser une coopération efficace au développement et des partenariats inclusifs. La réunion a souligné l'importance de l'approche centrée sur les gens, universelle et transformative pour le développement de l'Agenda 2030 pour le Développement durable.

En réponse aux objectifs de développement durable liés à la santé et récemment convenus, le comité de pilotage de l'IHP+ et les signataires de l'IHP+ ont convenu d'étendre la portée de l'IHP+ pour inclure la coordination du renforcement des systèmes de santé (RSS) vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle (CSU), et d'élargir la base du partenariat pour répondre aux ODD liés à la santé. Le nouveau partenariat continuera à travailler à l'amélioration de la coopération efficace au développement dans des pays recevant une assistance externe, mais élargira sa portée pour mettre également l'accent sur le RSS et les dépenses domestiques dans tous les pays et sur la promotion de la redevabilité et du plaidoyer pour la CSU ainsi que sur le partage des connaissances. L'établissement du 'Partenariat International pour la Santé pour la CSU2030' a été annoncé en septembre 2016 par le Directeur général de l'OMS lors d'une réunion de haut niveau tenue pendant l'Assemblée générale de l'ONU à New York.

À ce jour, l'IHP+ a organisé quatre cycles de suivi en vue d'évaluer les progrès accomplis par les signataires quant à la mise en œuvre des engagements sur l'efficacité de l'aide (en 2007, 2010, 2012 et 2014). Le 4e cycle de suivi de l'IHP+ a évalué quatre des sept comportements. Le 5e cycle de suivi de l'IHP+ a commencé en 2016 et a mesuré les progrès accomplis par rapport aux huit pratiques de la CED (Tableau 1), ce qui correspond largement aux sept comportements, à l'aide d'indicateurs tant pour les gouvernements partenaires de l'IHP+ que pour les partenaires au développement. Outre les gouvernements et les partenaires de développement, la collecte de données portait également sur la société civile et le secteur privé.

Tableau 1 : Pratiques efficaces de coopération au développement dans le secteur de la santé

Les huit pratiques efficaces de coopération au développement		Mesurées en 2014	Mesurées en 2016
	Une stratégie nationale de santé unique est soutenue par le gouvernement et ses partenaires du développement qui conviennent des priorités reflétées dans la stratégie nationale de santé, étayée par des stratégies sous-sectorielles, avec un processus inclusif d'élaboration et d'évaluation conjointe, aboutissant à une réduction des procédures séparées.		
	Les apports en ressources sont inscrits au budget national de la santé et conformes aux priorités nationales, avec une prévisibilité du financement du gouvernement et des partenaires au développement.		
	Les systèmes de gestion financière sont harmonisés et alignés ; le renforcement des capacités requises est fait ou est en cours, et les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.		
	Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; les systèmes parallèles sont progressivement abandonnés, les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés avec une priorité au meilleur rapport qualité-prix possible.		
	Le suivi conjoint des activités et de leurs résultats est fondé sur une plateforme unique de suivi et de redevabilité ; des procédures conjointes de redevabilité mutuelle sur l'efficacité de la coopération au développement sont en place, comme les revues annuelles conjointes ou les examens du pacte.		
	L'assistance technique est planifiée de manière stratégique et prodiguée de façon bien coordonnée ; les occasions d'apprentissage systématique entre pays sont développées et soutenues par les institutions au moyen de la coopération Sud-Sud et triangulaire.		
	La société civile opère dans un environnement qui optimise son engagement et sa contribution au développement du secteur de la santé.		
	Le secteur privé a l'espace pour participer au développement et à la mise en œuvre de politiques de santé effectives, efficaces et équitables**		

(*) La 7e pratique concernant la participation de la société civile a été mesurée en 2014 et en 2016, à l'aide de différents indicateurs.

(**) La 8e pratique concernant l'engagement du secteur privé a été ajoutée par IHP+R en consultation avec l'IHP+

2. La façon dont la performance a été suivie en 2016

2.1. APPROCHE GLOBALE

2.1.1. Caractéristiques principales du cycle de suivi 2016

Les caractéristiques suivantes ont été convenues avec le Groupe de travail pour la redevabilité mutuelle de l'IHP+ et avec le Groupe de travail pour l'action intensifiée de l'IHP+ pour le 5e cycle de suivi de la coopération efficace au développement dans le domaine de la santé :

- Le suivi est volontaire et n'est pas limité aux signataires de l'IHP+
- Le suivi des pratiques de coopération au développement est conduit au niveau des pays, en vue de l'institutionnalisation des processus de collecte de données et de la discussion des constatations pour une redevabilité mutuelle améliorée
- Le suivi combine des données quantitatives et des informations qualitatives pour mieux comprendre les raisons du et les obstacles au changement de comportement
- Les organisations de la société civile (OSC) sont incluses
- En outre, les politiques, pratiques et procédures des agences pour évaluer la conformité avec les pratiques de la CED sont évaluées séparément

Pendant la phase de début, l'équipe de base de l'IHP+ a accepté d'inclure un indicateur pour l'engagement du secteur privé, impliquant pour la première fois le secteur privé dans le processus de suivi.

2.1.2. Approche et portée

Le 5e cycle de suivi de l'IHP+ a intégré les leçons apprises des cycles précédents. Pour documenter les tendances, la méthodologie établie a été maintenue durant ce cycle. Cependant, la portée de la collecte de données a été élargie pour (1) inclure huit pratiques de la CED ; (2) être plus inclusif dans la collecte des vues des organisations de la société civile et du secteur privé ; (3) inclure des informations qualitatives pour permettre une interprétation plus contextualisée et significative des résultats afin de permettre un dialogue plus éclairé au niveau des pays ; (4) soutenir l'institutionnalisation du suivi de la CED dans les systèmes nationaux de suivi de la performance ; et (5) continuer d'aligner le suivi de l'IHP+ avec le suivi du GPEDC, à l'aide de plusieurs indicateurs du GPEDC tels que les données dans des pays où le GPEDC utilisait le secteur de la santé comme un secteur pilote. Une discussion des constatations était également soutenue dans les pays en vue de développer un plan d'action abordant les priorités principales spécifiques au pays et liées à la CED. En ligne avec le 4e tour de surveillance, toutes les données recueillies (y compris de partenaires au développement) ont été validées par les gouvernements, dans le but d'encourager la redevabilité au niveau des pays pour les engagements pris dans les pactes des pays.

Dans chaque pays participant, IHP+ Results (IHP+R) a encouragé le ministère de la santé à effectuer l'exercice de suivi, avec un soutien fourni par un helpdesk et, pour la première fois, par un expert national soutenu par un expert international durant tout le processus allant de la collecte de données à la discussion nationale des constatations et au développement d'un plan d'action spécifique au pays. En outre, une enquête sur Internet interrogeant les organisations de la société civile a été entreprise, et des discussions de groupes ont été menées avec les représentants de la société civile et du secteur privé dans la plupart des 30 pays. Pour la première fois, une revue approfondie complémentaire des politiques, pratiques et procédures liées à la CED de 15 partenaires au développement a été effectuée à travers des revues de documents et des interviews menées avec des représentants des agences concernées.

Finalement, l'institutionnalisation du suivi des pratiques de la CED dans des systèmes nationaux était pilotée dans un certain nombre de pays. Ce processus est toujours en cours.

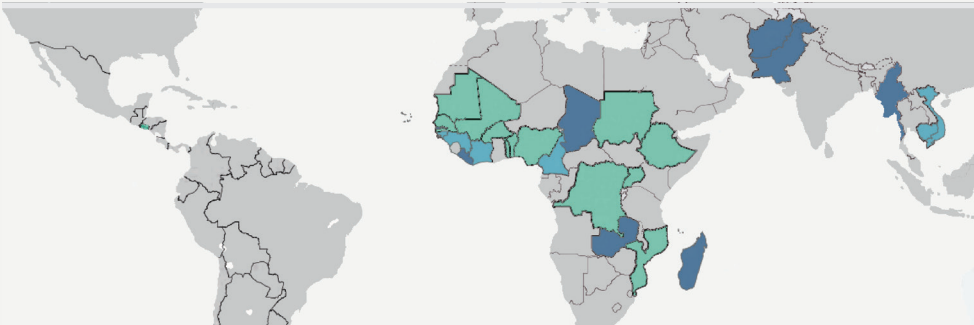
2.2. MÉTHODES¹

2.2.1. Participants et sources de données

La performance des gouvernements et des partenaires au développement dans les 30 pays (six de plus qu'en 2014) qui ont participé au cycle de suivi 2016 a été évaluée sur la base de deux questionnaires. Ces questionnaires ont recueilli des informations quantitatives et qualitatives sur l'état de la stratégie du secteur de la santé, le financement du secteur de la santé, la gestion des finances publiques et de la passation de marchés, l'assistance technique, la coopération sud-sud et triangulaire et l'engagement des parties prenantes de la société civile et du secteur privé dans un exercice fiscal choisi dans la période allant de 2014 à 2015. Le questionnaire qualitatif a exploré les contraintes et opportunités pour une coopération plus efficace dans le secteur de la santé. Le Tableau 2 énumère les pays participants.

Tableau 2: Pays participant dans le cycle de suivi 2016

Participants 2012, 2014 & 2016		Participants 2014 & 2016	Participants de première fois	
Bénin	Mozambique	Cambodge	Afghanistan	Pakistan
Burkina Faso	Nigeria	Cameroun	Tchad	Zambie
RD du Congo	Sénégal	Cap-Vert	Comores	
El Salvador	Sierra Leone	Côte d'Ivoire	Gambie	
Éthiopie	Soudan	Guinée	Liberia	
Mali	Togo	Guinée-Bissau	Madagascar	
Mauritanie	Ouganda	Vietnam	Myanmar	



Au total, 35 partenaires au développement ont participé. Parmi eux, 18 ont fourni des données dans au moins quatre pays. L'analyse de la performance du partenaire au développement s'est principalement concentrée sur ces 18 partenaires. Les partenaires au développement participants sont énumérés dans le Tableau 3.

Tableau 3: Partenaires au développement et nombre de pays dans lesquels ils ont participé

Quatre pays ou plus			Moins de quatre pays		
Partenaires au développement	Type	Pays	Partenaires au développement	Type	Pays
Fonds mondial	Multilatéral	29	Fondation Gates	Foundation	3
UNICEF	Multilatéral	28	Suède	Bilatéral	3
WHO	Multilatéral	27	Suisse	Bilatéral	3
GAVI	Multilatéral	25	Australie	Bilatéral	2
FNUAP	Multilatéral	22	Allemagne	Bilatéral	2
Banque Mondiale	Multilatéral	16	Corée	Bilatéral	2
Commission européenne	Multilatéral	12	Luxembourg	Bilatéral	2
États-Unis	Bilatéral	12	BAD	Multilatéral	1
ONUSIDA	Multilatéral	8	Brésil	Bilatéral	1
Japon	Bilatéral	8	CHAI	Foundation	1
R-U	Bilatéral	6	Centre Carter	Foundation	1
France	Bilatéral	6	Danemark	Bilatéral	1
Belgique	Bilatéral	5	FAIRMED	Foundation	1
Canada	Bilatéral	5	FAO	Multilatéral	1
Espagne	Bilatéral	5	Monaco	Bilatéral	1
Irlande	Bilatéral	4	Portugal	Bilatéral	1
Italie	Bilatéral	4	UNODC*	Multilatéral	1
Pays-Bas	Bilatéral	4			

* L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) administrait le programme 'One UN' dans un pays

¹ Une description détaillée de la méthodologie est fournie à l'Annexe 2.

Les questionnaires ont été complétés par les ministères de la Santé et par les partenaires au développement avec le soutien d'un expert local dans le domaine de la santé, mobilisé par IHP+R. Le soutien d'un expert national était une nouvelle caractéristique du cycle de suivi 2016.

Plus de quatre cents organisations de la société civile ont répondu à une enquête en ligne, avec un taux de réponse de 43 pour cent. En tout, 229 représentants des organisations de la société civile et 176 parties prenantes du secteur privé ont assisté aux discussions de groupes.

Des données supplémentaires sur les politiques et pratiques des organisations de premier rang des partenaires au développement ont été recueillies à travers des revues de documents, un questionnaire auto-complété et des interviews menées avec des représentants de 14 agences de développement international entre décembre 2016 et mars 2017.

Comme dans les cycles de suivi précédents, des bases de données publiquement accessibles ont été utilisées dans l'analyse.

2.2.2. Cadre de suivi

Le cycle de suivi de 2016 utilisait un cadre plus large que les cycles précédents, couvrant chacune des huit pratiques de la CED par rapport à seulement cinq en 2014. Le cadre incluait huit nouveaux indicateurs pour lesquels des données ont été recueillies avec des outils d'enquête qualitatifs développés en collaboration avec l'équipe de base de l'IHP+ sur la base de questions issues du cycle de suivi 2016 du GPEDC. Le Tableau 4 présente les huit pratiques de la CED, traduites dans des questions et indicateurs de suivi tant pour les gouvernements que pour les partenaires au développement.

Tableau 4: Questions faisant l'objet d'un suivi et indicateurs de performance²

#	Question	Indicateurs gouvernementaux	Indicateurs des partenaires au développement
1	Les partenaires soutiennent une stratégie nationale unique dans le domaine de la santé	Des plans ou stratégies nationaux du secteur de la santé sont en place, et leurs objectifs et budgets actuels ont été évalués conjointement.	Mesure dans laquelle le JANS (ou équivalent) est utilisé dans la programmation des décisions, et dans laquelle les programmes sont alignés avec les priorités nationales
2a	La coopération au développement dans le domaine de la santé est plus prévisible	Proportion du budget du secteur de la santé décaissé par rapport au budget annuel approuvé	Pourcentage de l'aide au secteur de la santé destinée au gouvernement, décaissé au cours de l'année fiscale pour laquelle elle était prévue.
2b		Prévisions des dépenses publiques de santé disponibles pour 3 ans.	Mesure dans laquelle les gouvernements sont conscients des plans triannuels des dépenses fournis par les PD
2c	L'aide à la santé est inscrite dans le budget	Les ressources du secteur de la santé reflétées dans le budget national incluent des contributions de partenaires au développement individuels	% de l'aide au secteur de la santé prévue pour décaissement et qui est inscrite dans les budgets annuels approuvés par les assemblées législatives des pays en développement
3	Les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) des pays en développement sont renforcés et utilisés.	Les systèmes de GFP des pays soit (a) adhèrent aux bonnes pratiques généralement acceptées ; soit (b) ont un programme de réformes qui est mis en place pour atteindre cet objectif.	Montant de l'aide au secteur de la santé destinée au gouvernement qui utilise le système national de GFP dans les pays où les systèmes sont considérés comme adhérent aux bonnes pratiques généralement acceptées, ou qui ont un programme de réformes en cours.
4	Les systèmes de passation de marché des pays en développement sont renforcés et utilisés	Mesure dans laquelle il existe un plan gouvernemental pour les systèmes de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements, qui est soutenu par les partenaires au développement	Mesure dans laquelle les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; et dans laquelle les systèmes nationaux sont utilisés ou renforcés
5	La redevabilité mutuelle est renforcée	Mesure dans laquelle une évaluation mutuelle inclusive des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé existe.	Mesure dans laquelle des évaluations mutuelles des engagements pris dans le secteur de la santé, y compris en matière d'efficacité de l'aide, ont été réalisées
6	Le soutien technique est coordonné et la coopération sud-sud/triangulaire soutient l'apprentissage	Mesure dans laquelle un plan national d'AT convenu existe, éclairé par la stratégie nationale de santé et sur lequel tous les PD fondent leur soutien.	Mesure dans laquelle l'assistance technique est fournie conformément à un plan national d'AT convenu
		Mesure dans laquelle le Ministère de la Santé bénéficie de la CSS et/ou de la CTR	Mesure dans laquelle les partenaires au développement soutiennent la coopération sud-sud et triangulaire
7	L'engagement de la société civile	Preuve que la société civile opère dans un environnement qui optimise son engagement et sa contribution au développement du secteur de la santé.	
8	L'engagement du secteur privé	Preuve que le secteur privé a l'espace pour participer au développement et à la mise en œuvre de politiques de santé effectives, efficaces et équitables	

2. Avec les exceptions suivantes : les indicateurs 1DP et 2Gc sont nouveaux ; l'indicateur 2DPb a été modifié et l'indicateur 8 a été ajouté par IHP+R en consultation avec l'IHP+

2.2.3. Analyse et validation des données

Données recueillies et validées par les ministères de la Santé dans les pays participants, où elles ont été analysées par l'expert national avec le soutien du helpdesk d'IHP+R. Des rapports de pays et des matériaux de présentation ont été produits pour une réunion nationale des parties prenantes pour discuter et valider les constatations et pour développer des plans d'action pour une coopération plus efficace au développement dans le domaine de la santé. Des réunions ont été organisées par des gouvernements dans 24 pays.

Pour le Rapport de Performance 2016, on a calculé des agrégats et des moyennes de valeurs des indicateurs de performance.³ Le cas échéant, ils ont été pondérés par le volume des fonds déboursés dans les pays et par les partenaires au développement. Les questionnaires qualitatifs, les retours de l'enquête en ligne et les protocoles de discussion de groupes ont été analysés en comptant les fréquences des réponses et à travers l'analyse du contenu. Les tendances des indicateurs sur les trois derniers cycles de suivi (2012 à 2016) ont été calculées pour les 14 pays et les 14 partenaires au développement qui ont participé à l'ensemble des trois cycles. L'analyse était limitée à cinq indicateurs pour lesquels des données ont été recueillies dans l'ensemble des trois cycles. Des ensembles de données de cycles de suivi antérieurs n'étaient pas disponibles.

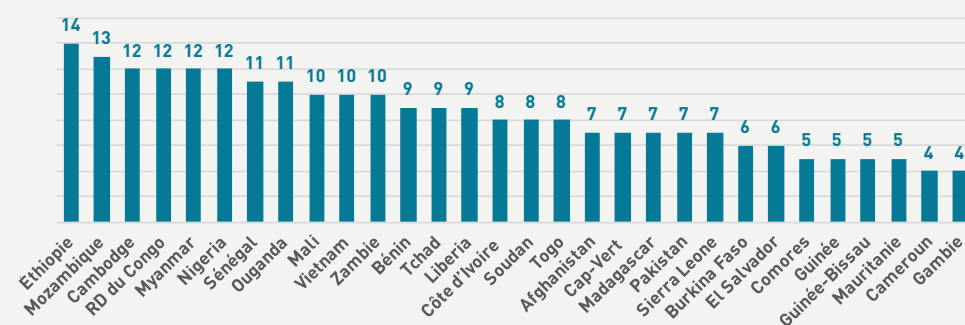
Pour la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, les données recueillies à travers des revues de documents, des questionnaires d'auto-évaluation et des interviews menées avec des agences de l'APD multilatérales et de premier plan dans les pays partenaires au développement, ont été triangulées avec les constatations issues du cycle de suivi 2016. Des rapports résumant les constatations ont été validés par chacune des agences participantes.⁴ Des réponses aux questionnaires d'auto-évaluation ont été obtenues, aboutissant dans un tableau de classement des performances des agences de développement participantes par pratique de la CED, qui sont présentées dans un rapport de synthèse de la revue.

2.3. LIMITATIONS⁵

Comme dans les cycles de suivi précédents, il y avait des limitations importantes dans les données recueillies.

Les partenaires du secteur de la santé présents dans chaque pays n'ont pas tous participé au cycle de suivi. Les statistiques, telles que la proportion du soutien du secteur de la santé inscrit sur le budget, incluent seulement les déboursements des partenaires participants et ne reflètent pas le soutien international total fourni au secteur. La Figure 1 illustre le nombre de partenaires au développement qui ont participé au cycle de suivi dans chaque pays.

Figure 1. Nombre de partenaires au développement participant au suivi d'IHP+R au niveau des pays



Dans certains pays, une proportion considérable du soutien du secteur de la santé a été déboursée à travers des canaux d'aide humanitaire. Ces fonds n'ont pas été incorporés dans les rapports de la coopération du secteur de la santé, en ligne avec les orientations de l'OCDE sur l'APD. Les informations sur les déboursements pour la santé en matière d'aide humanitaire ont dès lors été recueillies auprès des partenaires au développement dans huit pays présentant des niveaux élevés de financement de l'aide humanitaire.⁶ Cependant, seules des données limitées ont été fournies et les informations n'ont dès lors pas été utilisées dans l'analyse des indicateurs de la CED.

3. Les taux moyens des indicateurs quantitatifs sont calculés comme étant la moyenne des taux d'exécution dans chaque pays ou pour chaque partenaire au développement. Pour le taux global d'indicateurs financiers (fonds déboursés de façon prévisible, aide quant au budget et à l'utilisation des systèmes de GFP), toutes les dépenses déclarées pour les partenaires au développement sont additionnées, puis divisées par la somme de tous les budgets. Seuls les budgets et dépenses pour le secteur gouvernemental sont inclus dans ces calculs. Pour les indicateurs qualitatifs, les résultats ont été calculés comme une moyenne.

4. Pour toutes les agences, à l'exception de l'USAID qui a décliné la participation entière

5. Une discussion détaillée des limitations est fournie à l'Annexe 2

6. Afghanistan, Tchad, RDC, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mauritanie et Sierra Leone

La participation dans le suivi de l'IHP+ est volontaire, et un biais de participation par les partenaires au développement à l'égard des pays ayant une meilleure performance de l'indicateur de la CED ne peut dès lors pas être exclu. Toutes les données recueillies sont auto-rapportées. Bien que les démarches pour la validation des données étaient incluses dans la méthodologie, elles ne pouvaient pas toujours être mises en œuvre de manière aussi systématique que prévu en raison de contraintes liées au temps et aux ressources, ce qui augmente la probabilité de rapporter des biais.

Dans certains pays, les fonctions étatiques dans le secteur de la santé sont fortement décentralisées, mais seuls les ministères nationaux ou fédéraux de la Santé ont participé au cycle de suivi, à l'exception d'un gouvernement provincial au Pakistan. Les résultats ne fournissent dès lors pas une image complète dans les pays dont les secteurs de la santé sont fortement décentralisés.

Le nombre limité des organisations de la société civile et du secteur privé participantes dans certains pays soulève une question concernant la représentativité des données recueillies. Cependant, les constatations ont été discutées et validées dans la discussion nationale subséquente dans la plupart des pays, et l'échantillon global de plus de 400 organisations de la société civile permet une analyse relativement solide des réponses au niveau global.

Malgré la préparation d'orientations détaillées et la disponibilité d'un expert national pour soutenir la collecte de données, les questions ou concepts n'ont pas tous été entièrement compris par les répondants. L'indicateur pour l'aide inscrit dans le budget était sujet à plusieurs mauvaises interprétations. Les questions sur les 'systèmes de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements' auraient dû être séparées dans les deux composantes. L'indicateur de 'prévisions des dépenses' est assujéti à des contraintes temporelles et la réponse dépend du timing dans un cycle de programmes lorsqu'elle est recueillie.

La revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement a été effectuée avant l'analyse finale des données de suivi 2016 au niveau des pays. Cela limitait les possibilités de discussions plus ciblées avec chaque agence participante sur les principaux goulots d'étranglement, constatations et opportunités tels que signalés par leurs représentants basés dans le pays, et par conséquent pour contextualiser les politiques des partenaires au développement documentées ou rapportées. Les questionnaires d'auto-évaluation complétés par chaque agence risquent de fournir un score de performance sur- ou sous-estimé. Les scores fondés sur l'auto-évaluation devraient être interprétés avec prudence. L'annexe 2 présente d'autres limitations de la revue des politiques et pratiques.

3. La performance des partenaires de l'IHP+

Cette section présente la performance des partenaires de l'IHP+ telle qu'évaluée par les indicateurs pour l'adhésion aux pratiques de la CED (voir Tableau 6 dans la Section 2.2.2) organisée sous le titre des quatre engagements des partenaires de l'IHP+ :

1. L'engagement d'établir des stratégies solides du secteur de la santé qui soient évaluées conjointement et de renforcer la redevabilité
2. L'engagement d'améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé
3. L'engagement d'établir, de renforcer et d'utiliser les systèmes des pays
4. L'engagement de créer un environnement permettant la participation des organisations de la société civile et du secteur privé dans le secteur de la santé

La performance quant à la satisfaction des engagements était analysée à l'aide des réponses données par les gouvernements et les partenaires au développement aux questionnaires quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les résultats de l'enquête de la société civile et des discussions de groupes avec les représentants des organisations de la société civile et du secteur privé. Les tendances sont présentées lorsqu'il existe des données en série issues des cycles de suivi 2012 et 2014. Les résultats d'une revue limitée de l'interface de la coopération au développement et de l'assistance humanitaire pour la santé sont également présentés. Lorsqu'elle est pertinente pour la performance des partenaires au développement, référence est faite à la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement.

3.1. ÉTABLIR DES STRATÉGIES SOLIDES DU SECTEUR DE LA SANTÉ QUI SOIENT ÉVALUÉES CONJOINTEMENT ET RENFORCER LA REDEVABILITÉ

Gouvernements : Tous les pays participants avaient un plan stratégique du secteur de la santé, le plus souvent développé conjointement et évalué conjointement. Les organisations de la société civile étaient impliquées dans environ 75 pour cent des évaluations et les représentants du secteur privé dans environ 50 pour cent. Des cadres uniques de suivi de la performance sectorielle existaient dans 80 pour cent des pays, mais étaient utilisés de façon très limitée par les partenaires au développement.

Partenaires au développement : Les priorités du programme étaient alignées avec les priorités nationales sectorielles ou sous-sectorielles. De nombreux partenaires au développement ont participé aux évaluations conjointes de stratégie sectorielle ou sous-sectorielle, mais pas de façon consistante dans tous les pays. Des évaluations séparées au niveau sectoriel ou sous-sectoriel restaient une exigence pour la plupart des partenaires au développement. Les partenaires au développement étaient disposés à aligner le suivi du programme sur les cadres et systèmes nationaux de suivi, mais ne les utilisaient pour le suivi du programme qu'à peu près la moitié du temps. La participation dans des revues annuelles conjointes a continué d'augmenter sur les trois cycles de suivi antérieurs, mais était toujours en-dessous de la cible convenue de 90 pour cent.

Organisations de la société civile et du secteur privé : Les organisations de la société civile ont confirmé leur participation dans l'évaluation des stratégies et des mécanismes de redevabilité, mais elles estiment que la participation n'était pas suffisamment inclusive et que les conditions d'une participation significative n'étaient souvent pas remplies. Les représentants du secteur privé qui ont participé aux discussions de groupes ont exprimé l'opinion que leur participation était essentiellement pro forma et non significative.

3.1.1. Stratégie nationale unique dans le domaine de la santé, évaluée et soutenue conjointement (indicateur 1 de la CED)

Performance des gouvernements

Tous les pays participants avaient une stratégie du secteur de la santé dans l'exercice fiscal couvert par l'évaluation. Dans la majorité des pays, elle était développée avec la participation d'autres ministères gouvernementaux, organisations de la société civile et partenaires au développement. Néanmoins, cette participation était parfois très limitée. Quatre stratégies nationales de santé ont été développées sans données issues d'autres ministères, deux sans données provenant de la société civile et dix avec la participation de seulement une organisation de la société civile. La participation des partenaires au développement international était limitée à l'OMS dans deux pays et à trois agences de l'ONU dans un autre pays. Avec quelques exceptions, la participation des organisations du secteur privé était limitée.

Performance des partenaires au développement

Tous les partenaires au développement confirmaient que les priorités de leur programme étaient alignées avec les priorités sectorielles ou sous-sectorielles nationales en matière de santé, sauf un répondant qui n'a pas répondu à la question. Les partenaires au développement dans 28 des 30 pays déclaraient qu'il y avait eu une évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé, bien que les ministères de la Santé aient confirmé cette donnée dans seulement 24 de ces pays. Globalement, 74 pour cent des partenaires au développement signalaient qu'ils avaient participé à une évaluation conjointe de la stratégie sectorielle ou d'une stratégie sous-sectorielle. Parmi les 18 partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays, la participation signalée dans les évaluations conjointes de stratégies variait de 33 pour cent à 100 pour cent. Presque la moitié de tous les partenaires au développement (49 %) déclaraient qu'ils requéraient une évaluation séparée de la stratégie sectorielle ou sous-sectorielle qui soit spécifique à leur programme. Parmi les 18 partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays, cette exigence variait de zéro à 83 pour cent. Ces statistiques sont présentées dans les Figures 2(a) et 2(b).

Figure 2.(a) Participation dans les évaluations conjointes de stratégie sectorielle ou sous-sectorielle

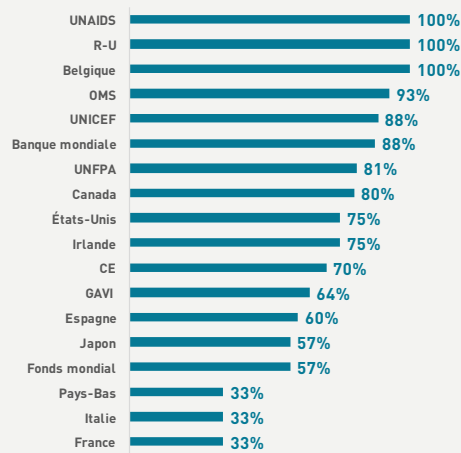
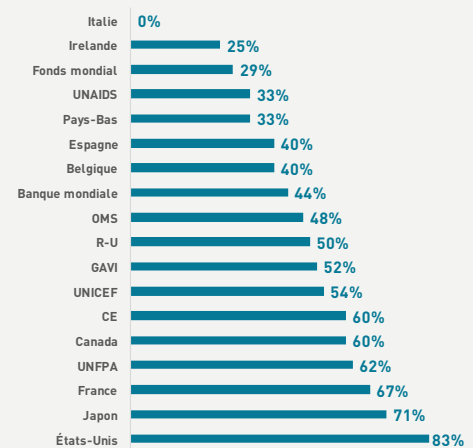


Figure 2.(b) Exigence d'évaluation séparée des stratégies sectorielles ou sous-sectorielles



Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, tous les représentants des agences de l'APD participantes ont affirmé que soutenir les plans sectoriels ou sous-sectoriels était leur option par défaut pour la collaboration du secteur de la santé. Cette assertion était soutenue par la revue de documents relatifs aux politiques et aux stratégies et par des revues menées par le Multilateral Organisation Performance Assessment Network (MOPAN) et par la UK Multilateral Aid Review (MAR). La plupart des agences déclaraient qu'elles participent aux JANS ou aux évaluations conjointes similaires des stratégies dans le domaine de la santé, et 11 indiquaient qu'elles le font constamment dans tous les pays de la coopération. Cependant, seuls deux d'entre eux se fient seulement à l'évaluation conjointe pour la définition de leur propre soutien au programme.

3.1.2. Évaluations conjointes de la performance du secteur de la santé pour la redevabilité (indicateur 5 de la CED)

Performance des gouvernements

Des pactes de pays ou accords multi-partenaires équivalents ont été signalés par 20 des 30 répondants gouvernementaux. Ils incluaient des cibles pour les gouvernements dans 19 pays, des cibles pour les partenaires au développement dans 18 pays, pour les organisations de la société civile dans 14 pays et pour le secteur privé dans 11 pays.

Des cadres uniques de suivi et d'évaluation du secteur de la santé étaient en place dans 24 pays et, selon les réponses données par les gouvernements, ils étaient utilisés de façon cohérente par les partenaires au développement dans dix pays. Les cadres n'ont pas été utilisés par les partenaires au développement dans quatre pays. Dans les dix restants, la pratique des partenaires au développement était décrite comme étant mitigée. L'utilisation des cadres nationaux de suivi et d'évaluation par les partenaires au développement était plus probable si ces derniers avaient été impliqués dans leur développement.

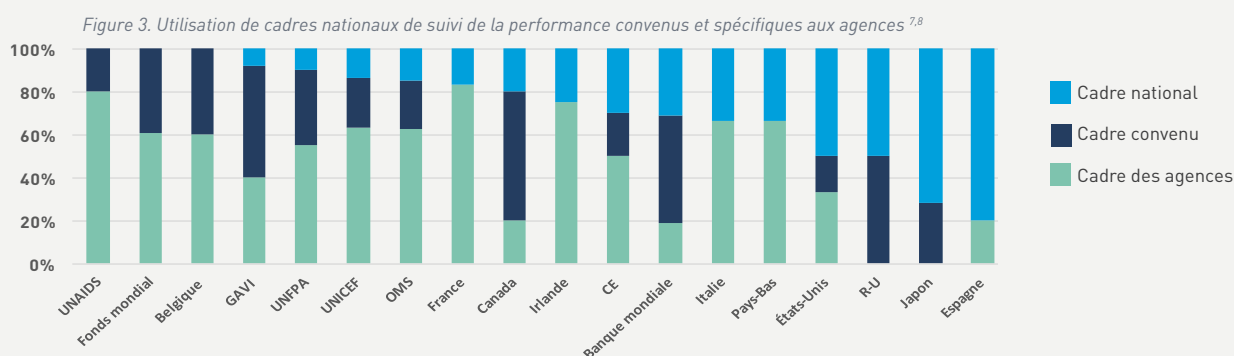
De nombreux répondants gouvernementaux ne distinguaient pas entre les évaluations conjointes des stratégies nationales (JANS) et les revues annuelles conjointes (RAC). Le plus souvent, les répondants renvoyaient à des revues sectorielles annuelles, à des revues à moyen terme ou à des revues de stratégie finale. Deux tiers des répondants gouvernementaux mentionnaient également d'autres mécanismes pour une redevabilité mutuelle, y compris les groupes de travail techniques, les structures gouvernementales spécifiques au programme telles que le Mécanisme de Coordination Pays, les conférences annuelles sur la santé et les forums de coordination au niveau décentralisé.

Vingt-deux gouvernements rapportaient qu'une revue annuelle conjointe dans le secteur de la santé, une revue à moyen terme (RMT) ou un exercice similaire avaient été conduits dans les deux dernières années. Les raisons de ne pas conduire une revue incluait le contexte politique ou sécuritaire, ou le fait que des procédures pour un tel exercice n'avaient pas encore été établies. Les gouvernements dans seulement la moitié des pays estimaient que les partenaires au développement utilisaient les revues conjointes pour ajuster et aligner leur soutien du secteur de la santé. Les organisations de la société civile étaient incluses dans 17 revues, et les organisations du secteur privé dans 11.

Deux tiers des répondants gouvernementaux confirmaient que les revues conjointes des sous-secteurs du système de santé continuaient d'être nécessaires pour des évaluations plus détaillées des initiatives spéciales, par exemple pour le contrôle de la tuberculose ou pour la réponse à l'HIV. Un tiers, toutefois, pensait que des revues conjointes sectorielles pourraient couvrir tous les domaines du secteur de la santé.

Performance des partenaires au développement

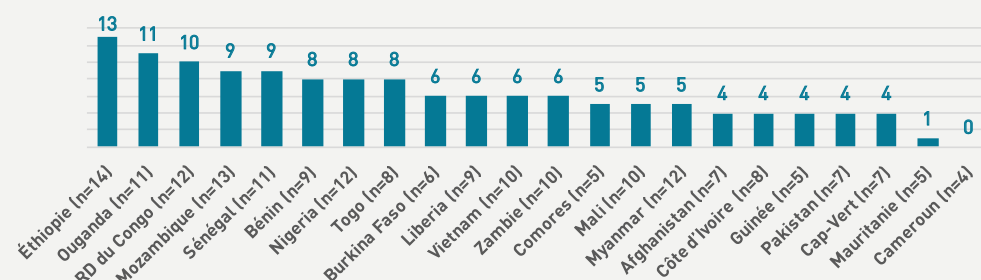
Trente des 35 partenaires au développement ont répondu à des questions concernant l'utilisation de cadres nationaux de suivi de performance pour leur programme. Parmi eux, 46 pour cent indiquaient qu'ils utilisaient le cadre national sectoriel ou sous-sectoriel pour le suivi des programmes, 33 pour cent utilisaient un cadre convenu qui n'était pas identique au cadre national, et 20 pour cent utilisaient leur propre cadre, spécifique à leur agence. Les 18 partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays signalaient l'utilisation de cadres nationaux dans 48 pour cent des cas, l'utilisation de cadres convenus dans 25 pour cent, et les cadres d'évaluation et de suivi spécifiques aux agences dans 27 pour cent. Les réponses différaient substantiellement parmi les partenaires, comme la Figure 3 l'illustre.



La plupart des partenaires au développement ont exprimé leur volonté d'aligner entièrement le suivi de leur programme avec les cadres et systèmes pertinents de suivi sectoriel ou sous-sectoriel. Cependant, 30 pour cent indiquaient qu'ils devaient suivre des indicateurs supplémentaires qui ne faisaient pas partie du cadre national, parce que le cadre était trop faible ou parce qu'ils avaient des exigences spécifiques de suivi qui n'étaient pas couvertes par des indicateurs nationaux. Trente pour cent ne faisaient pas une entière utilisation des données nationales de suivi en raison de la disponibilité limitée des données et des préoccupations concernant la qualité des données ; et 25 pour cent considéraient que le suivi national et le système de redevabilité dans le pays partenaire étaient généralement trop peu fiables.

Vingt-neuf partenaires au développement ont répondu à la question de la participation dans les revues conjointes du secteur de la santé dans les 22 pays où ces revues ont eu lieu, avec 78 pour cent confirmant leur participation. La Figure 4 illustre le nombre de partenaires au développement qui ont signalé leur participation dans chacun des 22 pays.

Figure 4. Nombre de partenaires au développement signalant leur participation dans des revues sectorielles conjointes.



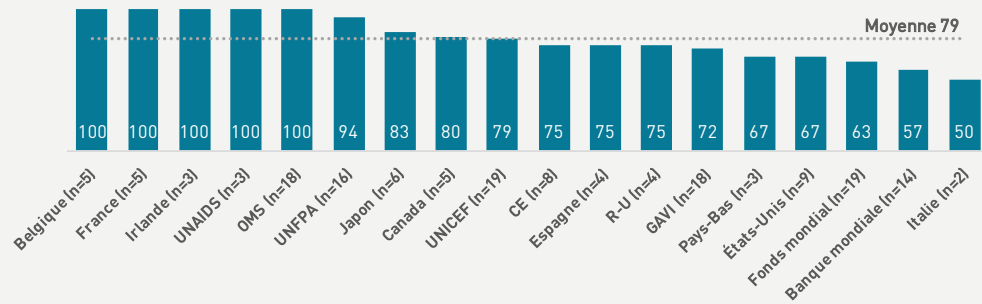
n = nombre de réponses de partenaires au développement

7. Très peu de partenaires au développement ont fourni des réponses multiples, renvoyant à différents canaux de programme. Ceux-ci ont été ajustés en sélectionnant seulement le niveau le plus élevé (cadre convenu ou national) de réponse.

8. Les partenaires au développement sont triés par le pourcentage d'utilisation des cadres de suivi spécifiques aux agences (barre rouge).

Parmi les 18 partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays, le taux de participation dans des revues conjointes était légèrement supérieur à 79 pour cent. La Figure 5 illustre le taux de participation de chacun des partenaires. Cinq d'entre eux ont participé dans des revues conjointes dans tous les pays pour lesquels ils fournissent des données.

Figure 5. Participation dans des revues annuelles conjointes ou exercices similaires au cours des deux dernières années (%)



n = nombre de pays dans lesquels le partenaire au développement a soumis une réponse à la question

Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, dix des agences de l'APD participantes ont confirmé qu'utiliser les systèmes nationaux de suivi de la performance était leur option par défaut ou préférée. Cependant, la plupart d'entre elles exigeaient également le suivi d'indicateurs supplémentaires qui n'étaient pas inclus dans le cadre national, et seules quelques-unes déconseillaient explicitement l'utilisation d'indicateurs supplémentaires.

3.1.3. Vues de la société civile et du secteur privé

Dans l'enquête en ligne, presque deux tiers (63 %) des répondants de la CED étaient totalement ou partiellement d'accord avec la déclaration qu'ils avaient été consultés par le gouvernement dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de programmes de santé. Un nombre très limité de leurs organisations ont reçu un soutien financier de la part du gouvernement pour participer à des consultations multipartenaires, mais plus de la moitié (57 %) indiquaient qu'elles recevaient un soutien de la part de partenaires au développement, du moins occasionnellement. Dans des discussions de groupes, les représentants des OSC ont exprimé les vues que des opportunités de participer à des processus multipartenaires pour le développement et la redevabilité des stratégies étaient sélectives, et qu'une participation significative n'était souvent pas possible parce que les gouvernements fournissaient des informations pertinentes trop tard, lorsque des décisions avaient déjà été prises.

Les représentants des organisations du secteur privé qui ont participé dans des groupes témoins dans 24 pays indiquaient que l'implication du secteur privé dans le développement de la stratégie et dans le suivi sectoriel était absente ou limitée à des consultations sélectives ad hoc. Les gouvernements dans 19 pays avaient signalé des consultations incluant le secteur privé, mais les participants des groupes témoins indiquaient que ces consultations étaient peu promues et qu'on y a peu participé, qu'elles étaient fortement sélectives et non perçues comme de vrais forums pour des partenariats.

3.1.4. Tendances de la satisfaction des engagements pour l'alignement stratégique et la redevabilité mutuelle

Trois cycles consécutifs d'évaluations de performance, allant du troisième cycle en 2012 au cinquième cycle en 2016, ont utilisé des indicateurs et des méthodes de collecte de données suffisamment similaires pour permettre une analyse des tendances des données quantitatives sélectionnées. Quatorze pays et 14 partenaires au développement ont participé à l'ensemble des trois cycles. Seul le cinquième cycle incluait la collecte de données qualitatives.

Selon des rapports de partenaires au développement en 2012, seuls 9 des 14 pays avaient institué des mécanismes pour la redevabilité mutuelle, tels que des revues sectorielles ou sous-sectorielles annuelles conjointes régulières. En 2014, ce chiffre a augmenté à 11 et en 2016 à l'ensemble des 14 pays. Parmi tous les partenaires au développement, la participation a augmenté comme la Figure 6 l'illustre, en partie parce qu'il y avait plus de mécanismes de redevabilité mutuelle dans plus de pays. La tendance est identique qu'elle soit calculée pour tous les partenaires au développement dans chaque cycle, ou seulement pour les 14 partenaires au développement qui ont participé à l'ensemble de trois cycles⁹.

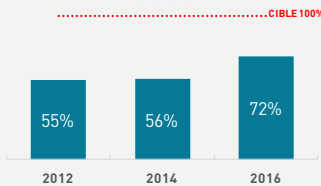
3.1.5. Contraintes et opportunités

Contraintes

Les gouvernements did ne mentionnaient pas de quelconques contraintes pour l'établissement de stratégies du secteur de la santé et de mécanismes solides pour la redevabilité partagée pour la performance sectorielle. L'implication accrue de la société civile et du secteur privé dans ces processus et mécanismes, toutefois, était limitée par le manque d'organismes représentatifs pour la société civile et le secteur privé dans de nombreux pays.

9. Le taux de participation en 2016 dans la Figure 6 (72 %) est plus faible que la moyenne dans la Figure 5 (79 %) parce qu'il a été calculé seulement pour les 14 pays présentant des données en série sur trois ans plutôt que pour chacun des 30 pays qui ont participé en 2016.

Figure 6. Tendence de la participation des PD dans les mécanismes de redevabilité mutuelle*



* Tous les PD dans 14 pays qui ont participé aux trois cycles.

Les raisons principales citées par les **partenaires au développement** pour ne pas participer à certaines évaluations conjointes des stratégies incluaient le fait que le sous-secteur couvert par la stratégie n'était pas d'intérêt pour le partenaire, que le partenaire au développement n'était pas invité à participer, ou que le partenaire n'avait pas les ressources nécessaires au niveau des pays. Ces deux dernières réponses ont été fournies par GAVI et par le Fonds mondial. Les deux agences ont exprimé des intentions pour augmenter leur participation dans le futur.

Deux raisons principales étaient fournies pour requérir des évaluations séparées. Les agences bilatérales, la Commission européenne et la Banque mondiale ont cité des exigences pour la mise en œuvre de cycles d'évaluation spécifiques aux agences pour le financement de chaque projet. Des agences spécialisées de l'ONU et des initiatives globales renvoyaient à leur soutien fourni à des sous-secteurs spécifiques comme leur activité principale, requérant des revues et évaluations tant conjointes que séparées.

De nombreux partenaires au développement renvoyaient à la qualité des cadres nationaux de suivi de la performance comme étant une contrainte dans l'amélioration de la redevabilité partagée pour la performance du secteur de la santé. Les cadres nationaux de suivi de la performance étaient ressentis comme ayant trop d'indicateurs, comme étant insuffisamment axés sur les résultats, comme étant insuffisamment spécifiques pour le domaine d'intérêt du sous-secteur ou du programme du partenaire au développement, ou fragmentés dans des composants spécifiques à une maladie spécifique, sans intégration au niveau des systèmes de santé. Les contradictions dans cette liste de contraintes illustrent le fait que les partenaires au développement ne constituent pas un groupe homogène. D'autres contraintes mentionnées incluent la faible capacité des ministères de la Santé de recueillir, d'analyser et d'utiliser des données d'informations sanitaires fiables pour la prise de décision et le fait que les systèmes d'information de la santé dans de nombreux pays ne couvrent pas les services de fournisseurs privés avec et sans lucratif.

Opportunités

Les opportunités d'augmenter l'alignement des stratégies et la redevabilité mutuelle, mentionnées par les **gouvernements** étaient généralement spécifiques aux pays. La plupart renvoient à des événements prévus tels que des revues de stratégies à moyen terme, des RAC, le développement de stratégies de financement du secteur de la santé, des réunions de coordination régulières (également aux niveaux provincial et du district), les groupes de travail techniques, la signature de pactes de pays et l'utilisation d'une budgétisation fondée sur les programmes par le ministère des Finances. L'IHP+ était mentionnée par plusieurs répondants comme étant un mécanisme visant à augmenter la redevabilité mutuelle.

Les partenaires au développement renvoyaient fréquemment à des évaluations ou revues sectorielles conjointes à venir dans le secteur de la santé. La programmation collaborative conjointe de l'ONU, le Mécanisme de Coordination Pays pour les octrois du Fonds mondial et les forums des partenaires de la santé étaient également mentionnés comme étant des opportunités pour promouvoir l'engagement pour une redevabilité mutuelle plus grande.

Les initiatives visant à renforcer la redevabilité conjointe pour la performance du secteur de la santé, mentionnées par les partenaires au développement, incluaient l'amélioration des cadres nationaux d'évaluation de la performance par un plus grand alignement avec les indicateurs globaux de la santé, le renforcement des systèmes nationaux d'informations de la santé et de suivi de la performance, et l'établissement d'une plateforme nationale pour la prise de décisions conjointe. La redevabilité conjointe pour les résultats serait renforcée si les systèmes nationaux représentaient une image plus réaliste de la performance sectorielle. Des exemples d'efforts pour un plus grand alignement des cadres de suivi mentionnés par les partenaires au développement incluaient le partenariat conclu entre l'Union européenne, l'OMS et le Luxembourg qui promouvait activement l'utilisation des cadres nationaux de suivi de la performance et soutenait les améliorations de qualité des systèmes nationaux d'information dans le domaine de la santé. L'orientation fournie par le Manuel politique opérationnel du Fonds mondial dans le cadre de la stratégie 2017-2022 était également mentionnée, recommandant un mouvement vers les outils harmonisés et encourageant la collaboration avec les partenaires dans le cadre du processus d'évaluation.

Les actions visant à augmenter la participation de la société civile et du secteur privé dans l'évaluation des stratégies et dans le suivi de la performance sectorielle relevaient, selon de nombreux partenaires au développement, de la compétence du gouvernement. L'inclusion de la société civile n'a pas été facilement influencée par les partenaires au développement international parce qu'elle dépendait souvent du niveau de confiance entre le gouvernement et la société civile dans le pays.

3.2. AMÉLIORER LE FINANCEMENT, LA PRÉVISIBILITÉ ET LA GESTION FINANCIÈRE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les dépenses gouvernementales pour la santé variaient de quatre pour cent à 17 pour cent des dépenses gouvernementales totales. La moyenne parmi les 14 pays qui ont participé dans les trois derniers cycles de suivi a progressivement diminué. Le taux moyen d'exécution pour le budget du secteur de la santé était de 86 pour cent. Parmi les 12 pays possédant des données en série depuis 2012, ce taux a diminué par rapport à 2014, mais est resté au-dessus du niveau de 2012. Dans deux tiers des pays, un budget glissant ou cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) s'étalant sur 3 ans était en place. Dans 23 des 30 pays, certains fonds de coopération au développement ont été inscrits sur le budget, et dans quatre autres pays ils ont été documentés autrement.

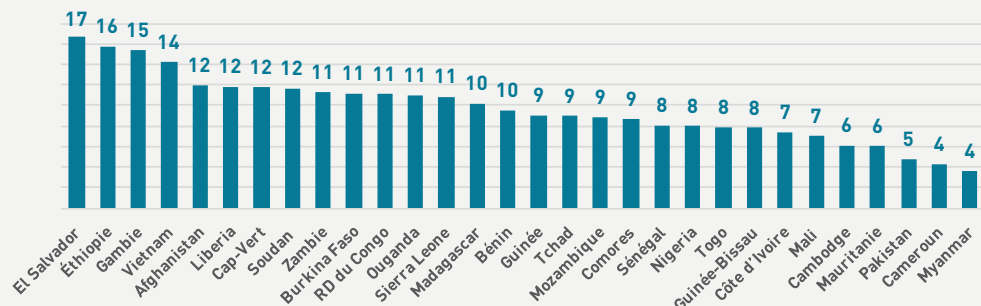
Les partenaires au développement ont exécuté en moyenne 78 pour cent de leurs budgets annuels, allant de 45 pour cent à 100 pour cent par pays. Nonante-cinq pour cent des US\$ 4,8 milliards de déboursés effectués en faveur des gouvernements sont le fait de 18 partenaires au développement qui avaient un taux global d'exécution budgétaire de 73 pour cent, soit bien en-dessous de la cible de 90 pour cent.¹⁰ Les gouvernements ont confirmé qu'ils étaient informés de 35 pour cent des plans de dépenses sur trois ans des partenaires au développement. La communication des partenaires au développement avec les ministères de la Santé sur les prévisions de dépenses a légèrement augmenté par rapport à l'année 2014, mais est restée bien en-dessous de la cible. Presque tous les partenaires au développement déclaraient que leurs ressources budgétées étaient connues des gouvernements, mais seulement 53 pour cent des ressources étaient inscrites dans le budget national. Le niveau d'inscription dans le budget était comparable aux cycles de suivi précédents.

3.2.1. Exécution des budgets du secteur de la santé (indicateur 2a de la CED)

Performance des gouvernements

L'exécution des budgets sectoriels de la santé a été évaluée par rapport au contexte de la proportion estimée de dépenses gouvernementales générales allouées à la santé, publiée dans la base de données des dépenses globales de santé de l'OMS pour l'année 2014. Les dépenses gouvernementales, qui incluent les fonds de coopération au développement acheminés par le biais des procédures nationales d'exécution budgétaire, variaient considérablement, représentant entre quatre pour cent et 17 pour cent des dépenses gouvernementales. Cela est présenté dans la Figure 7.

Figure 7. Dépenses des gouvernements en matière de santé en % des dépenses gouvernementales générales en 2014

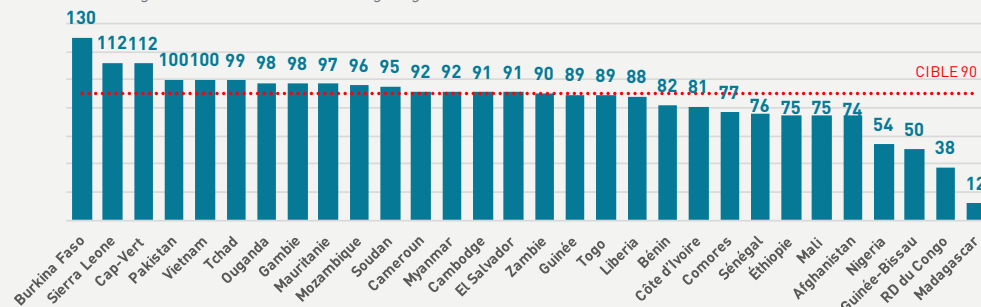


Source: www.who.int/health-accounts/ghed/en/ (accessed 11/05/2017)

Presque tous les gouvernements (27/29) signalaient des composantes sous-financées des systèmes de santé. Les listes sont longues et incluent tous les blocs constituant les systèmes de santé.¹¹ Sept gouvernements signalaient un sur-financement de certains programmes ou de certaines composantes. Deux d'entre eux ont renvoyé aux programmes HIV, tuberculose et malaria ; le financement fondé sur la performance et le partenariat public-privé étaient mentionnés une fois.

Les répondants étaient questionnés au sujet de l'exécution budgétaire dans l'exercice fiscal sélectionné et de la disponibilité des prévisions des dépenses pour les trois années subséquentes. Les années fiscales sélectionnées variaient de pays à pays, mais la plupart étaient comprises dans la période des années calendrier 2014-2015. L'exécution du budget national de santé dépassait la cible de 90 pour cent dans 16 des 30 pays. La Figure 8 présente les taux déclarés d'exécution budgétaire.

Figure 8. Exécution (%) des budgets gouvernementaux de santé dans l'année fiscale sélectionnée



10. Les taux moyens sont calculés comme étant la moyenne des taux d'exécution dans chaque pays. Pour le taux global, toutes les dépenses déclarées sont additionnées et divisées par la somme de tous les budgets. Seuls les budgets et dépenses pour le secteur gouvernemental sont inclus dans ces calculs.

11. Selon le modèle de l'OMS : (i) fourniture de service ; (ii) ressources humaines dans le domaine de la santé ; (iii) systèmes d'information sanitaire ; (iv) accès aux médicaments essentiels ; (v) financement ; et (vi) leadership/gouvernance

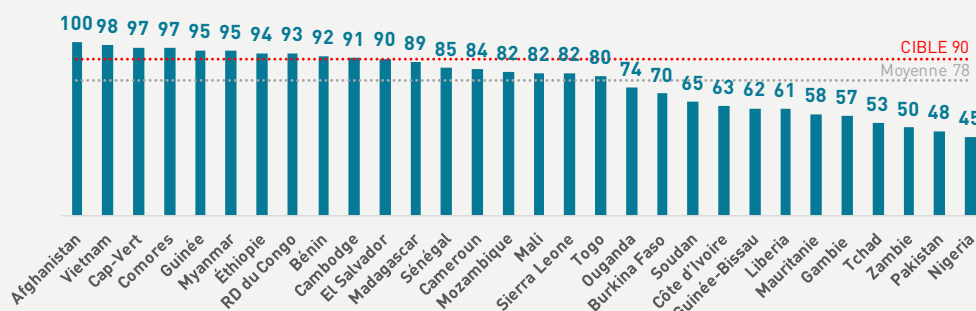
La très faible exécution budgétaire signalée par le gouvernement de Madagascar est un artefact, en raison d'un problème administratif de publication des dépenses avant la clôture des comptes pour l'exercice fiscal 2015. D'autres gouvernements qui signalaient des sous-dépensements significatifs ont cité principalement la non-libération ou la libération tardive des fonds par le trésor national, le sous-dépensement ou le dépensement tardif de contributions inscrites sur le budget par les partenaires au développement, ou les procédures complexes de passation de marchés publics qui ont retardé les investissements prévus. Les sur-dépensements étaient liés à l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone, au paiement des dettes accumulées au Cap-Vert et aux contributions tardives des partenaires, ainsi qu'aux ajustements budgétaires post hoc au Burkina Faso.

Lorsque les sur-dépensements de budgets nationaux de santé sont plafonnés à 100 pour cent, le taux d'exécution budgétaire moyen dans les 30 pays participants est de 83 pour cent. Si l'on enlève les données émanant de Madagascar, le taux moyen augmente à 86 pour cent.

Performance des partenaires au développement

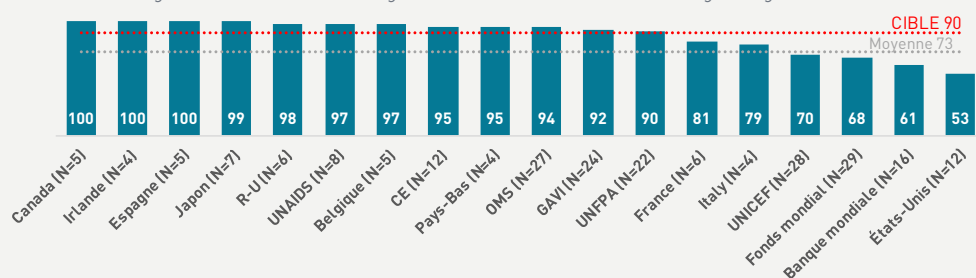
Les partenaires au développement rapportaient le budget programmé pour dépense au gouvernement ainsi que le dépensement réel dans l'exercice fiscal sélectionné. Globalement, 33 partenaires au développement ont soumis 222 rapports de dépenses totalisant US\$ 4,8 milliards. Lorsque des sur-dépensements ont été plafonnés à 100 pour cent de l'estimation budgétaire pour la période, la performance moyenne des partenaires au développement en termes d'exécution de leurs budgets dans tous les pays dans lesquels ils ont participé, était de 78 pour cent. Les taux différaient par pays, comme la Figure 9 l'illustre. Dans onze pays, les partenaires au développement ont atteint une cible de 90 pour cent d'exécution budgétaire.

Figure 9. Taux moyens d'exécution des budgets des partenaires au développement par pays (%)



Les 18 pays au développement qui ont participé dans au moins quatre pays signalaient des dépenses de 4,6 milliards US\$, avec un taux global d'exécution budgétaire de 73 pour cent, par rapport à une cible de 90 pour cent. Pour ce calcul, les dépenses ont également été plafonnées à 100 pour cent de l'estimation budgétaire dans chaque pays. La Figure 10 présente les résultats.¹²

Figure 10. Taux d'exécution budgétaire de 18 PD et taux d'exécution budgétaire global (%)*



* N = nombre de pays dans lesquels les PD ont participé. Seuls les partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays sont inclus.

Douze des 18 partenaires ont dépensé plus de 90 pour cent de leurs budgets. L'agrégat était toutefois faible parce que les trois partenaires au développement dotés des budgets les plus importants déclaraient les taux d'exécution les plus faibles. D'importants sur-dépensements de plus de 150 pour cent des budgets ont été signalés dans trois pays, en raison de réponses à des situations de crise ou du transfert de fonds de l'année précédente.¹³ Les raisons des sous-dépensements incluaient les retards dans l'implémentation et le manquement des partenaires au développement à leur obligation de respecter des cibles de performance contractuellement convenues, les retards dans le rapportage, la surestimation de besoins, ainsi que les décisions politiques de retenir le financement dans des cas de suspicion de corruption ou de préoccupation quant aux droits de l'homme.

12. Les taux moyens sont calculés comme étant la moyenne des taux d'exécution budgétaire dans chaque pays. Les taux globaux sont calculés en tant que taux d'exécution de la somme des budgets pour tous les pays

13. Dans le calcul des agrégats, les sur-dépensements dans des pays ont été ajustés à 100 pour cent de l'exécution budgétaire

3.2.2. Prévisions des dépenses pour les trois prochaines années (indicateur 2b de la CED)

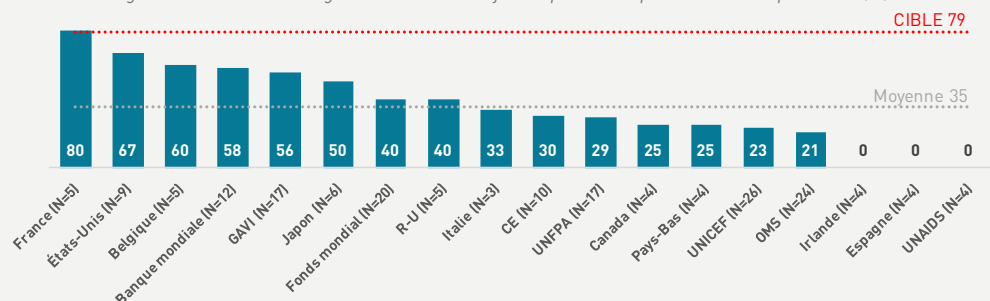
Performance des gouvernements

Des 29 gouvernements qui ont répondu à la question sur les prévisions des dépenses, 19 (soit 66 %) ont répondu qu'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) ou une estimation budgétaire s'étalant sur trois ans était en place.

Performance des partenaires au développement

Les partenaires au développement ont été questionnés à propos de leur pratique d'informer les gouvernements de leurs plans de prévisions des dépenses trois ans, et les répondants gouvernementaux ont été questions au sujet de leur niveau de connaissance de ces plans. Les réponses soumises par les ministères de la Santé différaient quelque peu de celles fournies par les partenaires au développement. L'une des raisons peut être que les partenaires au développement ont négocié des accords et budgets de coopération avec les ministères des Finances ou de la coopération internationale. Des informations détaillées peuvent ne pas avoir été communiquées aux ministères de la Santé. Pour être consistant avec les cycles de suivi précédents, nous ne rapportons que les informations reçues de la part des gouvernements. Les statistiques ont été ajustées en enlevant du dénominateur les non-réponses des gouvernements. La figure 11 présente les niveaux d'information de chaque plan de prévisions des dépenses sur 3 ans des partenaires au développement, tels qu'indiqués par les gouvernements. Les statistiques ne sont pas pondérées par la taille des budgets de coopération.

Figure 11. Information des gouvernements au sujet des plans de dépenses sur 3 ans par les PD (%)*



*N = nombre de pays dans lesquels des gouvernements ont fourni une réponse. Seuls les partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays sont inclus.

La plupart des partenaires au développement ont fourni des plans de prévisions des dépenses pour deux plutôt que pour trois ans. L'OMS, par exemple, établit et négocie des programmes et budget biennaux. Il est dès lors surprenant que cinq des 24 ministères de la Santé déclaraient qu'ils ont été informés par l'OMS des plans de dépenses pour les trois prochaines années, bien que cela puisse être expliqué par des chevauchements entre années fiscales et années calendrier. Les partenaires au développement qui ont fourni des prévisions des dépenses sur trois ans, mais ont été évalués dans la deuxième ou troisième année de leur cycle de programme seraient seulement reconnus pour la période restante dans leur programme.

Les raisons citées par certains partenaires au développement pour ne pas fournir de prévisions des dépenses sur trois ans incluaient le fait que le financement n'était pas encore sécurisé, ou que l'outil de cartographie des ressources du ministère réclamait seulement des informations pour l'année suivante.

Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, tous les représentants des agences de l'APD participantes ont confirmé que le financement de coopération de leurs agences était connu des gouvernements, mais seulement huit agences avaient une exigence stricte d'informer les gouvernements, et deux indiquaient que cela dépendait du contexte du pays. Aucune des agences n'avait une exigence stricte de contribuer totalement ou partiellement, à partir de leurs fonds, à un fonds mis en commun ou à un type similaire de mécanisme de financement conjoint.

3.2.3. Enregistrement des fonds de coopération au développement dans le budget (indicateur 2c de la CED)

Performance des gouvernements

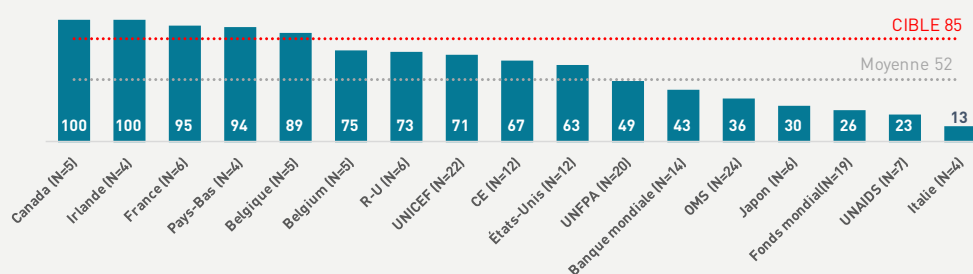
Les contributions émanant de certains partenaires au développement ont été enregistrées dans les budgets nationaux de santé dans 23 des 30 pays. Les gouvernements participants n'avaient pas tous des procédures de budgétisation permettant l'enregistrement des fonds de coopération au développement dans le budget national. Dans certains pays, seuls les fonds payés au ministère des finances pour un soutien budgétaire général ou pour un soutien budgétaire sectoriel sont enregistrés, dans d'autres, les fonds de coopération au développement sont enregistrés dans une annexe budgétaire ou dans un document gouvernemental séparé, parfois en tant que somme forfaitaire et pas toujours spécifiée par secteur. Trois gouvernements ont répondu qu'il n'y avait pas de provisions pour l'enregistrement des contributions des partenaires au développement dans le budget national, et ils n'indiquaient pas que les fonds étaient publiés dans un quelconque autre document officiel.

Performance des partenaires au développement

Les répondants partenaires au développement ne savaient pas toujours si des ressources étaient enregistrées dans le budget national. GAVI, par exemple, a seulement fourni des informations sur les fonds inscrits dans le budget dans trois pays sur 25, répondant par « inconnu » dans les 22 autres. GAVI a confirmé ne pas suivre l'aide pour la santé sur le budget étant donné qu'elle exclut la portion principale du soutien de GAVI en matière de vaccinations, non dispensé en espèces, aux pays (75 % du financement de GAVI). Les fonds budgétés par tous les partenaires au développement qui déclaraient tant le montant du soutien sectoriel gouvernemental que les montants inscrits sur le budget, totalisaient US\$ 2,43 milliards, avec US\$ 1,32 milliard (53 %) enregistrés dans le budget national ou dans un document officiel équivalent. Au niveau des pays, les proportions calculées variaient largement de zéro à 100 pour cent, mais ils dépendaient fortement du nombre de partenaires au développement qui ont fourni des données dans chaque pays. Une analyse de la performance par pays n'est dès lors pas limitative.

Lorsqu'on limite l'analyse de la performance aux 17 partenaires au développement¹⁴ qui ont participé dans au moins quatre pays, la proportion globale de fonds déboursés aux gouvernements dans 27 pays et qui étaient enregistrés dans le budget ou dans un document équivalent, était de 52 pour cent. La Figure 12 présente la performance des partenaires au développement.

Figure 12. Fonds de coopération pour les gouvernements, déclarés dans le budget national (%)*



*N = nombre de réponses des PD qui incluait tant la valeur du numérateur que la valeur du dénominateur. Seuls les partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays sont inclus.

Malgré la relativement faible proportion d'enregistrement sur le budget, presque tous les partenaires au développement (30/34) déclaraient que toutes leurs ressources budgétées étaient connues du gouvernement. Environ 59 pour cent de tous les fonds de coopération ont été déboursés dans un cadre de financement global convenu, selon les rapports soumis par les 34 partenaires au développement.

3.2.4. Tendances du respect de l'engagement pour un financement amélioré du secteur de la santé, pour la prévisibilité et pour la gestion financière

Les dépenses gouvernementales générales moyennes pour la santé en tant que proportion des dépenses gouvernementales générales dans les 14 pays ont décliné sur les quatre années entre 2010 et 2014 (Figure 13). Seuls trois pays, El Salvador, la RDC et le Nigeria ont enregistré une dépense proportionnelle en matière de santé plus élevée en 2014 qu'en 2010.

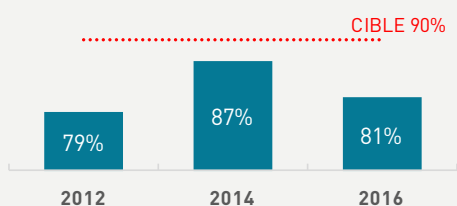
Seuls 12 gouvernements ont fourni des données concernant des budgets et dépenses de santé dans chaque cycle. De façon similaire, seuls 13 partenaires au développement ont fourni aux gouvernements des données sur les budgets et déboursements des fonds de coopération. Les 13 partenaires représentaient 76 pour cent de tous les fonds budgétés pour déboursement au gouvernement, signalés dans le cycle de suivi 2016. Les Figures 14(a) et 14(b) présentent les tendances dans les taux d'exécution budgétaire par les gouvernements et les partenaires au développement. Les sur-déboursements dans chacun des trois cycles ont été plafonnés à 100 pour cent.

Figure 13. Tendances du pourcentage de dépenses gouvernementales en matière de santé*



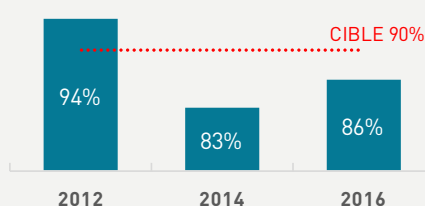
* 14 pays ont participé à trois cycles
Source www.who.int/health-accounts/ghed/en/ [accessed 11/05/2017]

Figure 14.(a) Tendence de l'exécution du budget national de la santé*



* 12 pays

Figure 14.(b) Tendence de l'exécution du budget de la coopération au développement*



* 13 partenaires au développement

14. GAVI n'est pas incluse, parce qu'elle a fourni des données un soutien inscrit sur le budget seulement dans 3/25 réponses.

Des informations sur le planning gouvernemental prévisionnel des dépenses n'ont pas été collectées dans les cycles de suivi précédents. Dans les cycles de suivi 2014 et 2016, les ministères de la Santé et les partenaires au développement ont déclaré des prévisions des dépenses des fonds de coopération sur les trois prochaines années. Les informations issues des deux sources différaient considérablement. Dans la plupart des cas, les partenaires au développement ont considéré que leur transparence concernant les prévisions de dépenses était plus grande que la manière dont les ministères de la Santé la percevait.

Les informations fournies par les gouvernements sont présentées dans l'analyse des tendances à la Figure 15. Les données représentent le pourcentage de partenaires au développement qui ont fourni des prévisions de dépenses pour la coopération du secteur de la santé aux gouvernements dans les 21 pays qui ont participé aux cycles de suivi tant en 2014 qu'en 2016, comme déclaré par les gouvernements. Seuls les 14 partenaires au développement qui ont fourni des données pour les deux cycles de suivi ont été pris en compte.

Figure 15. Tendence des prévisions de dépenses des fonds de développement*

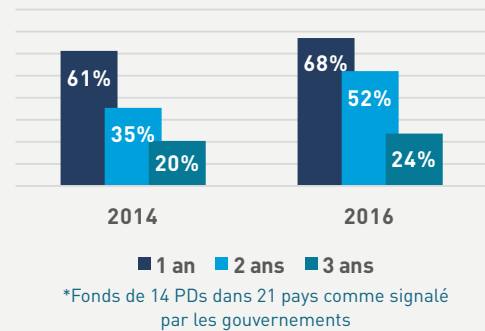
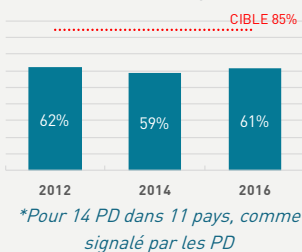


Figure 16. Tendence de l'inscription des fonds des PD dans les budgets nationaux*



Les résultats pour les plans de prévisions de dépenses sur trois ans des partenaires au développement signalés par les gouvernements en 2016 dans la Figure 15 (24 %) sont considérablement inférieurs aux résultats indiqués dans la section 3.2.2 (37 %) en raison de la sélection de pays et de partenaires au développement inclus dans l'analyse des tendances. Les données disponibles concernant les estimations des prévisions de dépenses pour le nombre limité de pays pour lesquels l'analyse des tendances était possible suggèrent que la prévisibilité du soutien du secteur de la santé par les partenaires au développement a augmenté depuis le cycle de suivi de 2014. Cependant, les informations concernant l'exécution budgétaire par les gouvernements et par les partenaires au développement sur trois cycles de suivi indiquent que les données sont assez instables, et qu'un changement entre deux cycles de suivi n'établit pas forcément une tendance robuste.

Les informations sur la proportion du financement offert par les partenaires au développement aux gouvernements, lequel était inscrit sur le budget national, ont été collectées dans chacun des trois cycles de suivi. Des données sur trois cycles étaient disponibles à partir de 11 pays et de 14 partenaires au développement, reflétant entre US\$ 0,9 billion et US\$ 1,7 billion dans chaque cycle. La Figure 16 présente la tendance de la proportion des fonds qui ont été inscrits dans les budgets nationaux. Elle indique que l'inscription sur le budget a peu changé et reste en-dessous de la cible de 85 pour cent.

3.2.5. Contraintes et opportunités

Contraintes

Les gouvernements ont identifié de nombreuses contraintes dans la réalisation d'un budget équilibré avec un financement suffisant de priorités clés. Les contraintes domestiques incluaient l'espace fiscal national limité, le manque de planification et de budgétisation fondées sur des preuves, l'absence d'une stratégie nationale de financement de la santé, la faible capacité des ministères de la Santé à négocier leurs budgets avec les ministres des Finances, et les situations d'urgence dues à des épidémies et à d'autres crises. La relation interministérielle avec le ministre des Finances et la libération tardive ou la non-libération de fonds par le trésor étaient également citées comme une cause de sous-dépensements du budget national de la santé.

Les contraintes liées à la relation avec les partenaires au développement incluaient la faiblesse ou l'absence de planification conjointe par les partenaires au développement, le financement non fiable, le financement affecté aux programmes spécifiques, les procédures complexes, et la réticence des partenaires au développement d'utiliser les systèmes et procédures de gestion des finances publiques. La libération retardée des fonds des partenaires au développement inscrits sur le budget était citée par plusieurs gouvernements comme étant une cause de sous-dépensements.

Les partenaires au développement ont noté qu'ils négociaient leur programme de coopération du secteur public de la santé avec les gouvernements et ont gardé les gouvernements informés au sujet des plans de prévisions des dépenses. Cependant, lorsque le suivi des données a été collecté vers la fin d'un programme de coopération, les plans de prévisions des dépenses peuvent ne pas avoir été disponibles. Les contraintes pour inscrire les fonds de coopération sur le budget national citées par plusieurs partenaires au développement indiquent que le concept et le progrès n'étaient pas toujours bien compris. Certains partenaires mentionnaient des contraintes qui s'appliquaient au soutien budgétaire plutôt qu'à l'inscription sur le budget. D'autres contraintes incluaient un mauvais alignement de cycles de budgétisation, des procédures gouvernementales de budgétisation qui manquaient de transparence ou qui empêchaient l'inscription de fonds internationaux sur le budget national, et un manque de compréhension de l'utilité et des avantages de l'inscription sur le budget.

Opportunités

Les gouvernements mentionnaient peu d'opportunités pour améliorer le financement du secteur de la santé. Une gestion financière plus transparente par le ministère de la Santé pour réduire les risques fiduciaires et augmenter la confiance des partenaires au développement était mentionnée par un répondant. La décentralisation du budget et une plateforme de gestion de l'aide étaient mentionnées par un autre.

Les partenaires au développement suggéraient qu'on pourrait améliorer le flux d'information sur les plans pluriannuels de dépenses par des revues régulières de portefeuilles, par le renforcement du rapportage à la moitié de l'année et annuel à travers les partenaires, par le renforcement des processus budgétaires nationaux, ainsi que par des revues biannuelles de prévisions, de contrats et de déboursements. Les revues sectorielles annuelles fournissent une opportunité d'actualiser les informations. On pourrait améliorer la fonctionnalité et l'utilisation des bases de données de l'assistance au développement maintenues par les ministères des Finances ou par les ministères de la Coopération, de même que la communication interministérielle entre le ministère des Finances et le ministère de la Santé. Les accords de financement conjoint (AFC) étaient cités comme une opportunité d'augmenter l'inscription de fonds sur le budget

Les partenaires au développement en Éthiopie signalaient un AFC et une procédure de modélisation des ressources qui incorporait également le financement émanant des ONG. GAVI a mentionné ses intentions de continuer de renforcer la prévisibilité de financement à travers une planification de 5 ans et une stricte implication des ministères des Finances dans toutes les propositions de financement. La prévisibilité du financement devient de plus en plus une préoccupation pour le Fonds mondial, avec des attentes que la prévisibilité sera renforcée sous le nouveau modèle de financement. Tous les pays ont reçu des lettres avec leurs allocations pour la période 2017-2019 au mois de décembre 2016, confirmant que le Fonds mondial vise à assurer une prévisibilité sur 3 ans.

3.3. ÉTABLIR, RENFORCER ET UTILISER LES SYSTÈMES DES PAYS

Gouvernements : Seize pays participants avaient un système de gestion des finances publiques (GFP) robuste, comme indiqué par un score CPIA égal ou supérieur à 3,5, largement inchangé depuis 2010. Les gouvernements dans presque tous les pays ont confirmé que des initiatives visant à renforcer le système national de GFP étaient en place.

Les systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement étaient utilisés par certains partenaires au développement dans deux tiers des pays. Environ la moitié des répondants gouvernementaux considéraient que ces systèmes ne recevaient pas suffisamment d'appui.

Des plans sectoriels pour une assistance technique étaient largement absents, mais des plans sous-sectoriels existaient dans certains pays. Les ministères de la Santé n'étaient pas impliqués de façon constante dans le développement des termes de référence pour, ou dans la sélection de, l'assistance technique. La coopération sud-sud était globalement modeste.

Partenaires au développement : Dans les pays dotés de systèmes robustes de GFP, environ la moitié des fonds de coopération au développement pour le secteur gouvernemental était déboursée à l'aide des procédures nationales d'exécution budgétaire. Un soutien suffisant pour renforcer les systèmes nationaux de gestion des finances publiques était disponible dans la moitié des pays. L'utilisation des systèmes nationaux de GFP par les partenaires au développement a augmenté par rapport à l'année 2014, mais était au même niveau qu'en 2012.

Bien que les partenaires au développement ont confirmé que le soutien pour renforcer les systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement était fourni dans tous les pays, seulement 42 pour cent des partenaires au développement utilisaient les systèmes au moins pour certaines passations de marchés.

Presque tous les partenaires au développement déclaraient qu'ils fournissaient une assistance technique comme convenu avec les autorités nationales ou en ligne avec les stratégies sectorielles ou sous-sectorielles. Ils indiquaient que dans presque tous les cas les institutions destinataires étaient impliquées dans le développement des termes de référence, et dans 85 pour cent des cas dans la sélection des assistants techniques. Ces rapports contrastaient avec les rapports provenant des gouvernements. La majorité des partenaires au développement a signalé qu'ils ont fourni une certaine forme de soutien pour la coopération sud-sud ou régionale.

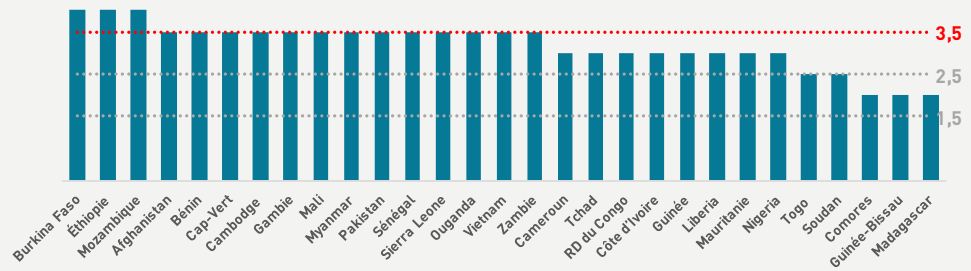
3.3.1. Systèmes nationaux de gestion des finances publiques (GFP) (Indicateur 3 de la CED)

Performance des gouvernements

Pour l'évaluation des systèmes nationaux de GFP, les données pour les pays participants ont été transcrites de la base de données de la Banque mondiale des évaluations des politiques des pays et institutionnelles (CPIA) de la qualité de la gestion budgétaire et financière. (Figure 17) La statistique est un indice composé, évaluant la qualité des systèmes de GFP sur une échelle allant de un (faible) à six (élevé). Un score égal ou supérieur à 3,5 implique que les systèmes sont raisonnablement solides. En 2014, on a évalué les systèmes de GFP dans 16/29 pays¹⁵ à ce niveau. Le score moyen des 29 pays est resté relativement inchangé depuis l'année 2010, de même que la liste des pays présentant des scores d'au moins 3,5.

15. Le score CPIA pour l'El Salvador n'est pas fourni dans la base de données.

Figure 17. Score CPIA de la Banque mondiale pour la gestion des finances publiques 2014



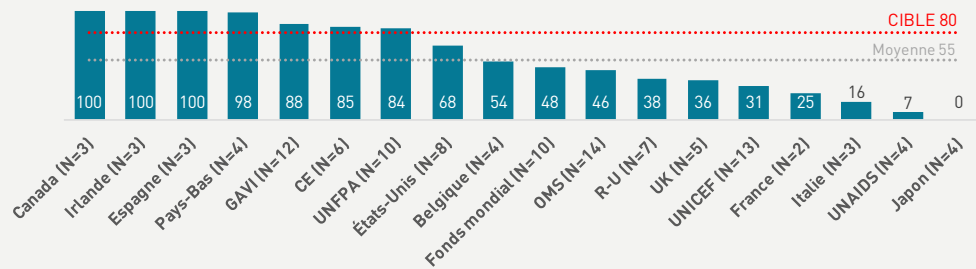
Source: <http://data.worldbank.org/data-catalog/CPIA> (accessed 17/02/2016)

Des programmes visant à renforcer les systèmes de GFP étaient en place dans 28 des 29 pays qui ont répondu à cette question. Des contraintes concernant l'implémentation ont été mentionnées par sept répondants, dont quatre proviennent de pays présentant des scores en-dessous du seuil de 3,5. Les contraintes incluaient des ressources ou une capacité technique insuffisantes, une volonté politique limitée, ainsi qu'un soutien insuffisant de la part des partenaires au développement.

Performance des partenaires au développement

Les systèmes nationaux de gestion des finances publiques étaient principalement utilisés par les partenaires au développement contribuant à des fonds communs et à l'appui budgétaire, ainsi que pour les prêts de la Banque mondiale. Dans 17 pays, au moins un partenaire au développement utilisait le système public pour l'exécution budgétaire, et dans 12 pays également pour l'audit. Dans les 16 pays dotés de systèmes raisonnablement robustes de gestion des finances publiques, environ 53 pour cent des fonds de coopération au développement pour le secteur gouvernemental étaient déboursés à l'aide des procédures nationales d'exécution budgétaire. Lorsque l'analyse a été limitée aux 18 partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays, la performance globale était de 55 pour cent, mais n'atteint pas encore la cible de 80 pour cent.^{16,17} (Figure 18). Les faibles systèmes, la faible gouvernance, l'instabilité politique et le manque de confiance étaient cités par les répondants comme des raisons de ne pas utiliser les systèmes.

Figure 18. Déboursements pour les gouvernements utilisant des procédures nationales d'exécution budgétaire (%)*



* N = nombre de pays pour lesquels on a signalé des données pour les déboursements et pour l'utilisation du système de GFP. Seuls les partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays sont inclus.

Plus de la moitié de tous les répondants partenaires au développement (53 %) considérait qu'un soutien suffisant était disponible pour renforcer les systèmes nationaux de GFP, bien que cela variait de aucun à Madagascar à tous en Sierra Leone. Les répondants ont offert peu de suggestions pour le renforcement des systèmes.

Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, sept des 14 représentants des agences APD ont confirmé que le renforcement des systèmes nationaux de GFP était un objectif explicite de leur programme de soutien au secteur de la santé. Cinq agences le font occasionnellement, et seuls les représentants de GAVI et de l'agence italienne MAECI déclaraient que leur agence n'est jamais impliquée dans ce type de soutien. L'utilisation des systèmes nationaux de GFP constitue une option par défaut pour neuf des 14 agences ; ils sont utilisés de façon incohérente par quatre d'entre eux, et ce n'est pas une option par défaut pour le DFID.

3.3.2. Les systèmes nationaux de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements (GPMA) (indicateur 4 de la CED)

Performance des gouvernements

Presque tous les gouvernements (27/29) déclaraient que le pays avait un système gouvernemental de passation de marchés et d'approvisionnement, et beaucoup d'entre eux indiquaient qu'un plan annuel sectoriel de passation de marchés dans le domaine de la santé avait été préparé. Dans trois pays, le plan couvrait uniquement la passation de marchés nationaux, à l'exclusion de la passation de marchés régionaux ou globaux. Il y avait un accord presque unanime (27/29) qu'il fallait renforcer les systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement. La moitié des répondants gouvernementaux considéraient que le soutien actuel fourni par les partenaires au développement pour cette tâche était insuffisant.

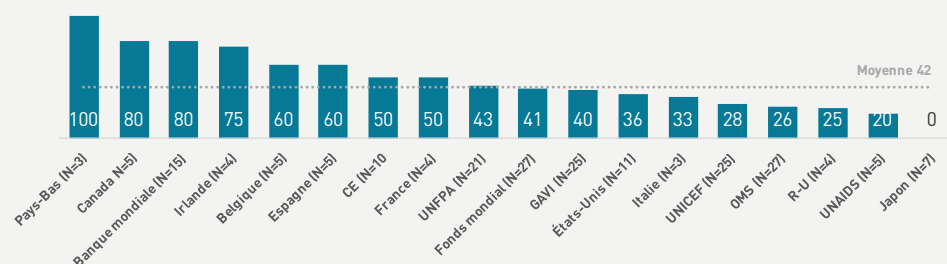
16. La performance agrégée était calculée comme la somme des fonds déboursés à l'aide du système de GFP divisé par la somme de tous les déboursements effectués au gouvernement.

17. Le faible score de la Banque mondiale est dû au fait qu'un octroi important au Nigeria n'avait pas été inscrit dans le budget parce que le Nigeria n'a pas de mécanisme de budgétisation qui permet l'inscription des ressources internationales

Performance des partenaires au développement

Les réponses fournies par les partenaires au développement concernant l'utilisation des systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement étaient, dans tous les cas, qualifiées. La plupart des partenaires au développement indiquaient qu'ils utilisaient plusieurs systèmes de passation de marchés en fonction du type de programme, du partenaire chargé de la mise en œuvre et du volume des marchés. Plusieurs indiquaient qu'ils utilisaient le système national uniquement pour les marchés nationaux, pour les marchés de faible volume ou pour les marchés qui étaient financés avec l'appui budgétaire sectoriel ou à travers un programme de fonds commun administré conjointement avec le gouvernement. Dans certains cas, des marchandises étaient achetées à l'aide de systèmes spécifiques à l'agence, mais elles étaient alors acheminées dans la chaîne logistique nationale, par exemple à travers la pharmacie centrale. En moyenne, 42 pour cent des répondants déclaraient qu'ils utilisaient le système national de PMA pour au moins certaines passations de marché.¹⁸ (Figure 19)

Figure 19. Utilisation par les PD des systèmes nationaux de PMA pour au moins certaines passations de marchés (%)*



*N = nombre de pays pour lesquels des PD ont fourni une réponse. Seuls les partenaires au développement qui ont participé dans au moins quatre pays sont inclus.

Les répondants dans chacun des 30 pays, et globalement la moitié de tous les répondants, considéraient qu'un soutien suffisant pour renforcer les systèmes nationaux de GPMA était fourni. Cette opinion contraste avec les déclarations faites par les gouvernements de la moitié des pays que le soutien des partenaires au développement pour renforcer les systèmes de GPMA était insuffisant.

Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, seuls cinq des 14 représentants des agences APD déclaraient que le renforcement des systèmes nationaux de passation de marchés était un objectif explicite du programme de coopération du secteur de la santé de leur agence. Quatre déclaraient que leur agence utilisait les systèmes nationaux de passation de marchés pour tous leurs biens et services, et six indiquaient que les systèmes nationaux de GPMA étaient utilisés pour certaines passations de marchés.

3.3.3. Assistance technique coordonnée et coopération sud-sud (indicateur 6 de la CED)

Performance des gouvernements

Six des 29 gouvernements qui ont répondu aux questions concernant l'assistance technique déclaraient que le gouvernement avait un plan d'assistance technique pour le secteur de la santé. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un plan unique développé par le ministère des Finances avec un processus de détermination annuelle des besoins du secteur. Deux ministères de la santé déclaraient qu'ils étaient en train de développer un plan. Généralement, excepté dans un pays, les plans couvraient seulement le secteur public. Seul un répondant a déclaré que les partenaires au développement international ont toujours adhéré au plan.

Beaucoup plus de gouvernements signalaient des plans d'assistance technique spécifiques au sous-secteur ou au programme, par exemple pour la mise en œuvre de programmes financés par le Fonds mondial. L'option préférée pour améliorer la coordination de l'assistance technique dans le domaine de la santé pour la plupart des répondants gouvernementaux était un plan d'assistance technique sectorielle dans le cadre de la stratégie du secteur de la santé développée conjointement.

Les répondants gouvernementaux dans 23 des 29 pays signalaient que le ministère de la Santé a participé dans le développement des termes de référence et dans la sélection du personnel pour l'assistance technique mobilisé par les partenaires au développement. Cette implication peut seulement être partielle d'après un répondant, ou elle peut être systématique et inclure plusieurs ministères gouvernementaux selon les réponses d'un autre pays. Les assistants techniques dans le secteur public font habituellement rapport au gouvernement, même s'il était signalé que ce n'était pas le cas dans cinq pays, et d'autres pays ont noté que le rapportage au gouvernement n'était pas une pratique constante. La moitié des gouvernements répondants signalaient qu'ils avaient des mécanismes pour suivre la performance des assistants techniques internationaux, même si ces mécanismes n'étaient pas toujours considérés comme adéquats ou systématiquement appliqués.

18. La moyenne n'est pas pondérée par volume et dès lors ne reflète pas le pourcentage de marchandises achetées avec le système national de PMA

La plupart des répondants ont fourni quelques exemples de coopération technique avec des pays à revenu faible ou intermédiaire, soit bilatéralement, soit dans un cadre institutionnel régional. La terminologie de la coopération sud-sud pour décrire ces activités, ou la coopération triangulaire lorsqu'ils impliquent également un financement par un partenaire au développement traditionnel de l'OCDE, n'était pas toujours bien comprise. Les institutions régionales étaient souvent mentionnées ainsi que les pays avec des économies émergentes tels que l'Inde, le Brésil et l'Afrique du Sud. Un répondant gouvernemental, par exemple, signalait un accord de coopération technique avec Cuba et des progrès dans le développement de projets d'assistance technique avec l'Algérie, l'Égypte et l'Afrique du Sud. Globalement, huit répondants ressentaient que le secteur de la santé dans leur pays bénéficiait fortement de la coopération sud-sud, neuf ressentaient qu'il en bénéficiait la plupart du temps, et trois parfois.

Performance des partenaires au développement

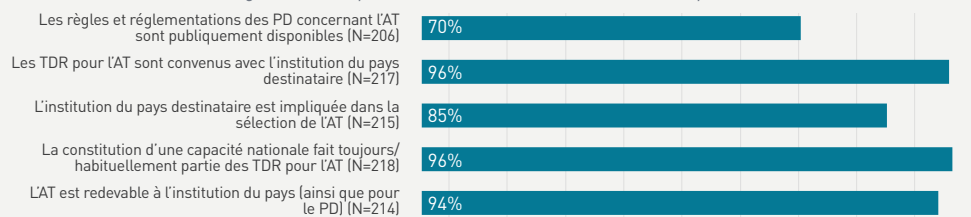
Des 33 partenaires au développement participants qui ont complété le questionnaire qualitatif, 28 indiquaient qu'ils fournissaient une assistance technique au secteur public et 22 le faisaient dans tous les pays dans lesquels ils ont soumis une réponse. Certains partenaires au développement ont répondu qu'ils ne fournissaient pas d'assistance technique parce que leurs fonds étaient acheminés à des partenaires opérationnels ou à des fonds communs.

La question de savoir si l'assistance technique a été fournie dans le cadre d'un plan national d'assistance technique n'était pas comprise de façon uniforme. La plupart des partenaires au développement ont répondu par l'affirmative, mais seulement six des 30 ministères de la Santé déclaraient qu'un tel plan existait. Les partenaires au développement ont plutôt référé au fait que l'assistance technique de leur agence était convenue avec les autorités sectorielles ou était en ligne avec les stratégies sectorielles ou sous-sectorielles. Les exigences de l'assistance technique sont présentées avec des niveaux variables de détails dans certaines de ces stratégies

Il y avait un accord presque unanime que l'assistance technique internationale fournie au secteur public devrait être bien coordonnée. D'après une majorité des partenaires au développement, cette coordination pourrait être réalisée en développant un plan national d'assistance technique pour la santé. Le besoin d'un tel plan était mis en question par plusieurs répondants qui exprimaient leur préférence pour une planification coordonnée plus ciblée d'assistance technique au niveau sous-sectoriel ou du programme.

En réponse à des questions spécifiques sur les pratiques de leur organisation dans la fourniture d'une assistance technique dans le secteur de la santé, les répondants signalaient un accord avec cinq énoncés de pratiques avec la fréquence montrée dans la Figure 20.

Figure 20. Pratique des PDs concernant l'assistance technique*



*N = nombre de répondants PD qui ont répondu aux questions des 255 questionnaires qualitatifs soumis

Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, seuls trois représentants des agences de l'APD signalaient que leur agence avait une politique explicite exigeant la fourniture par leur agence d'une assistance technique dans un cadre sectoriel d'assistance technique développé conjointement par les gouvernements et par les partenaires au développement. Dix autres des 14 agences ont confirmé qu'elles impliquaient les gouvernements dans le développement des termes de référence et dans la sélection des assistants techniques.

Les questions concernant la coopération sud-sud, régionale et triangulaire n'étaient pas comprises de la même façon par tous les répondants. Lorsque l'assistance technique fournie par un pays en développement à un autre est soutenue par un partenaire au développement, cela devient par définition une coopération triangulaire. La distinction entre la coopération régionale et sud-sud est plus fluide, la coopération sud-sud renvoyant plus directement aux accords bilatéraux de l'assistance technique et de programme de soutien parmi au moins deux pays en développement, tandis que la coopération régionale est plus susceptible d'être encadrée dans un réseau ou une institution régional(e) formel(le). Le chevauchement est grand et les deux peuvent coexister entre deux pays.

Les répondants des 18 partenaires au développement qui ont participé à au moins quatre pays ont affirmé à 79 pour cent qu'ils fournissaient une certaine forme de soutien pour la coopération sud-sud ou régionale. La plupart d'entre eux mentionnaient un soutien à une institution régionale ou une initiative transfrontalière impliquant au moins deux pays. D'autres mentionnaient le financement de visites d'apprentissage parmi les pays. Tandis que ces activités peuvent contribuer à des échanges de connaissances entre des pays en développement, il n'est pas encore totalement clair combien d'entre eux devraient être classés comme une coopération triangulaire, c.-à-d. une assistance technique et un programme de soutien mutuel parmi les pays en développement soutenus par un partenaire au développement traditionnel.

3.3.4. Tendances de la satisfaction des engagements d'établir, de renforcer et d'utiliser les systèmes des pays

Des données concernant l'utilisation des systèmes de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements, ainsi que concernant la gestion coordonnée de l'assistance technique ont été collectées pour la première fois en 2016. Des informations sur les tendances ne sont dès lors pas disponibles. Les données pour calculer les tendances de l'utilisation des systèmes de gestion des finances publiques pour l'exécution budgétaire des fonds de la coopération au développement déboursés aux gouvernements étaient limitées. Seuls sept des 14 pays qui ont participé à chacun des trois cycles avaient un résultat CPIA au-dessus de 3,5, indiquant un système de gestion financière qui était suffisamment robuste. Les tendances de l'utilisation du système national de GFP pour l'exécution budgétaire des fonds déboursés par les 14 partenaires au développement au secteur gouvernemental sont présentées à la Figure 21. Les taux sont calculés à partir de relativement peu de rapports fournis par les 14 partenaires au développement dans sept pays (42 en 2016, 46 en 2014, 55 en 2012) et ne sont dès lors pas très stables, mais ils suggèrent que la performance n'a pas changé sur les six dernières années.

3.3.5. Contraintes et opportunités

Contraintes

Les gouvernements déclaraient que les contraintes principales pour renforcer la gestion des finances publiques incluaient des ressources ou une capacité technique insuffisantes, une volonté politique limitée, ainsi qu'un soutien insuffisant de la part des partenaires au développement.

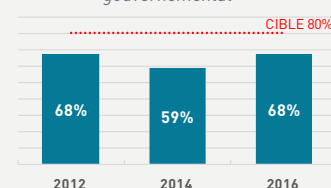
Les répondants gouvernementaux affirmaient que les partenaires au développement n'utilisaient pas les systèmes nationaux de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements en raison des procédures de passation de marchés lentes et lourdes, des systèmes inefficaces et peu fiables, ou simplement que les partenaires avaient leurs propres systèmes et préféraient les utiliser parce qu'ils avaient plus confiance dans leur efficacité, spécialement pour de grands volumes et pour les marchés urgents.

L'alignement de l'assistance technique fournie par les partenaires au développement avec les besoins et priorités gouvernementaux était considérée beaucoup plus faible par les gouvernements que par les partenaires au développement. Les partenaires au développement adhéraient seulement entièrement au cadre d'assistance technique dans un des six pays dans lesquels un tel cadre existait ; dans six des 29 pays, le gouvernement n'était pas impliqué dans le développement des termes de référence ou dans la sélection du personnel pour l'assistance technique ; dans cinq des 28 pays, le personnel chargé de l'assistance technique ne faisait pas rapport au gouvernement ; et des mécanismes visant à suivre la performance du personnel de l'assistance technique existaient uniquement dans la moitié des pays.

L'expansion de la coopération sud-sud dans le domaine de la santé était limitée par le faible soutien financier, une capitalisation insuffisante des leçons apprises, des connaissances insuffisantes des possibilités et de l'expérience dans d'autres pays. Dans de nombreux pays, les négociations et accords pour la coopération sud-sud étaient de la compétence des ministres des affaires étrangères ou de la coopération internationale, et les possibilités des ministères de la Santé de participer à ces négociations étaient limitées.

Les partenaires au développement n'utilisaient pas les systèmes de gestion des finances publiques pour l'exécution budgétaire, le rapportage financier et/ou l'audit lorsqu'ils considéraient que les systèmes nationaux n'étaient pas suffisamment fiables, lorsque les réglementations des agences ne permettaient pas l'utilisation des systèmes nationaux pour les investissements de type projet, ou lorsqu'ils déboursaient la plupart de leurs fonds pour les partenaires opérationnels en dehors du gouvernement. Dans quelques pays, l'instabilité politique, la corruption, l'abus de fonds ou les allocations budgétaires non transparentes étaient cités comme étant les goulots d'étranglement principaux.

Figure 21. Tendances de l'utilisation par les PD de systèmes nationaux de GFP pour les déboursements pour le secteur gouvernemental*



* 14 PD dans sept pays avec un score CPIA supérieur ou égal à 3,5

Les contraintes pour utiliser les systèmes nationaux de passation de marchés, cités par les partenaires au développement, incluaient la perception que les systèmes étaient inefficaces ou ne respectaient pas les normes de qualité et de transparence. Plusieurs partenaires au développement mentionnaient la préférence d'acheter à travers des systèmes internationaux de passation de marchés de tiers, harmonisés ou établis, et quelques-uns avaient des exigences obligatoires ou de solides préférences pour l'utilisation des systèmes spécifiques aux agences. Les efforts visant à renforcer les systèmes de PMA étaient généralement évalués à un niveau bien plus élevé par les partenaires au développement que par les gouvernements.

Douze des 18 partenaires au développement ne se sont pas engagés dans la coopération triangulaire (c.-à-d. ne soutenaient pas la coopération sud-sud) parce qu'ils indiquaient qu'ils n'avaient pas de mandat, que ce n'était pas une priorité du ministère de la Santé, ou que ce type de soutien ne s'inscrivait pas dans le cadre de la coopération convenu avec le pays.

Opportunités

Gouvernements : Tant pour les systèmes nationaux de GFP que de GPMA, les gouvernements voient les principales opportunités dans le développement accru de la capacité et dans les initiatives de renforcement des systèmes par les partenaires au développement. Les réponses dans certains pays documentaient une tension entre le besoin exprimé par les gouvernements d'un plus grand investissement dans le renforcement des systèmes et la vue par les partenaires au développement qu'un soutien suffisant était fourni.

Selon de nombreux répondants gouvernementaux, on pourrait améliorer la coordination de l'assistance technique internationale en faisant un meilleur usage des forums de coordination du secteur existant et en acceptant les besoins d'assistance technique sur la base de la stratégie nationale de santé. Les institutions régionales fournissaient les principales opportunités en vue de l'augmentation de la coopération sud-sud, et le rôle de l'OMS était mentionné le plus souvent dans ce contexte.

Les partenaires au développement reconnaissaient qu'il y avait des possibilités pour renforcer la gestion des finances publiques dans certains pays, y compris le soutien pour augmenter la planification et la capacité de gestion financière tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. Les opportunités mentionnées pour augmenter l'utilisation des systèmes nationaux de GFP incluaient l'utilisation accrue de fonds communs nationaux ou globaux, les accords de financement conjoint et les fonds fiduciaires, de même que l'acheminement des fonds à travers des initiatives globales qui utilisent des systèmes nationaux de GFP. Le lancement de plans nationaux du secteur de la santé était vu par certains partenaires au développement comme étant une opportunité de structurer leur soutien à travers des accords sectoriels conjoints ou multi-donateurs ou à travers des projets multi-donateurs avec une gestion financière intégrée dans le système national de GFP. Beaucoup de partenaires au développement ont confirmé leur volonté d'augmenter leur utilisation de ces systèmes.

Les procédures de financement, de rapportage et d'audit qui étaient harmonisées parmi les partenaires au développement étaient fréquemment citées. Les agences de l'ONU ont pointé du doigt l'Approche Harmonisée sur les Transferts de Fonds (HACT, Harmonised Approach to Cash Transfers) de l'ONU et sur les Cadres d'Assistance au Développement des Nations Unies (UNDAF, United Nations Development Assistance Frameworks). Le Fonds mondial citait la coopération avec l'UNDP en tant que principal destinataire des subventions dans plusieurs pays, tandis que GAVI mentionnait la collaboration avec l'UNICEF dans le secteur des vaccins. Les partenaires au développement bilatéraux ont accepté la gestion financière partagée ou déléguée à des degrés variés pour leurs contributions à des fonds communs au niveau des pays, par exemple en Afghanistan, au Cambodge et à Myanmar.

De nombreux partenaires au développement ont confirmé leur volonté d'utiliser les systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement. Ils déclaraient que des efforts visant à renforcer ces systèmes étaient en place dans de nombreux pays. Le lancement d'une nouvelle stratégie du secteur de la santé était perçu comme une opportunité pour revoir les besoins de renforcer les systèmes de GPMA et le plan pour l'utilisation accrue des systèmes par tous les partenaires.

Les suggestions concernant la manière d'améliorer la coordination de l'assistance technique incluaient le fait de travailler avec les gouvernements pour mieux souligner les domaines clés de besoins en assistance technique au niveau sectoriel ou sous-sectoriel et de partager ceux-ci avec tous les partenaires. D'autres suggestions incluaient les réévaluations et actualisations annuelles des besoins en assistance technique et des évaluations conjointes régulières de la performance de l'assistance technique, spécialement la concentration sur les résultats en termes de capacité nationale accrue. Certains répondants suggéraient également qu'on pourrait améliorer le partage des informations parmi les partenaires au développement afin d'éviter des doubles.

Les partenaires au développement ont offert maintes suggestions sur la manière dont on devrait utiliser la coopération sud-sud et triangulaire de façon plus efficace. Celles-ci incluaient le développement conjoint de plans pour la coopération sud-sud entre les gouvernements et les partenaires au développement, y compris une sélection conjointe de pays partenaires du sud qui ont l'expérience et les ressources techniques nécessaires qui pourraient être mobilisées pour aborder des problèmes spécifiques au secteur de la santé. Les institutions régionales, les réseaux nationaux, les pools régionaux d'experts, ainsi que les conférences régionales et internationales étaient également mentionnés comme étant des mécanismes par le biais desquels l'assistance technique sud-sud pourrait être définie et développée.

3.4. CRÉER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE POUR LA PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DU SECTEUR PRIVÉ

Gouvernements : Les gouvernements signalaient que les organisations de la société civile participaient dans le développement, l'implémentation et la surveillance des politiques de santé dans presque tous les pays, mais de nombreux répondants gouvernementaux reconnaissaient que la qualité de la participation pourrait être améliorée et élargie. La participation du secteur privé dans le dialogue relatif à la politique de santé était reconnue dans 19 pays, mais était souvent considérée comme insuffisante ou non représentative.

Partenaires au développement : Quatre-vingts pour cent des partenaires au développement signalaient des mécanismes institutionnels pour impliquer les organisations de la société civile dans le développement et la supervision des programmes. Deux tiers soutenaient certaines OSC financièrement, techniquement ou avec une formation. Le chevauchement avec leurs propres intérêts programmatiques et géographiques était plus important que l'inclusion nationale. Deux tiers des partenaires au développement déclaraient que les OSC recevaient un soutien pour le réseautage, le plaidoyer et la participation dans la prise de décisions à l'échelon national. Le soutien dispensé aux OSC peut s'être affaibli depuis 2014, mais était toujours au-dessus du niveau en 2012.

Septante pour cent des partenaires au développement ont confirmé que leur agence incluait des organisations du secteur privé dans les consultations des parties prenantes et dans d'autres structures participatives pour leur programme. Parmi eux, 70 pour cent promouvaient la participation des acteurs du secteur privé dans le dialogue relatif à la santé nationale et environ la moitié indiquaient que leur agence fournissait un soutien financier ou technique pour renforcer le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé.

Organisations de la société civile : Seulement un tiers des OSC considéraient que la liberté d'association, de réunion et d'expression était effectivement reconnue dans des politiques nationales, législations et réglementations de leur pays (deux tiers ont reconnu qu'il y avait une reconnaissance partielle), 39 pour cent déclaraient que leur organisation pourrait accéder à des ressources sans restrictions. Presque tous ressentaient que l'environnement légal et réglementaire était favorable, bien que seulement partiellement selon certains d'entre eux.

Plus de la moitié des OSC faisaient partie d'un réseau, d'une coalition ou d'un autre mécanisme pour faciliter leur participation dans le dialogue relatif à la politique de santé. Cela était considéré comme modérément ou relativement effectif par la plupart d'entre eux.

Bien que 28/30 gouvernements indiquaient que les OSC avaient été consultées, seulement 35 pour cent des OSC étaient entièrement d'accord avec le fait qu'elles avaient été consultées dans les grandes décisions de la politique ou du programme de santé, tandis qu'un autre tiers reconnaissait un certain degré de consultation. L'accès à l'information concernant ces décisions était seulement partiel pour la plupart d'entre eux, et pour deux tiers des OSC il était réputé trop tardif pour permettre une participation significative. L'absence d'une coalition ou d'un réseau représentatif (représentative) des OSC limitait la capacité pour une plus grande participation dans certains pays.

Bien que 80 pour cent des partenaires au développement signalaient qu'ils avaient des mécanismes institutionnels pour impliquer les OSC dans le développement et la supervision de programmes et que 70 pour cent signalaient qu'ils les utilisaient, les OSC déclaraient que peu de partenaires au développement, le cas échéant, les impliquaient dans le développement de programmes de coopération.

Parties prenantes du secteur privé : L'implication du secteur privé dans le développement des politiques du secteur de la santé était absente ou limitée à des consultations sélectives ad hoc dans tous les pays participants. Dans la plupart des pays, il manquait dans le secteur privé un corps représentatif ou un organisme-cadre qui pourrait formellement représenter le secteur ou fournir une plateforme pour un dialogue avec le gouvernement.

Tandis que les cadres légaux dans la plupart des pays permettent la pratique privée dans le domaine de la santé, ils ne sont souvent pas exhaustifs ou pas suffisamment solides pour assurer la qualité des soins dans le secteur privé. Le soutien technique et financier pour le secteur privé par les gouvernements et les partenaires au développement était très limité ou absent.

3.4.1. Engagement de la société civile (indicateur 7 de la CED)

Performance des gouvernements

Selon les répondants gouvernementaux, les organisations de la société civile ont participé au développement, à l'implémentation et au suivi des politiques de santé dans 28 des 30 pays, bien que le degré d'implication variait. La participation était décrite comme limitée ou comme venant de commencer dans deux pays. Dans un autre, le Mécanisme de Coordination Pays était mentionné comme étant la structure principale pour la participation, tandis que dans un autre encore un réseau national affilié à Transparency International qui produit des rapports annuels du secteur de la santé, était cité. Des mécanismes pour les OSC, pour qu'elles fournissent un feed-back sur la politique de la santé publique, ont été décrits dans 23 pays, y compris des réunions ou ateliers réguliers, des revues sectorielles annuelles conjointes, des évaluations à 360 degrés ou un site Internet dédié. Les répondants dans deux de ces pays ont reconnu que ces mécanismes n'étaient pas bien définis.

Dans 18 des 30 pays, le gouvernement a fourni des ressources financières à des organisations de la société civile ; 25 répondants mentionnaient le soutien à la formation et 19 l'assistance technique. Un autre soutien gouvernemental fourni aux OSC incluait la participation à des voyages d'étude, ateliers, réunions et conférences, ainsi que la provision de matériaux pour la formation et la technologie de l'information.

Performance des partenaires au développement

Quatre-vingts pour cent des partenaires au développement déclaraient qu'ils avaient des mécanismes institutionnels pour impliquer les organisations de la société civile dans le développement et la supervision des programmes, 66 pour cent ont fourni des ressources financières aux OSC, 55 pour cent ont fourni une assistance technique, et 54 pour cent ont fourni une formation. Parmi les 18 partenaires au développement qui faisaient rapport dans au moins quatre pays, neuf déclaraient qu'ils ont impliqué les OSC dans le développement et la supervision de programmes dans au moins 80 pour cent des pays du programme, et huit ont fourni au moins un type de soutien aux OSC dans au moins 80 pour cent de ces pays. Cela est montré dans le Tableau 5.

Table 5. Partenaires au développement avec plus de 80 % de performance dans le soutien aux OSC

	Implication dans la programmation	Soutien		
		Financier	Assistance technique	Formations
Belgique		✓		
Canada	✓	✓		✓
CE	✓	✓		
Fonds mondial	✓	✓	✓	
Espagne	✓			
RU		✓		
ONUSIDA	✓	✓	✓	✓
FNUAP	✓	✓	✓	✓
UNICEF	✓			
USA	✓		✓	✓
OMS	✓			

Les types d'activités dans lesquelles les organisations de la société civile étaient impliquées incluaient l'étude des programmes et les missions de conception, les comités de pilotage des programmes, et les activités de suivi et d'évaluation. En outre, les mécanismes nationaux pour l'implication des OSC dans la politique et les programmes du secteur de la santé étaient mentionnés. Ceux-ci avaient des structures et niveaux différents d'inclusion d'un pays à l'autre.

Concernant la question de l'inclusion des OSC dans la coopération du secteur de la santé, les partenaires au développement renvoyaient principalement aux responsabilités nationales. Pour leur propre programmation, le chevauchement avec des intérêts programmatiques et géographiques était plus important que l'inclusion nationale. Comme indiqué par un répondant : « C'est l'État qui confère une place pour la participation de la société civile, et non la communauté internationale ».

Il y a néanmoins des possibilités pour les partenaires au développement de renforcer la voix des OSC dans la gouvernance nationale et dans les organismes de prise de décisions, par exemple à travers l'approche poursuivie par le Fonds mondial pour renforcer le rôle et la capacité des Mécanismes de Coordination Pays dans lesquels la participation des OSC est une exigence obligatoire pour l'éligibilité à la subvention. Deux tiers (66 %) de tous les répondants partenaires au développement déclaraient que les OSC ont reçu un soutien pour la participation dans la prise de décisions à l'échelon national. Cependant, en réponse à une question ouverte sur le type de soutien, seulement dix pour cent ont fourni des réponses qui pourraient être attribuées à cet objectif, y compris le soutien pour la participation dans des forums politiques nationaux, le soutien pour le réseautage parmi les OSC, le soutien pour les activités de plaidoyer et le soutien pour les activités de garde-fou. Il est bien sûr possible que ce type de soutien fourni aux OSC soit fourni à travers d'autres programmes sectoriels des partenaires au développement.

Les réponses des partenaires au développement à la question relative au feed-back qu'ils fournissaient aux organisations de la société civile étaient analogues à leurs réponses aux questions sur l'inclusion des OSC dans le développement et la supervision des programmes. Certains mentionnaient des mécanismes de feed-back spécifiques aux projets, mais la plupart renvoyaient à des mécanismes et à des structures établis au niveau national et qui différaient d'un pays à l'autre. Trente pour cent des répondants indiquaient qu'à travers ces mécanismes, il n'était fourni au OSC aucun feed-back ou qu'un feed-back insuffisant ou incohérent.

Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, 13 des 14 représentants des agences (à l'exception de la Banque mondiale) ont confirmé qu'ils soutenaient la participation des OSC dans les processus de politique du secteur de la santé. Selon les informateurs de la Banque mondiale, c'était sous la seule responsabilité des gouvernements. Seuls sept des 14 représentants des agences affirmaient que leur agence avait des procédures spécifiques pour engager la société civile dans l'identification, la formulation et la mise en œuvre du programme de soutien du secteur public de leur agence.

3.4.2. Engagement du secteur privé (indicateur 8 de la CED)

Performance des gouvernements

Le secteur privé était signalé comme participant dans le dialogue relatif à la politique de santé dans 19 des 30 pays, bien que dans sept de ceux-ci, la participation était décrite comme très limitée. Les gouvernements dans chacun de ces 19 pays affirmaient qu'il y avait des mécanismes de feed-back pour prendre en compte les vues du secteur privé, mais seulement 16 reconnaissaient qu'ils fournissaient des informations en suffisance et en temps opportun pour la participation du secteur privé. Seuls six des 29 répondants affirmaient que les services de santé du secteur privé étaient entièrement incorporés dans le système national d'informations en matière de santé ; les informations étaient partiellement incorporées dans 15 pays, et dans six pays elles ne l'étaient pas du tout.

Performance des partenaires au développement

Septante pour cent des répondants partenaires au développement ont confirmé que leur agence incluait des organisations du secteur privé dans les consultations des parties prenantes et d'autres structures participatives pour leur programme ; 49 pour cent affirmaient que leur agence fournissait un soutien financier ou technique pour renforcer le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé, et 70 pour cent promouvaient la participation des acteurs du secteur privé dans le dialogue national relatif à la santé. Parmi les 18 partenaires au développement qui ont fait rapport dans au moins quatre pays, dix incluaient le secteur privé dans les consultations des parties prenantes dans au moins 80 pour cent de leurs programmes nationaux et six promouvaient la participation du secteur privé dans le dialogue national relatif à la santé, mais seulement trois fournissaient un soutien financier ou technique au secteur privé dans 80 pour cent de leurs programmes nationaux. Cela est montré dans le Tableau 6.

Tableau 6: Partenaires au développement avec plus de 80 % de performance dans le soutien du secteur privé

	Implication dans les consultations des parties prenantes	Promotion de la participation dans le dialogue relatif à la politique de santé	Assistance financière et/ou technique
Belgique	✓	✓	✓
Canada	✓		
France		✓	
Fonds mondial	✓		
Japon		✓	
RU	✓		✓
ONUSIDA	✓		
USA	✓		✓
OMS		✓	

Dans la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement, sept représentants des agences de l'APD déclaraient que leur agence avait un vif intérêt et des antécédents dans le renforcement du cadre réglementaire du secteur de la santé dans les pays de la coopération. Huit agences ont confirmé que leurs politiques et stratégies incluaient explicitement des déclarations sur la promotion de l'implication du secteur privé dans le développement du secteur de la santé, et 11 ont activement promu l'implication du secteur privé dans le dialogue relatif à la politique de santé.

Les réponses suggèrent que tandis que la plupart des partenaires au développement plaident pour la participation du secteur privé dans les revues du secteur de la santé et dans les forums politiques, ou promeuvent l'établissement de partenariats public-privé, beaucoup moins fournissent un soutien financier ou technique direct.

3.4.3. Vues des organisations de la société civile

Presque une OSC sur cinq (18 %) qui a répondu à l'enquête en ligne (taux global de réponses de 43 pour cent), n'a pas répondu aux questions concernant leur environnement opérationnel. Bien qu'elles fussent assurées de la confidentialité, cela peut indiquer une réticence à exprimer des vues qui pourraient être perçues comme étant critiques à l'égard du gouvernement, dans un questionnaire qui a été diffusé sous l'autorité du ministère de la Santé. Presque toutes celles qui ont répondu considéraient que les libertés d'association, de réunion et d'expression étaient reconnues dans leur pays, mais deux tiers d'entre eux affirmaient que cette reconnaissance n'était que partielle, et 16 pour cent confirmaient qu'il était interdit à certains groupes de participer aux processus de la politique de santé pour des motifs de genre, d'origine ethnique, de religion, d'orientation sexuelle ou pour d'autres motifs d'exclusion.

Plus de la moitié des OSC travaillaient dans un réseau, une coalition ou un autre mécanisme pour faciliter leur participation dans le dialogue relatif à la politique de santé, mais leur évaluation de l'efficacité de ces mécanismes était qualifiée. Seulement un répondant sur cinq considérait qu'ils étaient très efficaces. La plupart des OSC (85 %) ont évalué leur capacité de gestion comme étant au moins acceptable. La capacité pour un dialogue politique a réalisé le score le plus bas avec seulement 71 pour cent étant au moins à un niveau acceptable.

La plupart des répondants (78 %) faisaient rapport à leur ministère de la Santé, mais seulement environ un tiers ont totalement accepté qu'elles étaient consultées par le gouvernement sur les décisions principales concernant la politique ou le programme de la santé. L'accès à l'information concernant ces décisions était seulement partiel pour la majorité, et dans deux tiers des cas elle était jugée trop tardive pour permettre une participation significative. Un soutien occasionnel en termes de formation fourni par le gouvernement était confirmé par au moins une OSC dans 25 pays, une assistance technique occasionnelle dans 28 pays et un soutien financier occasionnel dans 23, ce qui reflétait étroitement les rapports émanant des gouvernements. De nombreuses OSC ont toutefois signalé que le soutien du gouvernement était rare ou n'était pas fourni du tout, indiquant que ce soutien n'était pas fortement inclusif.

Les OSC déclaraient que peu de partenaires au développement, le cas échéant, les ont impliquées dans le développement de programmes de coopération. Elles ont aussi signalé que le soutien pour la participation dans les forums relatifs à la politique de la santé a été fourni au mieux occasionnellement et, pour environ la moitié d'entre elles, rarement ou jamais. Sur la base de l'analyse des réponses des partenaires au développement, un niveau beaucoup plus élevé de participation des OSC dans le développement de programmes était attendu, parce que deux tiers d'entre eux signalaient qu'ils avaient des mécanismes institutionnels pour impliquer les OSC dans le développement et la supervision de programmes. Les réponses émanant des OSC suggèrent que ces mécanismes sont sélectifs, similaires au soutien fourni par les partenaires au développement aux OSC, lequel était fourni rarement ou n'était jamais fourni pour environ la moitié des organisations.

Globalement, les réponses fournies par les OSC à l'enquête en ligne ne contredisaient pas les réponses émanant des gouvernements et des partenaires au développement, mais elles pointent le doigt sur un problème d'inclusion. Dans des termes pratiques, ce problème peut seulement être abordé en construisant de solides coalitions et réseaux nationaux représentatifs parmi les OSC travaillant dans le domaine de la santé.

Outre l'enquête visant la société civile, 229 représentants de la société civile ont participé dans des discussions de groupes dans 27 pays.¹⁹ Le but de ces discussions était de contextualiser les informations fournies par l'enquête afin d'enrichir l'analyse de la coopération au niveau des pays. Les résultats des discussions étaient reflétés dans les rapports de la consultation des OSC fournis aux ministères de la Santé, et dans les rapports d'évaluation des pays fournis à tous les partenaires. Les questions soulevées par les OSC étaient fortement spécifiques au pays, mais, globalement, confirmaient les résultats de l'analyse de l'enquête.

¹⁹ Au Soudan, une discussion de groupes a eu lieu, avec des OSC travaillant dans le domaine de la santé, dans le cadre du processus du GPEDC et n'a dès lors pas été répétée. Au Cameroun et à Madagascar, il s'est avéré difficile de rassembler les OSC

3.4.4. Vues des parties prenantes du secteur privé

Des discussions de groupes avec des représentants des organisations du secteur privé ont été organisées dans 24 pays. Les difficultés rencontrées dans l'organisation de ces groupes incluaient un manque d'intérêt de la part du gouvernement et des organisations du secteur privé. La plupart des participants étaient des représentants d'associations professionnelles, suivis par des prestataires privés de soins de santé. La plupart des thèmes soulevés par les groupes étaient fortement spécifiques au pays. Néanmoins, il y a des thèmes communs.

L'implication du secteur privé dans le développement des politiques du secteur de la santé était absente ou limitée à des consultations sélectives ad hoc dans tous les pays participants. Les Ministères de la Santé s'engagent avec le secteur privé en invitant des représentants sélectionnés à des forums spécifiques de coordination tels que des groupes de travail technique ou des revues conjointes du secteur de la santé, parfois dans une qualité individuelle plutôt qu'en tant que représentants d'organisations. Dans la plupart des pays, il n'y avait pas de corps représentatif ou d'organisme-cadre qui pourrait formellement représenter le secteur en interaction avec le ministère de la Santé. Certains pays ont mis sur pied, ou sont dans le processus d'établissement d'une plateforme dédiée au dialogue avec le secteur privé. Ces plateformes ainsi que les Mécanismes de Coordination Pays existants peuvent devenir un point d'entrée pour un engagement plus significatif.

Tandis que les cadres légaux dans la plupart des pays permettent la pratique privée dans le domaine de la santé, ils ne sont souvent pas exhaustifs ou pas suffisamment solides pour assurer la qualité des soins dans le secteur privé. Des systèmes d'accréditation sont absents dans plusieurs pays. Les systèmes d'information sanitaire dans la plupart des pays intègrent les activités du secteur privé seulement partiellement ou pas du tout, et le rapportage est généralement pauvre. Les systèmes de redevabilité pour le secteur privé étaient généralement vus comme insuffisants.

3.4.5. Tendances du respect des engagements pour créer un environnement favorable pour la participation des organisations de la société civile et du secteur privé

Des données ont été collectées dans chacun des trois cycles de suivi en ce qui concerne le soutien fourni par les partenaires au développement aux organisations de la société civile. Les questions concernant le type de soutien étaient légèrement différentes entre les quatrième et cinquième cycles de suivi. Lorsque les réponses pour un quelconque type de support sont regroupées parmi les 14 partenaires au développement dans les 14 pays présentant des données en série, il y a une suggestion que le soutien aux OSC peut s'être affaibli depuis la dernière fois que cet indicateur a été évalué en 2014, mais il était toujours au-dessus du niveau évalué en 2012. (Figure 22)

3.4.6. Contraintes et opportunités

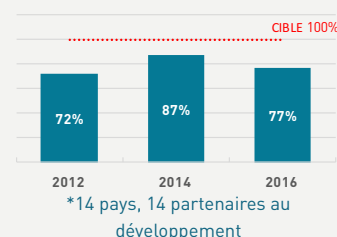
Contraintes

Presque toutes les contraintes mentionnées par les **gouvernements** pour une plus grande implication des organisations de la société civile et du secteur privé dans le dialogue relatif à la politique de santé renvoyaient à la diversité et aux grands nombres d'acteurs, ainsi qu'à l'absence ou à la faiblesse des coalitions ou plateformes représentatives. La concurrence du secteur privé avec les fournisseurs de services du secteur public, spécialement pour les ressources humaines, était également mentionnée par certains.

Les partenaires au développement ressentaient une contrainte dans leur capacité de travailler avec les organisations de la société civile si celles-ci ne bénéficiaient pas de la confiance et du respect de leurs gouvernements. Pour certains partenaires au développement, un engagement accru avec les OSC devrait requérir que leurs mécanismes de gouvernance et de redevabilité soient renforcés et deviennent plus transparents. Les contraintes pour s'engager avec le secteur privé incluaient également un manque d'engagement et de confiance du secteur privé par les gouvernements, ainsi que des cadres légaux et réglementaires faibles pour les fournisseurs privés de services de santé. De nombreux partenaires au développement mentionnaient que le secteur privé manquait d'organismes représentatifs légitimes et qu'il avait une faible gouvernance ainsi que des structures de coûts élevés et non transparents.

La sélectivité du soutien par et de l'engagement avec les gouvernements et les partenaires au développement constituent aussi les principales contraintes soulevées par les représentants des organisations de **la société civile et du secteur privé**. L'enquête visant la société civile indiquait que certaines organisations se sentaient exclues, et les représentants du secteur privé déclaraient dans des discussions que leur participation était ad hoc, et non systématique.

Figure 22. Tendance du soutien des PD offert aux organisations de la société civile*



Opportunités

Les gouvernements suggéraient que l'engagement avec la société civile pourrait être renforcé en soutenant l'établissement d'une plateforme des OSC, la création d'un bureau de liaison des OSC dans le ministère de la Santé (au cas où il n'existait pas encore), l'élargissement du champ des OSC invitées à participer dans les forums de partenaires dans le domaine de la santé, et la promotion de la participation des organisations communautaires dans la coordination au niveau des districts. Le modèle du Fonds mondial était cité par plusieurs répondants en tant qu'expérience sur laquelle construire. Un répondant a suggéré que les OSC devraient être impliquées dans le développement de pactes de pays et devenir signataires au pacte, donc les intégrer également dans le cadre de redevabilité mutuelle.

Pour le secteur privé, les répondants gouvernementaux ont suggéré que l'établissement de partenariats public-privé, la nomination d'un organisme pour représenter les intérêts du secteur privé dans la politique de santé, et l'intégration de structures sanitaires du secteur privé dans le système national d'information sanitaire. Le soutien fourni par la Banque mondiale dans la mise sur pied d'une plateforme du secteur privé pour le dialogue avec les gouvernements était mentionné dans plusieurs pays.

Les partenaires au développement renvoyaient généralement à l'intégration accrue des OSC dans les forums ou processus de coordination existants. Cela requerrait aussi le renforcement des OSC et spécialement des réseaux représentatifs. Le modèle du Fonds mondial demandant la participation des OSC dans les Mécanismes de Coordination Pays comme condition des subventions, et le suivi de la participation ont été cités par plusieurs répondants en tant qu'expérience sur laquelle construire.

Les opportunités d'engagement avec le secteur privé renvoyaient aussi à des forums et mécanismes existants de partenariat en matière de santé ainsi qu'à l'engagement avec des organismes et groupes d'intérêt représentatifs du secteur privé tels que les associations professionnelles, les alliances du secteur de la santé et les coalitions commerciales sur l'HIV ; ou avec de grandes sociétés de services, extractives, agricoles ou de fabrication qui maintiennent leurs propres schémas de services sanitaires et d'assurance maladie. Quelques partenaires au développement mentionnaient le soutien de type projet pour les partenariats public-privé, les programmes de marketing social ou le soutien de début pour les industries de la santé tel que la production pharmaceutique ; travailler avec d'autres ministères et entités en dehors du secteur de la santé tels que le ministère du Travail ou les chambres du commerce ; les sociétés contractantes du secteur privé pour la mise en œuvre de projets ; et le financement en amont de la production de commodités essentielles en matière de santé, telles que les vaccins ou les médicaments pour la malaria.

Les intérêts dans l'investissement dans un cadre réglementaire du secteur privé ont été signalés dans la revue politique de l'UNICEF (pour les problèmes de santé d'enfants) et de GIZ qui a souligné un passé de soutien du développement de cadres réglementaires dans les pays partenaires. Plusieurs agences de l'APD ont des déclarations explicites sur la promotion de l'implication du secteur privé dans les documents relatifs à leur politique et à leur stratégie. Certaines agences (par ex. DFAT et JICA) indiquaient que la collaboration avec les secteurs privés était principalement axée sur la création d'opportunités internationales pour le secteur privé domestique.

3.5. INTERFACE DE LA COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT ET DE L'ASSISTANCE HUMANITAIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

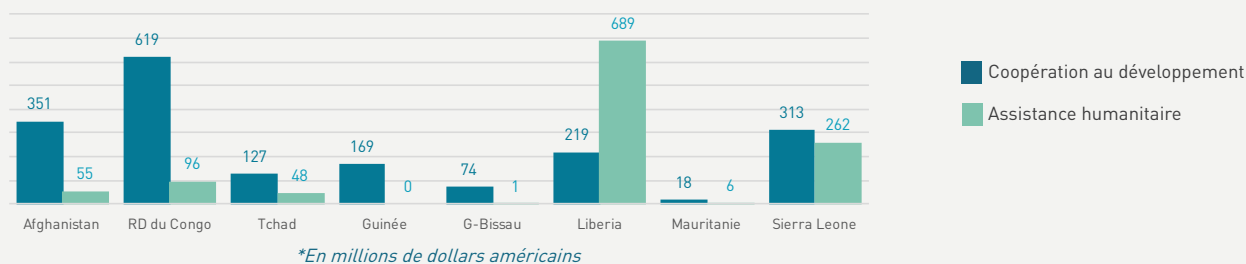
Constatation: Dans les situations de crise, une proportion importante de l'assistance internationale du secteur de la santé peut être fournie à travers les canaux de l'assistance humanitaire. Le personnel des partenaires au développement travaillant dans le secteur de la coopération au niveau des pays ne sont pas toujours entièrement informés concernant le volume de déboursments dans le cadre de cette modalité, et les ministères de la Santé sont rarement informés. L'assistance humanitaire a ses propres principes et systèmes de coordination, mais il y a un besoin parmi les partenaires au développement de développer un consensus concernant l'interface entre la coopération au développement et l'assistance humanitaire dans le domaine de la santé et concernant l'application des principes de la CED. Les fonds d'assistance humanitaire sont largement fournis en dehors du cadre de la CED au niveau des pays.

Dans certains pays, un montant considérable d'assistance financière au secteur de la santé est déboursé à travers les canaux d'aide humanitaire. Selon la base de données du système de notification des pays créanciers de l'OCDE, huit des 30 pays qui ont participé au cinquième cycle de suivi de l'IHP+ ont reçu de hauts niveaux d'assistance humanitaire en 2014. Pour la collecte de données dans ces pays, des questions sur les déboursments pour le secteur de la santé à travers l'aide humanitaire étaient incluses dans les questionnaires pour les partenaires au développement.²⁰ Les informations concernant le financement de la santé à travers le plan de réponse stratégique de l'aide humanitaire coordonnée par les Nations Unies étaient recueillies dans un questionnaire séparé devant être complété par le coordinateur du groupe sectoriel santé au Bureau de l'OMS dans le pays. Il y a été répondu en Afghanistan et dans la RDC, les deux seuls pays parmi les huit pays qui avaient un tel plan en 2014. Les plans étaient financés à 55 pour cent en Afghanistan et à 23 pour cent dans la RDC. Un plan stratégique de réponse pour le Tchad a été lancé en février 2015.

20. Afghanistan, Tchad, RD du Congo, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mauritanie et Sierra Leone

Sur la base des informations fournies par les partenaires au développement, les déboursements globaux du secteur de la santé, à travers des canaux humanitaires, aux huit pays dans l'exercice fiscal sélectionné représentaient 38 pour cent des déboursements totaux pour la santé à travers tous les canaux, allant de zéro en Guinée à 76 pour cent au Liberia, et de zéro pour plusieurs partenaires au développement à 58 pour cent pour les USA. Les déboursements et pourcentages sont sous-estimés parce que les informations sur les déboursements de l'aide humanitaire pour la santé n'étaient pas toujours disponibles aux missions des partenaires au développement au niveau des pays, ou parce que les déboursements au titre de l'aide humanitaire par certains partenaires au développement n'étaient pas différenciés par secteur. La Figure 23 montre les déboursements pour la santé à travers les canaux de la coopération au développement et de l'assistance humanitaire, signalés par les partenaires au développement participants.

Figure 23. Déboursements pour la coopération au développement et pour l'assistance humanitaire dans le domaine de la santé*



Seulement dans la RDC, le Ministère de la Santé était informé au sujet du budget et des déboursements pour la santé, à travers des canaux d'aide humanitaire. Le Ministère de la Santé au Tchad a déclaré qu'il était partiellement informé. Dans les six pays restants, les ministres ont déclaré qu'ils n'étaient pas informés, ou ils n'ont pas répondu à la question.

4. Politique et pratique de la coopération efficace au développement dans le domaine de la santé

La revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement en rapport avec les comportements de la CED a identifié des problèmes de structure et d'économie politique qui ont été soulevés par les représentants des agences d'assistance au développement et qui pourraient potentiellement limiter, faciliter ou exiger une revue d'engagements à la CED dans des circonstances spécifiques. Ces problèmes requerront une discussion plus ample parmi les partenaires de l'IHP+.

Pour mieux comprendre les facteurs qui promeuvent ou limitent les partenaires au développement du secteur de la santé dans leur adhésion aux principes de la CED, une étude transversale de politiques et de pratiques de 14 agences partenaires au développement a été conduite et publiée dans un rapport séparé. Les agences participant dans l'étude sont énumérées dans le Tableau 7. Les informations ont été collectées à travers une revue de documents publiés, de bases de données publiquement accessibles, d'interviews d'informateurs clés avec des représentants de l'agence chargé du programme et de la politique, et d'un questionnaire à choix multiples auto-administré concernant la politique et la pratique liées à la CED.

Tableau 7: Agences partenaires au développement participant dans la revue de politiques et de pratiques de la CED

Agence	Pays	Agence	Pays
DFAT	Australie	MOFA, MOHLW, JICA	Japon
GAC	Canada	SIDA	Suède
Commission européenne		DFID	RU
GAVI		FNUAP	
BMZ	Allemagne	UNICEF	
Fonds mondial		Banque Mondiale	
MAECI	Italie	OMS	

L'USAID a participé à l'interview de groupe, mais a décliné la participation entière dans la revue

Bien que les scores en termes d'adhésion des agences aux principes de la CED dans la coopération du secteur de la santé aient été calculés dans cette étude et publiés dans un rapport séparé, ils ne sont pas comparables aux résultats du suivi de l'IHP+ au niveau des pays et ne peuvent pas être triangulés. Cependant, une analyse de contenu des interviews et revues de documents a révélé plusieurs problèmes soulevés par les agences au développement qui affectent leur capacité à adhérer aux engagements de la CED.

- Perceptions du risque et de la tolérance au risque :** Lorsque les partenaires au développement, en ligne avec leurs engagements à l'égard de la CED, acheminent des fonds publics de leur agence ou de leur gouvernement dans des budgets ou activités qui sont administrés par le système de gestion des finances publiques d'un pays partenaire, ou qui sont utilisés pour fournir et gérer des biens par des institutions nationales, ils prennent potentiellement des risques fiduciaires et programmatiques en déléguant le contrôle de la gestion. Renforcer et utiliser les systèmes locaux et nationaux est un principe fondamental de la coopération efficace au développement. Mais lorsque ces systèmes et institutions ne satisfont pas aux normes d'efficacité, d'efficacité et de contrôle de gestion qui sont exigées par ceux qui financent la coopération au développement, les partenaires au développement doivent décider du niveau de risque qu'ils sont disposés à accepter. La présomption est que leurs propres systèmes sont plus robustes et efficaces, ce qui n'est pas toujours le cas. En outre, il y a un compromis parce que le fait d'avoir de multiples systèmes parallèles est une cause importante d'inefficacité, même si chacun de ces systèmes sont individuellement hautement efficaces.
- Décentralisation et dévolution d'autorité :** Certaines agences qui ont un passé de soutien politique solide pour les principes et pratiques de la CED mentionnaient dans des interviews que la décision des modalités pour l'implémentation de leur programme était, à des degrés variés, déléguée à leurs missions décentralisées. Certaines personnes interviewées mentionnées que l'adhésion aux principes de la CED et la mise en œuvre des pratiques de la CED relevaient de la responsabilité primaire des bureaux de leur pays. En pratique, il est difficile de voir comment on peut gérer la redevabilité mutuelle et les mécanismes participatifs qui caractérisent une bonne pratique de la CED sans déléguer l'autorité au niveau où le dialogue parmi les partenaires du secteur de la santé a lieu. La décentralisation est dès lors un facilitateur potentiel pour l'adhésion à la CED, mais elle soulève une question de capacité, laquelle est discutée sous le tiret suivant.

- **Capacité des partenaires au développement au niveau des pays :** Lorsque les agences des partenaires au développement délèguent l'autorité pour la mise en œuvre des principes de la CED au niveau des pays, les demandes de personnel décentralisé sont accrues, potentiellement dans des secteurs multiples. Certains partenaires au développement ont traité cela en déléguant le leadership sectoriel au niveau des pays à d'autres partenaires au développement et en réduisant le nombre de pays ciblés. Cela requiert toutefois un niveau élevé de confiance parmi les partenaires.
- **Agendas domestiques et restructuration de l'APD au niveau national :** L'APD bilatérale est un instrument de la politique étrangère et de la politique domestique. Les développements récents liés aux agendas politiques nationaux ont un impact potentiel sur la mise en œuvre des pratiques de la CED. Ceux-ci incluent la fusion des départements du commerce international et du développement international dans certains pays, ainsi que l'expansion du mandat et du budget pour la programmation de l'APD pour d'autres départements du gouvernement, ou l'engagement des agences lucratives du secteur privé domestique. Ces nouveaux partenaires peuvent ne pas avoir d'engagement à l'égard des principes de la CED, ou d'intérêt institutionnel dans ces derniers. Ce changement dans l'architecture de l'APD dans les pays partenaires au développement peut potentiellement affaiblir les engagements pour réaliser la CED.
- **Demande de générer et de documenter les résultats attribuables :** Plusieurs personnes interviewées mentionnaient la tension entre un accent accru sur les résultats et l'objectif de renforcer les systèmes nationaux. Elles mentionnaient une pression croissante pour générer et documenter les résultats dans un délai relativement court, créant un biais à l'égard des résultats à court terme aux frais du soutien efficace des objectifs de développement des pays partenaires. La demande croissante pour démontrer le rendement requiert également l'estimation de changements attribuables qui peuvent alors être liés à l'investissement financier. Les demandes visant à mesurer l'attribution minent le principe de la CED de la redevabilité mutuelle.
- **Financements multilatéraux et contributions ciblées :** Bien que les agences multilatérales soient signataires de la convention globale de l'IHP+ et se sont engagées à l'égard des principes de la CED, beaucoup d'entre elles dépendent fortement de subventions qui sont affectées à des activités, pays ou régions spécifiques. Selon des rapports établis par plusieurs agences, elles doivent souvent satisfaire à des conditions pour l'attribution à l'agence de financement, limitant ainsi leur capacité d'appliquer pleinement les principes de la CED dans leur coopération avec les pays.
- **L'accent accru sur les états fragiles et l'utilisation des canaux d'assistance humanitaire :** Plusieurs partenaires au développement ont une intention déclarée d'une priorité plus importante de coopération au développement avec les états fragiles. Les principes de coopération avec les états fragiles tels qu'adoptés par le 4e Forum de Haut Niveau sur l'Efficacité de l'Aide en 2011 ne sont pas substantiellement différents des principes de la CED, mais peuvent requérir plus de flexibilité dans leur application. La plupart des états fragiles ont des institutions et systèmes nationaux faibles, ce qui peut miner le principe de l'utilisation des systèmes gérés par les pays. Dans les situations où la légitimité domestique du gouvernement est faible, ou bien où au moins deux structures gouvernementales parallèles existent, de nombreux partenaires au développement choisissent de fournir un soutien par le biais de l'assistance humanitaire. Les principes de l'aide humanitaire sont exposés dans l'Agenda pour l'Humanité au Sommet de l'Aide humanitaire 2016 à Istanbul.²¹ Cela inclut une recommandation de 'tailler le soutien international sur la base d'une évaluation claire de la complémentarité avec les efforts nationaux et locaux, et d'éviter les investissements dans la coordination internationale et les mécanismes de réponse parallèles.' Bien qu' en ligne avec les principes de la CED, cela doit encore être traduit dans un engagement par tous les partenaires, ainsi que dans une définition des pratiques dans le secteur de la santé et dans un cadre de redevabilité.
- **La coopération au développement avec les pays à revenu intermédiaire :** Les pratiques pour la CED dans le domaine de la santé ont été développées et convenues principalement dans le contexte de la coopération avec les pays à revenu faible dans lesquels le financement international représente une proportion significative du financement de la santé. Dans les pays où les partenaires internationaux contribuent pour seulement une très petite proportion des dépenses de la santé publique, certains mécanismes de la CED peuvent être moins appropriés ou perçus comme une interférence étrangère non garantie dans la politique domestique. Certaines agences des partenaires au développement signalaient qu'elles travaillent sur la définition des modalités de coopération avec des pays à revenu intermédiaire. Ces initiatives n'ont pas encore été revues par les partenaires de l'IHP+ et peuvent conduire à certains ajustements de pratiques de la CED convenues pour la collaboration avec ces pays.

21. Une humanité : responsabilité partagée : Rapport du Secrétaire général pour le Sommet humanitaire mondial. UNGA février 2016

- **Les changements dans l'économie politique globale de l'APD et de la CED :** Plusieurs personnes interviewées ont remarqué que l'APD fait l'objet d'un examen croissant du public, y compris une prédominance croissante de voix questionnant les investissements de fonds publics dans la coopération au développement. Les gouvernements sont sensibles à ces changements survenus dans l'opinion publique, et tandis que cela peut ou non mener à une réduction du budget de l'APD, cela peut mener à une redéfinition des objectifs qui sont plus facilement communiqués que l'adhésion aux principes de la CED. Selon la directive de l'OCDE, les membres du CAD signalent les dépenses sur les programmes pour les réfugiés dans leurs propres pays, sous l'enveloppe de l'APD (variant entre zéro pour cent au Japon et 34 pour cent de l'APD nette en Suède en 2015)²². L'allocation combinée de fonds de l'APD pour les programmes domestiques pour les réfugiés parmi les pays membres du CAD a augmenté de 2,7 pour cent en 2010 à 9,1 pour cent en 2015. En outre, il y a un détournement global de l'attention et des ressources vers le but de la couverture sanitaire universelle (CSU). Tandis que la CED concerne principalement les modalités de l'aide, la CSU offre un agenda plus exhaustif se concentrant sur les systèmes nationaux de santé. Cela pourrait potentiellement renforcer les principes de la CED de soutenir et d'utiliser les systèmes nationaux, mais on devrait veiller à maintenir l'accent sur la CED tout en faisant progresser l'agenda de la CSU.

22. L'OCDE, le secrétariat du CAD, le rapportage dans l'APD des coûts des réfugiés encourus par les pays donateurs, avril 2016

5. Résumé des constatations

Tableau 8: Performance au regard des indicateurs IHP+ dans le 5e cycle de suivi

Légende	Progrès	Stagnation	Déclin	Pas comparable au cycle de suivi de 2014	Non applicable
	(au moins 3 % d'augmentation sur le cycle de suivi 2014)	(dans les +/- 3 % de résultats dans le cycle de suivi 2014)	(au moins 3 % de diminution à partir du cycle de suivi 2014)		
	Gouvernement		PD		
Stratégies du secteur de la santé et redevabilité mutuelle					
Proportion de pays avec une stratégie nationale du secteur de la santé en place et proportion de partenaires au développement qui alignent leurs programmes avec les priorités nationales	100%	100%			
Proportion des pays avec un cadre unique de suivi et d'évaluation en place et proportion des partenaires au développement qui utilisent exclusivement le cadre national de suivi	80%	47%			
Des mécanismes de redevabilité mutuelle sont en place et utilisés par les partenaires au développement	80%	73%			
Engagements en matière de financement du secteur de la santé					
Proportion de l'exécution budgétaire du secteur de la santé par les gouvernements et proportion de l'exécution budgétaire du soutien au secteur de la santé par les partenaires au développement	86%	71%			
Proportion des gouvernements qui ont un budget glissant ou CDMT s'étalant sur 3 ans en place et proportion des partenaires au développement dont le gouvernement est informé au sujet de leurs plans de prévisions des dépenses pour les 3 prochaines années	66%	35% ⁺			
Proportion des pays dans lesquels les contributions des partenaires au développement sont (au moins partiellement) reflétées dans le budget national et proportion du soutien des partenaires au développement au gouvernement inscrit dans le budget national de santé	77%	53%			
Utilisation des systèmes nationaux de gestion					
Proportion des pays dans lesquels le système de gestion des finances publiques adhère aux bonnes pratiques (CPIA) et proportion du soutien utilisant les procédures nationales de gestion financière (partenaires au développement)	55%	53%			
Proportion des pays avec suffisamment de soutien des partenaires au développement en vue de renforcer le système de gestion des finances publiques	NA	50%*			
Proportion des pays possédant un plan gouvernemental pour les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement et proportion des partenaires au développement qui utilisent des systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement au moins pour certaines passations de marchés	93%	41%			
Proportion des pays avec un soutien suffisant des partenaires au développement pour renforcer les systèmes publics de passation de marchés et d'approvisionnement	NA	100%*			
Proportion des pays avec un plan d'assistance technique (AT) national convenu et proportion des partenaires au développement qui fournissent une AT en conformité avec ce plan	21%	Non évalué			
Les institutions destinataires sont impliquées dans le développement des termes de référence (TDR) et dans la sélection de l'AT	79% ⁺	96% / 85%*			
Proportion de pays dans lesquels le ministère de la Santé bénéficie d'une coopération sud-sud (CSS) ou triangulaire et proportion des partenaires au développement qui soutiennent ce type de coopération	67%**	79%#			
Soutien pour l'engagement des OSC et du secteur privé dans le dialogue en matière de politique de santé					
Proportion des pays où les OSC participent au dialogue en matière de politique de santé et proportion des partenaires au développement qui ont des mécanismes institutionnels pour impliquer les OSC dans le développement et la supervision de leur programme, et qui les utilisent	93%	80% / 70%			
Proportion des gouvernements qui ont des mécanismes de feed-back en place pour les OSC	77%	NA			
Proportion des gouvernements et des partenaires au développement qui fournissent soit des ressources financières, une formation ou un soutien technique aux OSCs	83%	66%			
Proportion des pays dans lesquels le secteur privé participe dans le dialogue en matière de politique de santé et proportion des partenaires au développement qui fournissent un soutien pour la participation du secteur privé dans le dialogue national de la politique de santé	63%	70%			
Proportion des partenaires au développement qui fournissent un soutien financier ou technique au secteur privé	NA	49%			
Proportion des gouvernements qui ont des mécanismes de feed-back en place pour le secteur privé	63%	NA			
Proportion des partenaires au développement qui incluent des organisations du secteur privé dans les consultations des parties prenantes et dans d'autres structures participatives pour leur programme	NA	70%			

+ Comme signalé par le gouvernement

* Comme signalé par les partenaires au développement

** 20/30 pays déclaraient que soit ils bénéficient beaucoup, la plupart du temps ou parfois, de la CSS ou de la coopération triangulaire

Les partenaires au développement n'avaient pas tous la même compréhension de la CSS ou de la coopération triangulaire

5.1. PROGRÈS DE LA COOPÉRATION EFFICACE AU DÉVELOPPEMENT

Le cycle de suivi de la performance 2016 a documenté un progrès mitigé à l'égard de la coopération efficace au développement dans le secteur de la santé. Les tendances, sur trois cycles, de la performance des pays partenaires et des partenaires au développement sont largement stagnantes avec certaines améliorations et une certaine détérioration dans la performance globale.

Engagement n° 1 : Établir des stratégies solides du secteur de la santé qui soient évaluées conjointement et qui renforcent la redevabilité

Constatations

L'alignement du partenaire avec les stratégies du secteur de la santé, et la participation dans les évaluations conjointes des stratégies et les revues sectorielles conjointes ont été renforcés, mais doivent être adaptés par un recours accru des partenaires au développement aux cadres et systèmes nationaux de suivi de performance. Les mécanismes de redevabilité ne sont pas suffisamment inclusifs et les conditions pour une participation significative de la société civile et des organisations du secteur privé ne sont souvent pas respectées.

Les gouvernements et les partenaires au développement continuent de délivrer leurs engagements d'établir des stratégies nationales dans le secteur de la santé et de les évaluer conjointement. Les partenaires au développement participent aux revues annuelles du secteur de la santé et partagent donc leur redevabilité pour la performance.

La plupart des partenaires au développement alignent les cadres de suivi de la performance pour les projets et programmes qu'ils soutiennent avec les indicateurs et cibles des cadres nationaux de suivi de la performance. Cependant, seule la moitié d'entre eux utilisent des données nationales de suivi, et la plupart d'entre eux requièrent le suivi d'indicateurs supplémentaires. Ils sont plus susceptibles de compter sur les systèmes nationaux lorsqu'ils ont été impliqués dans le développement de la stratégie nationale de santé, y compris la stratégie de suivi et d'évaluation de la performance. Suivre la performance au niveau sous-sectoriel continue d'être important pour environ trois quarts des gouvernements partenaires et pour la moitié des partenaires au développement. Globalement, les constatations sont en ligne avec les résultats du cycle de suivi 2016 du GPEDC.

Engagement n° 2 : Améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé

Constatations

La prévisibilité du financement du secteur de la santé n'a pas amélioré. Le niveau d'exécution des budgets des partenaires au développement pour le soutien du secteur public a diminué, et les informations sur les prévisions des dépenses sur trois ans restent à un niveau bas. L'inscription sur le budget national des fonds des partenaires au développement stagne.

Les dépenses gouvernementales pour la santé en tant que proportion des dépenses gouvernementales totales ont continué de diminuer sur les trois derniers cycles de suivi. Les gouvernements dans 16 des 30 pays ont exécuté au moins 90 pour cent de leur budget du secteur de la santé, tandis que les partenaires au développement ont seulement atteint la cible de 90 pour cent pour l'exécution de leur budget pour le secteur gouvernemental dans 11 pays.

Deux tiers des pays ont un cadre de dépenses à moyen terme ou une estimation de budget s'étalant sur trois ans en place et trois quarts d'entre eux sont informés au sujet des plans de dépenses sur deux ans établis par les partenaires au développement. Cependant, seul un tiers des pays ont des informations pour les trois prochaines années. Globalement, les données suggèrent que le financement et la prévisibilité du secteur de la santé stagnent.

La cible d'inscrire sur le budget national au moins 85 pour cent de leur soutien du secteur de la santé fourni au gouvernement a été atteinte par seulement six des 14 partenaires au développement. Dans l'ensemble, la proportion des fonds des partenaires au développement inscrits sur le budget (53 %) n'a pas changée depuis le cycle de suivi de 2014. Les constatations sur la prévisibilité annuelle et à moyen terme sont en ligne avec les constatations 2016 du GPEDC, mais avec des scores inférieurs du secteur de la santé pour la prévisibilité à moyen terme.

Engagement n° 3 : Établir, renforcer et utiliser les systèmes des pays

Constatations

Les partenaires au développement font un meilleur usage des systèmes de gestion des finances publiques qu'en 2014, mais pas mieux qu'en 2012. Seulement la moitié d'entre eux utilisent les systèmes nationaux de passation de marchés. La plupart des partenaires au développement fournissent une assistance technique en accord avec des institutions destinataires. Peu de gouvernements ont des plans sectoriels d'assistance technique et encore moins de partenaires au développement les utilisent.

Presque tous les pays participants ont reçu un soutien international pour renforcer leurs systèmes de gestion des finances publiques. Dans un peu plus de la moitié des pays, les systèmes ont été évalués comme étant raisonnablement robustes (score CPIA \geq 3,5/6). Dans ces pays, plus de la moitié des contributions faites au secteur gouvernemental ont été déboursées à l'aide des procédures nationales d'exécution budgétaire. La plupart des pays participants ont des systèmes nationaux de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements (GPMA), mais seulement 42 pour cent des répondants partenaires au développement indiquaient qu'ils utilisaient le système national de GPMA pour au moins certaines passations de marchés.²³

Presque tous les partenaires au développement déclaraient qu'ils ont coopéré avec des institutions nationales dans la définition du soutien pour l'assistance technique, bien que les gouvernements aient évalué leur participation à un niveau quelque peu inférieur. Des plans d'assistance technique à l'échelon sectoriel ont seulement été signalés par six gouvernements ; dans seulement un pays, les partenaires au développement ont confirmé qu'ils utilisaient ce plan pour tout le soutien d'assistance technique sectorielle. Des plans d'assistance technique étaient plus souvent développés et utilisés au niveau sous-sectoriel ou du programme, et c'était une option privilégiée pour certains partenaires au développement. Le soutien du secteur de la santé à travers la coopération sud-sud ou triangulaire a été signalé par deux tiers des gouvernements participants, et le soutien des partenaires au développement pour ces modalités était solide.

Globalement, l'utilisation des systèmes nationaux de GFP pour l'exécution des budgets des partenaires au développement a augmenté depuis 2014, mais il n'y avait pas d'amélioration concernant la situation signalée dans le cycle de suivi 2012. L'utilisation des systèmes nationaux de PMA, des plans nationaux sectoriels d'assistance technique et le soutien pour la coopération sud-sud n'étaient pas suivis dans les cycles précédents. La constatation de l'utilisation plus fréquente des systèmes de gestion des finances publiques et de la faible utilisation des systèmes nationaux de la passation de marchés est en ligne avec les constatations 2016 du GPEDC 2016.

Engagement n° 4 : Créer un environnement permettant la participation des organisations de la société civile et du secteur privé dans le secteur de la santé

Constatations

Les gouvernements et les partenaires au développement continuent de fournir leur soutien aux OSC en vue de leur engagement, mais ce soutien n'inclut pas tous les acteurs. L'engagement avec et le soutien pour le secteur privé est signalé par de nombreux gouvernements et partenaires au développement, mais il est reconnu comme étant faible, ce qui est également confirmé par les représentants du secteur privé. Le manque ou la faiblesse de corps représentatifs à l'échelon national pour tant les OSC que le secteur privé, sont identifiés comme étant les principales contraintes pour un engagement plus solide. Dans la majorité des pays, les services de santé du secteur privé ne sont pas incorporés dans le système national d'information sanitaire.

La majorité des gouvernements et des partenaires au développement participants déclaraient qu'ils impliquaient les OSC dans la programmation des décisions et dans le dialogue relatif à la politique de santé et qu'ils fournissent un soutien aux OSC, les gouvernements étant plus susceptibles de fournir une formation et les partenaires au développement de fournir un soutien financier. Cependant, certains gouvernements indiquaient que l'implication des OSC dans le dialogue relatif à la politique de santé était limitée. Un soutien spécifique aux OSC pour le réseautage, les activités de plaidoyer et de garde-fou étaient mentionnées ensemble seulement dans 10 pour cent des réponses des partenaires au développement.

Les OSC qui ont participé à l'enquête et dans les discussions de groupes ont présenté une image quelque peu différente de la situation. Selon leur vue, l'implication des OSC dans le dialogue relatif à la politique de santé et dans la programmation des partenaires au développement était sélective et non significative, étant donné que la plupart du temps elles étaient invitées à participer après que des décisions avaient été prises. Elles ont reçu un soutien financier, une formation et une assistance technique dans une plus large mesure de la part des partenaires au développement que de la part des gouvernements, et les réponses de l'enquête indiquaient que ce soutien était plutôt sélectif.

23. L'enquête ne distinguait pas entre la la passation de marchés et la gestion des approvisionnements, mais certains PD ont fourni des informations différenciées sur l'utilisation des systèmes nationaux de gestion de la passation de marchés et de gestion des approvisionnements

L'implication du secteur privé dans le dialogue relatif à la politique de santé était reconnue par deux tiers des gouvernements participants, et le soutien au secteur privé était reconnu par une proportion similaire des partenaires au développement. Cependant, l'engagement avec le et le soutien du secteur privé était reconnu comme étant fiable par de nombreux répondants. Cela a été confirmé dans des discussions de groupes menées avec des représentants du secteur privé. Plusieurs partenaires au développement ont suggéré que l'engagement plus solide des ministères de la Santé avec le secteur privé renforcerait leur capacité à fournir un soutien. Pour les OSC, et un peu plus pour le secteur privé, l'absence ou la faiblesse de corps représentatifs à l'échelle nationale était vue comme une contrainte principale pour un engagement plus efficace avec le gouvernement.

Par rapport aux cycles de suivi précédents, le soutien fourni aux OSC, autodéclaré par les partenaires au développement, était plus faible qu'en 2014, mais plus solide qu'en 2012, bien que les questions sur lesquelles ces constatations sont fondées et que les réponses ne sont pas strictement comparables. L'engagement du secteur privé n'a pas été évalué dans les cycles de suivi précédents. En ligne avec ces constatations, les constatations 2016 du GPEDC confirment également que la création d'un environnement favorable pour la société civile requiert un effort supplémentaire et qu'il y a une volonté et une dimension pour renforcer la coopération et le partenariat entre les secteurs publics et privés.

Constatations supplémentaires : Assistance humanitaire pour la santé

Dans la revue des politiques et de l'économie politique de l'adhésion à la CED par les agences partenaires au développement qui était conduite en parallèle au cinquième cycle de suivi, plusieurs informateurs clés mentionnaient le transfert de fonds de l'APD de la coopération au développement à l'assistance humanitaire ainsi que son effet sur l'adhésion aux principes de la CED. Les informations collectées dans six pays présentant des volumes élevés d'assistance humanitaire ont confirmé que les ministres de la Santé étaient peu informés sur l'assistance du secteur de la santé fournie à travers les canaux humanitaires, même si le volume de cette assistance peut être substantiel et plus important que le soutien financier pour la coopération au développement. L'assistance humanitaire est souvent gérée par des départements d'agences au niveau des sièges travaillant à travers les secteurs, et le personnel du partenaire au développement basé dans le pays peut souvent n'être que partiellement informé. Dans cette situation, les principes de la CED tels que l'alignement stratégique, la prise de décisions conjointe et la redevabilité mutuelle dans le secteur de la santé sont défiés.

Revue des partenaires au développement

La revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement ont confirmé un solide engagement global aux principes de la CED dans le chef des agences de développement international, mais elle a aussi fourni une vue dans les économies politiques aux niveaux institutionnel, national et global qui peut limiter leur mise en œuvre. La revue a également souligné des questions qui requièrent un examen plus approfondi par les partenaires de la CSU2030, spécialement pour la coopération avec les pays à revenu intermédiaire et les états fragiles.

5.2. LEÇONS APPRISSES À PARTIR D'UNE APPROCHE DE SUIVI PAR PAYS, PLUS QUALITATIVE ET PLUS INCLUSIVE

L'élargissement de la portée de la collecte de données, en particulier la collecte d'informations plus qualitatives, a permis une meilleure contextualisation et une interprétation plus éclairée des statistiques et tendances. Cela a abouti à une analyse plus significative des principales constatations pour la discussion au niveau national. Cependant, il y a lieu de limiter la portée de la collecte d'informations qualitatives pour assurer des données de bonne qualité.

La participation de la société civile et du secteur privé dans une discussion de groupes variait par pays, reflétant dans une certaine mesure combien ils étaient déjà impliqués dans le dialogue du secteur de la santé. Leur fournir l'opportunité de partager leurs vues peut avoir quelque peu contribué à une participation accrue dans le dialogue de la politique future dans certains pays. Douze des 15 plans d'actions des pays qui ont été développés fournissent des actions concernant la manière dont on peut améliorer ou maintenir la participation de la société civile et du secteur privé. Cela a aussi aidé à recouper certaines des informations fournies par d'autres partenaires. La représentativité des organisations de la société civile participantes et spécialement du secteur privé constituait un problème dans de nombreux pays, sauf si des organismes de coordination ou organismes-cadres existaient.

L'engagement d'experts nationaux qualifiés qui étaient familiers avec les parties prenantes gouvernementales et sectorielles pour soutenir les ministères de la Santé dans la collecte, la validation et l'analyse des informations était un facteur clé du succès dans la plupart des pays. Dans certains pays, cependant, cela réduisait l'appropriation et le leadership du processus d'évaluation par le gouvernement.

Les discussions des constatations et le développement de plans d'actions ont ajouté de la valeur au processus de suivi de l'IHP+ (voir annexe 3 pour une discussion plus détaillée). Les discussions des constatations ont été tenues dans 24 des 30 pays au moment de produire le rapport global.²⁴ Les discussions des constatations peuvent augmenter l'information des pratiques de la CED parmi les parties prenantes et peuvent augmenter l'appropriation par le ministère de la Santé. Cela aide à générer un dialogue et à développer un consensus sur les pratiques de la CED, spécialement dans les pays dans lesquels le suivi des pratiques de la CED n'est pas institutionnalisé ou discuté à des RAC ou dans d'autres forums sectoriels. Les discussions peuvent également promouvoir le dialogue entre le gouvernement et les organisations de la société civile et du secteur privé. Le développement des plans d'actions axe les discussions sur des problèmes identifiés par le processus de suivi et sur les actions prioritaires. Il est trop tôt pour évaluer la manière dont les plans d'action convenus seront mis en œuvre, mais dans certains pays, la discussion nationale a abouti à une décision d'institutionnaliser le suivi de la CED.

On peut augmenter l'effectivité et l'efficacité de la discussion des réunions de constatations si des constatations sont partagées et que les données sont validées à l'avance. Cela permettrait aux réunions de se concentrer sur la discussion des implications des constatations. La valeur ajoutée de la discussion des constatations et des plans d'action dépend dans une mesure considérable de l'engagement du gouvernement, spécialement en ce qui concerne le leadership et l'appropriation au plus haut niveau par le ministère de la Santé, et des partenaires au développement. L'utilisation des forums ou mécanismes existants qui incluent toutes les parties prenantes pertinentes, telles que les groupes de partenaires de la santé, pour la discussion des constatations peut augmenter la probabilité que les plans et décisions seront suivis. Dans un certain nombre de pays, le temps alloué à la discussion des constatations au développement d'un plan d'action était trop limité pour être suffisamment significatif.

Dans plusieurs pays, la participation par les partenaires au développement dans la discussion des constatations était limitée, suggérant une certaine fatigue avec ou un intérêt moindre dans les exercices de suivi global, y compris le GPEDC et l'IHP+. Similairement, la participation par les représentants de la société civile et du secteur privé était généralement limitée, spécialement dans les pays dans lesquels la participation dans le dialogue politique est faible ou absente. L'absence d'une plateforme des OSC ou du secteur privé pour le dialogue avec le gouvernement était citée comme l'une des principales raisons de la faible participation. Dans la plupart des discussions, les points centraux du GPEDC étaient absents, de même que les ministères des Finances, dans de nombreux pays.

Les futurs cycles de suivi, s'ils sont toujours prévus, devraient réduire la durée et la complexité de la collecte et de la validation des données (voir annexe 2 pour la manière dont on peut aborder la collecte de données), tout en fournissant suffisamment de temps pour l'analyse et la discussion. Avant de s'engager dans un tel processus, l'IHP+ devrait s'assurer que les pays (les gouvernements et les partenaires au développement) se soient totalement engagés à suivre leurs engagements. Tandis qu'un leadership gouvernemental solide est essentiel pour un suivi fructueux, un leadership solide des partenaires au développement est utile dans les états fragiles dotés d'une capacité gouvernementale limitée ou dans des pays dotés d'un changement de gouvernement. Une réunion de lancement informative avec les parties prenantes est un autre facteur de succès pour un processus plus efficace au niveau du pays. Une telle réunion pourrait être soutenue par le responsable sectoriel ou par l'OMS. Enfin, dans les pays dans lesquels la gouvernance du secteur de la santé est décentralisée, le suivi devrait impliquer les niveaux décentralisés.

Revue des partenaires au développement

Outre l'évaluation par pays de la performance de 33 partenaires au développement, 14 agences de l'APD et départements gouvernementaux se sont portés volontaires pour participer à une revue approfondie des politiques, stratégies et procédures concernant la CED. Cette évaluation a permis la contextualisation de la mise en œuvre des pratiques de la CED au niveau des pays avec les politiques et procédures des agences. Trianguler les informations provenant de différentes sources (revues de documents politiques et stratégiques, interviews d'informateurs clés, auto-évaluation et résultats du suivi par pays) a approfondi l'analyse des opportunités et des contraintes vers une coopération plus efficace au développement dans le domaine de la santé. L'évaluation à travers les 14 agences a confirmé un solide engagement global aux principes de la CED, mais elle a aussi fourni une vue dans les économies politiques aux niveaux institutionnel, national et global qui peut limiter leur mise en œuvre. L'étude a soulevé plusieurs problèmes qui requièrent un examen plus approfondi et qui pourraient communiquer l'approche et l'ampleur des futurs cycles de suivi.

La méthodologie de la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement devra être revue si elle doit être répétée dans un autre cycle de suivi. La notation de la performance des partenaires au développement sur la base d'une auto-évaluation d'un nombre limité de questions constitue un défi. La principale valeur ajoutée de la revue était l'identification d'un ensemble de problèmes limitant ou promouvant la conformité avec la CED. L'utilité de la revue en tant que nouvelle approche ou nouvel outil pour maintenir la redevabilité des partenaires au développement pour leurs engagements globaux convenus est discutable. La limitation de la méthodologie est traitée plus amplement à l'annexe 2.

24. À partir du 2 mai 2017, le Burkina Faso, le Cap Vert, le Mozambique, la Gambie, le Liberia et Myanmar n'ont pas tenu de discussion formelle des constatations, mais les résultats ont été partagés avec les participants dans le processus de suivi et ils ont été priés de partager leur feed-back.

6. Les perspectives

Pour réaliser des progrès dans la coopération efficace au développement dans le secteur de la santé, les gouvernements partenaires et les partenaires au développement devraient renforcer leurs efforts pour satisfaire aux engagements du pacte mondial de l'IHP+. Pour réaliser cela, les gouvernements et les partenaires au développement devraient implémenter des actions pour surmonter les contraintes et les goulots d'étranglement identifiés dans le 5e cycle de suivi. En outre, les partenaires de l'IHP+ devraient continuer de revoir le cadre des pratiques de la CED et le cadre du suivi pour les adapter au contexte en évolution de la coopération internationale dans le secteur de la santé pour s'assurer qu'ils gardent leur pertinence et maintiennent l'efficacité des exercices de suivi.

6.1. RECOMMANDATIONS POUR LES PARTENAIRES GOUVERNEMENTAUX

1. Continuer de renforcer la qualité, la rigueur et l'inclusion des évaluations conjointes de stratégies nationales (JANS) et de revues annuelles conjointes du secteur (RAC) pour les rendre plus utiles et acceptables pour la planification et pour la fixation des priorités pour tous les partenaires du secteur de la santé
2. Continuer de renforcer les cadres nationaux de suivi de la performance du secteur de la santé ainsi que la qualité, le temps opportun et l'utilisation des données recueillies par les systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS), y compris les liens vers les systèmes nationaux de l'enregistrement civil et de statistiques vitales (ECSV). Considérer l'engagement avec le Health Data Collaborative pour renforcer les plateformes d'information des pays et la capacité de recueillir, d'analyser et d'utiliser des données fiables en matière de santé
3. Renforcer le processus de préparation des prévisions des dépenses en établissant ou en maintenant des budgets s'étalant sur trois ans
4. Revoir et réviser les procédures et réglementations de budgétisation pour permettre l'inscription systématique du soutien des partenaires au développement pour le secteur public dans le budget national du secteur de la santé
5. Veiller à ce que le renforcement des systèmes de gestion des finances publiques (GFP) reste une priorité des ministères des Finances et de la Santé et s'engager avec les partenaires au développement pour garantir leur soutien financier et technique pour cet effort
6. Veiller à ce que le renforcement des systèmes de gestion de la passation de marchés et des approvisionnements (GPMA) reste une priorité dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et s'engager avec les partenaires au développement pour garantir leur soutien financier et technique pour cet effort
7. Identifier les besoins et les descriptions de tâches pour une assistance technique en vue de construire une capacité dans le secteur de la santé et dans les sous-secteurs prioritaires dans le cadre de stratégies sectorielles et sous-sectorielles pluriannuelles, et les actualiser régulièrement en consultation avec les partenaires du secteur de la santé durant des revues sectorielles annuelles
8. Utiliser les revues régulières des besoins de l'assistance technique et l'engagement avec les institutions régionales pour explorer les opportunités de la coopération sud-sud (CSS), et présenter des propositions pour un soutien financier de la CSS pour les partenaires du financement international
9. Impliquer les organisations de la société civile de façon cohérente dans les JANS, RAC, groupes de travail techniques (GTT) et dans d'autres processus de prise de décisions en matière de politique et de programme de santé aux niveaux national et décentralisé, et faciliter leur participation significative en fournissant un soutien financier et technique ainsi que des informations des plans et des événements en temps opportun. Considérer l'implication d'autres parties prenantes pertinentes telles que des membres du Parlement
10. Mobiliser l'expérience et les cadres de coopération établis par les organes de direction des initiatives globales telles que les MCP (Fonds mondial) et les ICC (GAVI) ainsi que des autres organes de supervision établis par les partenaires au développement pour augmenter l'inclusion des cadres et processus de coopération conjointe du secteur de la santé
11. Inviter les représentants du secteur privé, y compris les associations professionnelles, les syndicats des travailleurs de la santé, les agences de l'assurance maladie, les fabricants de commodités de la santé et les réseaux des prestataires de services de santé pour participer au dialogue national de la politique de santé. Soutenir l'établissement d'une plateforme du secteur privé ou l'organisme représentant pour le dialogue avec le gouvernement

6.2. RECOMMANDATIONS POUR LES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

12. Continuer à soutenir et à s'engager dans les JANS, les RAC et les processus équivalents et augmenter l'utilisation de ces processus pour fixer les priorités et suivre la performance du soutien du secteur de la santé fourni par vos agences ; diminuer l'utilisation des évaluations et revues sectorielles séparées, spécifiques à votre agence
13. Continuer de soutenir les pays développant et renforçant les cadres de performance du secteur de la santé, y compris la collecte de données et l'inscription de systèmes tels que SNIS et ECSV. Considérer l'engagement avec le Health Data Collaborative pour renforcer les systèmes d'information des pays et construire une capacité des pays à recueillir, analyser et utiliser des données fiables en matière de santé. Augmenter votre recours aux informations nationales sanitaires et d'évaluation
14. Adopter et mettre en œuvre une politique visant à fournir des prévisions des dépenses s'étalant sur trois ans pour vos programmes de coopération pour les ministères de la Santé et des Finances des pays partenaires
15. Adopter une politique visant à requérir que le soutien budgété de votre agence au secteur public soit inscrit dans le budget national du secteur de la santé. L'inscription sur le budget national des fonds de coopération, lorsque les procédures nationales le permettent, ne requiert pas beaucoup d'efforts et constitue un gain rapide pour augmenter la transparence et pour éviter les lacunes de financement et les chevauchements d'investissements dans le développement national du secteur de la santé
16. Adopter une politique visant à faire de l'utilisation des systèmes nationaux de GFP l'option par défaut pour soutenir le secteur public dans le domaine de la santé dans les pays dotés de systèmes suffisamment robustes. Maintenir entre-temps le renforcement des systèmes nationaux de GFP comme étant une priorité pour le soutien des pays dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Considérer la coopération déléguée avec les partenaires au développement qui ont un solide passé dans le soutien du renforcement des systèmes nationaux de GFP
17. Adopter une politique visant à faire de l'utilisation des systèmes nationaux de GPMA l'option par défaut pour les services, l'infrastructure, les commodités de santé et les médicaments fournis avec le soutien de votre agence dans les pays dotés de systèmes suffisamment robustes. Maintenir entre-temps le renforcement de la gestion de la passation de marchés et des approvisionnements comme étant une priorité pour le soutien des pays dans le domaine de la santé. Considérer la coopération déléguée avec les partenaires au développement qui ont un solide passé dans le soutien du renforcement des systèmes nationaux de GPMA
18. Soutenir les ministères de la Santé dans le développement des cadres de renforcement des capacités et d'assistance technique au niveau sectoriel et sous-sectoriel, en coordination avec tous les partenaires du secteur de la santé, et collaborer avec les autres partenaires dans le remplissage des besoins prioritaires d'assistance technique identifiés dans ces plans
19. Soutenir les ministères de la Santé dans le développement conjoint de plans pour la coopération sud-sud, y compris une sélection conjointe de pays partenaires du sud qui ont l'expérience et les ressources techniques nécessaires qui pourraient être mobilisées pour aborder des problèmes spécifiques au secteur de la santé
20. Plaider avec le gouvernement pour la participation significative des organisations de la société civile et des autres parties prenantes pertinentes telles que les comités du parlement dans les JANS, les RAC et dans d'autres processus de redevabilité mutuelle aux niveaux sectoriel et sous-sectoriel. Fournir un soutien financier et technique aux OSC pour augmenter leur capacité pour une participation significative dans la politique nationale de santé
21. Faire un travail de plaidoyer avec le gouvernement pour la participation significative du secteur privé national dans le développement et le suivi de politiques et de programmes de santé. Soutenir les efforts nationaux de soutien pour renforcer le cadre réglementaire national pour les prestataires de services de santé du secteur privé et pour élargir la couverture du SNIS pour inclure les services de santé du secteur privé
22. Veiller à ce que toutes les institutions privées et gouvernementales domestiques qui délivrent des programmes dans le cadre de l'enveloppe nationale de l'APD soient conscientes des engagements nationaux à la CED et appliquent les pratiques associées

6.3. RECOMMANDATIONS POUR LE GROUPE DE PARTENARIAT CSU2030

23. Revoir le cadre des pratiques de la CED pour la coopération avec les pays à revenu intermédiaire et avec les économies émergentes. Considérer les modalités de la coopération avec ces pays actuellement ébauchées par la Communauté européenne et par les agences bilatérales de l'APD. Adapter le cadre de suivi de l'IHP+ en conséquence
24. Identifier la flexibilité qui peut être requise dans l'application des principes de la CED dans la coopération du secteur de la santé avec les états fragiles, en fonction des types et des causes de fragilité et incorporer ces considérations dans les termes de référence des futurs cycles de suivi de la CSU2030 au niveau des pays
25. Revoir le cadre des pratiques de la CED et son application au soutien du secteur de la santé à travers les canaux d'aide humanitaire en ligne avec l'Appel à l'Action du Sommet humanitaire mondial 2016. Identifier les domaines des principes de superposition pour une coopération efficace au développement et une aide humanitaire effective dans le secteur de la santé et adapter le cadre de suivi de la CSU2030 pour la rendre appropriée au suivi exhaustif du soutien du secteur de la santé à travers tous les canaux internationaux et nationaux
26. Continuer et améliorer la coordination du suivi des efforts entre la CSU2030 et le GPEDC, spécialement dans la révision et l'affinage des outils de suivi en vue d'augmenter les possibilités de recoupement et de triangulation des données. Améliorer les liens entre le GPEDC et les efforts de suivi de la CSU2030 au niveau des pays, ce qui, jusqu'à présent, a été très faible dans la plupart des pays
27. Veiller à la poursuite de l'engagement des partenaires au développement à tenir tous les partenaires de la CSU2030 redevables à l'égard des engagements pris dans le pacte global et des pays et à suivre la mise en œuvre de ces engagements. Recommander que les pactes des pays contiennent des cibles pour tous les groupes de parties prenantes, y compris les organisations de la société civile et du secteur privé. Parmi certains partenaires au développement, l'engagement dans le suivi de la CED semble avoir diminué par rapport aux cycles de suivi précédents
28. Revoir conjointement les problèmes identifiés par la revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement pour identifier les contraintes pour l'adhésion aux pratiques de la CED dans la coopération du secteur de la santé et développer des actions pour surmonter ces contraintes
29. Continuer de conduire tout suivi futur de la performance de l'IHP+/de la CSU2030 au niveau des pays dans le cadre du leadership du ministère national de la santé. Inclure le soutien de la CSU2030 pour un processus au niveau des pays de discussion des constatations et développer un plan d'action pour surmonter les contraintes et les goulots d'étranglement. Incorporer les leçons à partir du pilote actuel pour intégrer le suivi de l'IHP+ dans les cadres de suivi de la performance du secteur national de la santé pour réduire graduellement l'effort et les coûts de transaction de l'application d'un cadre supplémentaire de suivi global de l'IHP+
30. Revoir les outils et indicateurs de suivi appliqués dans le 5e cycle de suivi et appliquer les leçons apprises du cinquième cycle de suivi dans tout exercice futur de suivi. Les questions dans l'outil de collecte de données qualitatives pour lesquelles il n'a pas été reçu de réponses cohérentes ou utiles, devraient être effacées, les deux outils de collecte de données pour des données quantitatives et qualitatives devraient être combinés, les questions sur l'utilisation des systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement devraient être séparées dans leurs deux composantes, et les questions sur les systèmes nationaux de suivi de la performance et sur l'assistance technique devraient être revues pour assurer une meilleure adéquation des pratiques associées avec les engagements dans le cadre desquels elles sont classées

En réponse aux objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé et adoptés en 2015, le comité de pilotage de l'IHP+ et les signataires de l'IHP+ ont convenu d'étendre la portée de l'IHP+ pour inclure la coordination du renforcement des systèmes de santé (RSS) vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle (CSU), et d'élargir la base du partenariat pour répondre aux ODD liés à la santé. Le nouveau 'Partenariat international de la santé pour la CSU2030', créé en septembre 2016, continuera à travailler à l'amélioration de la coopération efficace au développement dans des pays recevant une assistance externe, mais élargira sa portée pour mettre également l'accent sur le RSS et les dépenses domestiques dans tous les pays et sur la promotion de la redevabilité et du plaidoyer pour la CSU ainsi que sur le partage des connaissances. L'un des défis pour la CSU2030 sera de maintenir les intérêts des gouvernements et des partenaires au développement dans la coopération efficace au développement. On devrait continuer de tenir les gouvernements et les partenaires au développement responsables de leurs engagements et d'évaluer l'efficacité de la coopération au développement ; on peut idéalement le faire dans un cadre qui incorpore toutes les ressources financières, y compris le financement domestique, et qui relie les ressources et le renforcement des systèmes de santé avec l'objectif global d'atteindre les ODD liés à la santé. Compte tenu de la nouvelle architecture globale de l'aide et l'objectif global de couverture sanitaire universelle, le contenu et l'application du cadre de la CED devraient être revisités et actualisés si nécessaire.

Annexes

ANNEXE 1. MESURES STANDARDS DE PERFORMANCE DE IHP+RESULTS

Les signataires du Partenariat international pour la santé (IHP+) ont travaillé, au travers de son groupe de travail sur la redevabilité mutuelle, pour conseiller des indicateurs spécifiques permettant de suivre les questions qui sont une priorité pour les membres de l'IHP+. Les indicateurs dans le Tableau suivant forment les bases du cycle 2016 de suivi de la performance de l'IHP+ et proviennent du GPEDC ou du dernier cycle de suivi de la performance de l'IHP+. Des informations détaillées sur chaque indicateur sont fournies dans le Guide du Cycle de Suivi 2016 pour les Participants.

Huit indicateurs de suivi de la performance des gouvernements et huit pour la performance des PD.

Tableau 9: Questions et indicateurs de suivi de la performance ²⁵

Question	Indicateur gouvernemental	Source	Indicateur des PD	Source	Méthode
Les partenaires soutiennent une stratégie nationale unique dans le domaine de la santé	Plans ou stratégies nationaux du secteur de la santé en place, dont les objectifs et les budgets actuels ont été évalués conjointement	G	Mesure dans laquelle les JANS (ou équivalents) sont utilisés dans la programmation des décisions, et dans laquelle les programmes sont alignés avec les priorités nationales	PD	Enquête qualitative
La coopération au développement en santé est plus prévisible	Proportion du financement du secteur de la santé décaissé par rapport au budget annuel approuvé	G	Pourcentage de l'aide au secteur de la santé destinée au gouvernement décaissé au cours de l'année fiscale pour laquelle elle était prévue.	PD	Outil de collecte de données qualitatives (MS Excel) & enquêtes qualitatives
	Prévisions des dépenses publiques de santé disponibles pour 3 ans	G	Mesure dans laquelle les gouvernements sont conscients des plans triannuels de dépenses fournis par les PD	G/PD	
L'aide à la santé est inscrite dans le budget	Les ressources du secteur de la santé reflétées dans le budget national incluent des contributions de partenaires au développement individuels	G	% de l'aide au secteur de la santé prévue pour décaissement qui est inscrite dans les budgets annuels approuvés par les assemblées législatives des pays en développement	G / PD	
Les systèmes de GFP des pays en développement sont renforcés et utilisés.	Les systèmes de gestion des finances publiques des pays soit (a) adhèrent aux bonnes pratiques généralement acceptées ; soit (b) ont un programme de réformes qui est mis en place pour atteindre cet objectif.	Données de la Banque mondiale – CPIA	Montant de l'aide au secteur de la santé destinée au gouvernement qui utilise le système national de gestion des finances publiques dans les pays où les systèmes sont considérés comme adhérant aux bonnes pratiques généralement acceptées, ou qui ont un programme de réformes en cours.	PD	Outil de collecte des données qualitatives (MS Excel) & enquêtes qualitatives
Les systèmes de passation de marché des pays en développement sont renforcés et utilisés	Mesure dans laquelle il existe un plan gouvernemental pour les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement, lequel est soutenu par les partenaires au développement	G	Mesure dans laquelle les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; et dans laquelle les systèmes nationaux sont utilisés ou renforcés	PD	Enquête qualitative
La redevabilité mutuelle est renforcée	Mesure dans laquelle une évaluation mutuelle inclusive des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé existe.	G	Mesure dans laquelle des évaluations mutuelles des engagements pris dans le secteur de la santé, y compris en matière d'efficacité de l'aide, ont été réalisées	PD	Enquête qualitative
Un soutien technique est coordonné et la coopération sud-sud/triangulaire soutient l'apprentissage	Mesure dans laquelle un plan national d'AT convenu existe, éclairé par la stratégie nationale de la santé et sur lequel tous les PD basent leur soutien.	G	Mesure dans laquelle des évaluations mutuelles des engagements pris dans le secteur de la santé, y compris en matière d'efficacité de l'aide, ont été réalisées	PD	Enquête qualitative
L'engagement de la société civile.	Preuve que la société civile opère dans un environnement qui maximise son engagement et sa contribution au développement.			G, PD, OSC	Enquête qualitative utilisant la méthodologie du GPEDC
Engagement du secteur privé*	Preuve que le secteur privé a l'espace pour participer au développement et à la mise en œuvre de politiques de santé effectives, efficaces et équitables			G, PD, SP	Enquête qualitative utilisant la méthodologie du GPEDC

*L'indicateur concernant l'engagement du secteur privé était ajouté pour la première fois, sur la base de la proposition d'IHP+R

G Données à fournir par les représentants des gouvernements

PD Données à fournir par les partenaires au développement, au niveau soit des pays soit du siège (le partenaire au développement choisi)

OSC Données à fournir par les représentants des OSC

SP Données à fournir par les représentants du secteur privé

25. Avec les exceptions suivantes : les indicateurs 1DP et 2Gc sont nouveaux ; l'indicateur 8 a été ajouté par IHP+R en consultation avec l'IHP+

ANNEXE 2 : MÉTHODOLOGIE ET LIMITATIONS

A. Méthodes

1. Participants et sources de données

La performance des gouvernements et des partenaires au développement dans les 30 pays participants (six de plus qu'en 2014) qui ont participé au cycle de suivi 2016 était évaluée sur la base de deux questionnaires qui collectaient des informations qualitatives et quantitatives sur l'état de la stratégie du secteur de la santé, le financement du secteur de la santé, la gestion publique et l'engagement des partenaires prenantes de la société civile et du secteur privé dans un exercice fiscal sélectionné dans la période allant de 2014 à 2015. Le questionnaire qualitatif a exploré les contraintes et opportunités pour une coopération plus efficace dans le secteur de la santé. Le Tableau 2 (section 2.2.1) énumère les pays participants.

Au total, 35 partenaires au développement ont soumis 253 réponses fournissant des données quantitatives et/ou qualitatives concernant la coopération dans les pays partenaires (par comparaison avec 33 partenaires au développement fournissant 209 réponses en 2014). Parmi eux, 18 ont fourni des données dans au moins quatre pays. L'analyse de la performance du partenaire au développement était en premier lieu limitée à ces 18 partenaires. Les réponses séparées fournies par les agences de l'APD provenant du même pays ont été regroupées. Cela s'appliquait aux USA (USAID et CDC), à la Belgique (Flandre et BTC), à la France (AFD et l'Ambassade de France au Togo) et à l'Allemagne (KfW et GIZ). Les 17 partenaires au développement qui ont soumis des données concernant la coopération financière dans moins de quatre pays comprenaient neuf partenaires bilatéraux, quatre fondations et quatre partenaires multilatéraux. Le Tableau 3 (section 2.2.1) fournit une liste des partenaires au développement participants.

Les questionnaires ont été complétés par les ministères de la Santé et par les partenaires au développement, soit durant une interview ou à travers l'auto-déclaration avec un soutien sur place dispensé par un expert local de la santé mobilisé par IHP+R, et dans certains cas également avec le soutien d'autres ministères gouvernementaux. L'évaluation de la performance, fondée sur les informations auto-déclarées, a été validée par chaque répondant et par le ministère de la Santé partenaire.

Des données de la société civile et du secteur privé ont été collectées dans 29 pays. Le Soudan a été exclu en raison d'une récente collecte de données parmi les OSC par le GPEDC, mettant l'accent sur le secteur de la santé. Dans les 29 pays, 995 organisations ont été invitées par e-mail et 431 réponses ont été reçues. Dans chaque pays, les listes des OSC qui étaient connues pour leurs activités dans le secteur de la santé ont été compilées sur la base de bases de données des OSC maintenues par les ministères de la Santé ainsi que les listes des membres des réseaux et coalitions nationaux des OSC, dans le but d'obtenir un échantillon aussi large que possible et faisable des voix de la société civile organisée, en vue de collecter des réponses à partir d'au moins 15 organisations dans chaque pays. L'objectif a été atteint dans 14/29 pays, mais le nombre de réponses globales (431) était proche du résultat attendu de 435. Les types suivants d'organisations ont été invités à participer :

- Les organisations non gouvernementales et confessionnelles nationales qui fournissent des services de santé ou qui sont impliquées dans le plaidoyer du secteur de la santé ou dans le suivi des politiques et programmes nationaux de santé. Celles-ci incluent les organisations associatives nationales, les groupes de vigilance de la société civile et les sections d'organisations de la société civile internationale (par ex. MSF, Oxfam, etc.) ou de fédérations qui sont constituées dans le pays en tant qu'entités légales indépendantes dotées d'une structure nationale de gouvernance
- Les fédérations nationales ou organisations de réseau représentant des organisations communautaires ou ONG travaillant dans le domaine de la santé, y compris les organisations-cadres pour les groupes ayant des besoins de services spéciaux de santé
- Les institutions académiques nationales qui opèrent en tant que cellules de réflexion en matière de politique, en tant qu'organisations indépendantes de recherche, ou en tant que fournisseurs de services dans le secteur de la santé.

Des discussions de groupes ont été organisées avec des représentants de 229 organisations de la société civile dans 27 pays.²⁶ Toutes les OSC visées par l'enquête ont été invitées, toutefois, en général, seules celles présentes dans les capitales ont participé, étant donné qu'il n'y avait pas de fonds disponibles pour le voyage et le logement. Le Tableau 10 présente le nombre d'organisations participantes dans chaque pays.

Tableau 10. Réponses à l'enquête et participation des groupes de discussion aux OSC

	Enquête en ligne	DGF
Afghanistan	11	13
Bénin	5	10
Burkina Faso	23	11
Cap-Vert	15	10
Cambodge	18	7
Cameroun	13	-
Tchad	11	4
Comores	13	7
Côte d'Ivoire	34	8
RD Congo	18	12
El Salvador	6	8
Éthiopie	6	5
Gambie	20	5
Guinée	13	8
Guinée-Bissau	15	12
Liberia	15	6
Madagascar	9	-
Mali	15	21
Mauritanie	15	14
Mozambique	6	9
Myanmar	15	6
Nigeria	18	18
Pakistan	9	20
Sénégal	14	5
Sierra Leone	15	3
Soudan	-	-
Togo	12	13
Ouganda	14	7
Vietnam	17	3
Zambie	10	4

26. Des consultations avec les OSC travaillant dans le domaine de la santé ont été menées récemment par le GPEDC au Soudan et n'ont dès lors pas été répétées. À Madagascar et au Cameroun, des discussions de groupes avec les OSC n'ont pas pu être organisées pour différentes raisons.

Des discussions de groupes ont également été organisées avec les organisations du secteur privé dans 24 pays, avec un total de 176 représentants qui y ont assisté.²⁷ Les organisations du secteur privé ont été identifiées par l'expert national, en collaboration avec le point focal national de l'IHP+. Les types suivants d'organisations ont été invités à participer :

- Syndicats et associations professionnelles des travailleurs de la santé
- Associations de santé publique ou autres associations thématiques de professionnels de la santé
- Groupes d'intérêt privés organisés ou organisations représentant, par exemple, l'assurance maladie, hôpitaux privés, cliniques privées / centres de santé ou industrie pharmaceutique

Des données supplémentaires sur les politiques et pratiques des agences de développement international ont été collectées à travers une revue de documents publiés, de bases de données publiquement accessibles, d'interviews d'informateurs clés avec les représentants de l'agence chargée du programme et de la politique, et d'un questionnaire à choix multiples auto-administré concernant la politique et la pratique liées à la CED. Des interviews ont été menées avec les représentants de 14 agences de développement international entre décembre 2016 et mars 2017. Le Tableau 2 énumère les agences participantes.

Comme en 2014, IHP+R a également analysé des données provenant de sources accessibles au public, telles que le système de notification des pays créanciers du CAD/OCDE (CRS), les comptes nationaux de la santé compilés par l'OMS, l'Initiative de transparence de l'aide internationale (IATA), les données de suivi du GPEDC, les systèmes de gestion de l'information sur l'aide au niveau des pays et les bases de données de l'assistance au développement. À part le CRS et le CNS pour les données financières, et les données de suivi du GPEDC pour les indicateurs sélectionnés dans un pays, ces systèmes étaient d'utilisation limitée pour le suivi de la performance de l'IHP+. Néanmoins, toutes les sources de données à l'exception du AIMS et du DADS ont été utilisées dans la revue approfondie des politiques et pratiques des partenaires au développement.

2. Portée du cadre de rapportage

Le cycle de suivi 2016 a utilisé un cadre de rapportage plus large, couvrant chacun des sept comportements (ou des huit pratiques) par rapport à 4 comportements en 2014. Le Tableau 4 présente les huit pratiques de la CED, traduites dans 9 problèmes et 11 indicateurs spécifiques pour tant les gouvernements que les partenaires au développement. Le Tableau 4 (section 2.2.2) les énumère.

Tandis qu'en 2014, il y avait seulement un outil quantitatif de collecte des données, en 2016 deux outils (l'un quantitatif et l'autre qualitatif) ont été finalisés par les gouvernements et par les partenaires au développement. En outre, les vues de la société civile et du secteur privé ont été collectées et analysées pour la première fois. Ces mesures abordaient la critique d'une portée trop limitée du cadre de rapportage dans les cycles précédents.

Le cadre de suivi convenu incluait huit nouveaux indicateurs, qui ont tous été obtenus à travers l'enquête qualitative.²⁸ Dans certains cas, les partenaires au développement ont seulement complété les outils de l'enquête qualitative, et leur performance n'a dès lors pas pu être calculée pour ces indicateurs. Le cadre de suivi incluait également de nouvelles approches pour mesurer les problèmes qui avaient été détectés antérieurement : le soutien à la stratégie nationale de santé, la participation significative de la société civile, la disponibilité de mécanismes de redevabilité mutuelle et la disponibilité de plans des dépenses qui couvrent trois années à venir. Ces changements ont été introduits pour faciliter la collecte et l'analyse des données, tout en s'assurant qu'il était toujours possible de comparer les résultats avec les cycles de suivi précédents.

Les outils qualitatifs ont été développés en étroite collaboration avec l'équipe de base de l'IHP+ et sont fondés autant que possible sur les questions du cycle de suivi 2016 du GPEDC. Par exemple, les questions pour les OSC et les participants du secteur privé ont été prises à partir d'outils de suivi du GPEDC en vue d'augmenter la capacité de recouper les constatations à partir des deux mécanismes de suivi. Au Soudan, l'un des deux pays où le GPEDC a intégré le secteur de la santé en tant que secteur pilote, on a décidé d'utiliser les données du GPEDC pour la société civile afin de ne pas doubler les efforts. Néanmoins, les données n'étaient pas spécifiques au secteur de la santé et n'ont pas été utilisées dans l'analyse.

La collecte d'informations qualitatives a aidé à trianguler et à mieux comprendre certaines des données quantitatives reçues, et par conséquent à améliorer la qualité de l'analyse. Les participants devaient toutefois répondre à de nombreuses questions plus détaillées et plusieurs répondants trouvaient que les enquêtes étaient trop longues et détaillées.

3. Analyse et validation des données

Les données recueillies au niveau des pays et validées par le ministère de la Santé ont été analysées par le helpdesk d'IHP+R et traduites dans des tableaux et matrices de feuille de calcul pour faciliter le développement d'un rapport des pays par l'expert national et international. Le helpdesk a également préparé une aide visuelle, présentant un résumé des résultats, et une présentation PowerPoint visant à faciliter la discussion nationale des constatations.

Les réunions de discussion des résultats au niveau des pays ont été organisées par les ministères de la Santé dans 24 pays et ont fourni un autre niveau de validation. Dans 18 de ces pays, les organisations de la société civile ont participé aux réunions de validation. Le secteur privé a participé à 14 de ces réunions. Tandis que ce processus a fourni un niveau supplémentaire de validation, on devrait garder à l'esprit que toutes les données étaient auto-rapportées, et non le résultat output d'évaluations indépendantes.

Des 24 pays participants qui ont organisé une réunion pour discuter des constatations du suivi, 15 ont développé un plan d'action abordant toutes les pratiques de la CED ou une sélection de celles-ci.

27. Des consultations du secteur privé n'ont pas pu être organisées au Cameroun, en El Salvador, en Guinée, au Mozambique, à Myanmar et en Sierra Leone, pour différents motifs.

28. Quatre pour les gouvernements et quatre pour les PD (utilisation des systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement ; utilisation de systèmes nationaux d'AT ; soutien fourni à la coopération sud-sud ; engagement du secteur privé)

Pour le rapport de performance 2016, les taux moyens des indicateurs quantitatifs sont calculés comme étant la moyenne des taux d'exécution dans chaque pays ou pour chaque partenaire au développement. Pour le taux global d'indicateurs financiers (fonds déboursés de façon prévisible, aide quant au budget et à l'utilisation des systèmes de GFP), toutes les dépenses déclarées pour les partenaires au développement sont additionnées, puis divisées par la somme de tous les budgets. Seuls les budgets et dépenses pour le secteur gouvernemental sont inclus dans ces calculs. Pour les indicateurs qualitatifs, les résultats ont été calculés comme une moyenne.

4. Analyse des tendances à travers les cycles de suivi

Trente-cinq pays ont participé au moins une fois dans les cinq cycles du suivi de la performance de l'IHP+ depuis 2009. Le nombre de pays participants a graduellement augmenté de neuf en 2009 à 30 en 2016. La méthodologie de la collecte des données a également évolué graduellement. Tandis que l'évaluation en 2009 a été conduite sous la forme d'une évaluation externe, l'approche est devenue de plus en plus centrée sur les pays et participative, et elle incluait de façon croissante la collecte d'informations qualitatives pour comprendre les contraintes et les opportunités de changement.

Les leçons apprises à partir des cycles de suivi précédents ont aidé à affiner les définitions des indicateurs et la gestion des données. Bien que ce processus se soit poursuivi jusqu'au cinquième cycle en 2016, les données quantitatives recueillies depuis le troisième cycle en 2012 sont suffisamment comparables pour permettre une analyse des tendances pour certains indicateurs parmi les 14 pays qui ont participé à chacun des trois cycles de suivi depuis 2012. Ces pays sont indiqués au Tableau 2 (section 2.2.1). En 2016, des données qualitatives ont été recueillies systématiquement pour la première fois depuis 2009, et aucune tendance ne peut dès lors être analysée.

5. Revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement

Pour la revue, 15 agences partenaires au développement ont été sélectionnées. La sélection des critères incluait : l'affiliation à l'IHP+, la participation dans au moins un cycle de suivi de l'IHP+, le mélange proportionnel des agences multilatérales et bilatérales reflétant l'affiliation à l'IHP+, le volume d'aide publique au développement et l'allocation relative au secteur de la santé, ainsi que la dominance du profil dans le secteur de la santé internationale. La participation était volontaire. Les agences en France et aux Pays-Bas ont décliné la participation. L'USAID a décliné la participation entière, mais a fourni des informations dans une interview de groupe avec ses représentants qui étaient utilisées pour certaines des analyses réalisées dans le rapport de synthèse. Le Tableau 2 du rapport de synthèse fournit la liste des agences participantes.

Un rapport séparé du résultat de la revue a été préparé. La collecte de données pour cette revue incluait :

- Un examen sur dossiers des politiques de coopération, stratégies, évaluations et analyses liées à la coopération internationale, aux pratiques de la coopération efficace au développement, et la coopération du secteur de la santé pour chaque pays ou agence
- Interviews des informateurs clés avec les représentants aux sièges et au niveau du terrain des agences partenaires au développement
- Extraction de données de bases de données globales concernant l'assistance au développement et l'évaluations
- Une enquête sous forme de questionnaire a été complétée par le personnel aux sièges des agences et a été collationnée par le point focal de l'IHP+ des agences

Les informations obtenues ont été contrastées avec les données préliminaires du 5e cycle de suivi de l'IHP+ au niveau des pays. Des rapports spécifiques aux agences ont été préparés et validés par chacune des agences participantes.

B. Limitations des données

Comme dans les cycles de suivi précédents, il y avait des limitations importantes dans les données collectées. Certaines ont été héritées du cadre de suivi utilisé dans les cycles précédents, certaines autres étaient dues à l'ensemble élargi de pratiques de la CED étant suivies et au nouveau cadre de données qualitatives, d'autres encore provenaient de l'alignement avec le processus de suivi du GPEDC, spécialement pour les indicateurs utilisés pour l'engagement de la société civile et du secteur privé.

1. Défis méthodologiques

Les pays participants diffèrent fortement en termes de proportion de financement international des dépenses totales en matière de santé, allant de 2 pour cent en El Salvador à 49 pour cent au Mozambique.²⁹ L'importance donnée à la coopération efficace au développement, tant par les gouvernements que par les partenaires au développement, est susceptible d'être plus élevée dans les pays dépendant de plus d'aide. En outre, les partenaires du secteur de la santé présents dans chaque pays n'ont pas tous participé dans le cycle de suivi (voir Figure 1). Les statistiques, telles que la proportion du soutien du secteur de la santé inscrit sur le budget, par exemple, renvoient seulement aux déboursements des partenaires participants et ne reflètent pas le soutien international total du secteur de la santé.

Le nombre de participants a augmenté, tant en termes de pays participants qu'en termes de partenaires au développement. Néanmoins, comme la participation est volontaire, les partenaires au développement peuvent également choisir dans quels pays ils participent. De même, comme la Figure 1 le montre, dans quelques pays seuls quelques partenaires ont participé, limitant l'impact potentiel de l'exercice de suivi dans ce pays. Un biais de participation par les partenaires au développement à l'égard de pays avec une meilleure performance de l'indicateur de la CED ne peut être exclu.

29. Estimations 2014 de la Global Health Expenditure Database (base de données des dépenses globales de santé) de l'OMS

La faiblesse principale de la méthodologie, comme déjà remarquée dans les cycles de suivi précédents de l'IHP+ et du GPEDC, est le recours aux données auto-rapportées plutôt qu'à des évaluations indépendantes. Pour contrer cela, la triangulation des données auto-rapportées a été effectuée à travers différentes approches, y compris la validation de toutes les données rapportées par les ministères de la Santé, la validation de toutes les données par les experts nationaux et internationaux ainsi que par le helpdesk, comparant les informations reçues de différentes sources, y compris les rapports publiés et les bases de données publiquement disponibles, la validation de l'aide visuelle des pays et du rapport des pays par les parties prenantes participantes, et les discussions nationales des constatations principales. Dans les contraintes liées au temps et aux ressources de l'exercice de suivi, c'était un défi de mettre en œuvre les approches de façon concise et systématique dans tous les pays.

2. Disponibilité et fiabilité des données

Dans certains pays participants, les fonctions étatiques dans le secteur de la santé sont considérablement décentralisées. Les gouvernements sous-nationaux développent leurs propres stratégies du secteur de la santé, ont une autonomie entière concernant l'allocation sectorielle du budget et gèrent leurs propres accords de coopération avec les partenaires au développement, la société civile et le secteur privé. Sauf pour un cas d'un gouvernement provincial au Pakistan, seuls les ministres nationaux ou fédéraux de la santé ont participé dans l'évaluation de la performance. Cela ne fournit dès lors pas une image complète de l'état de la coopération dans les pays dont la gouvernance des secteurs de la santé est fortement décentralisée.

Le nombre limité des organisations de la société civile et du secteur privé participantes dans certains pays soulève une question concernant la représentativité des données collectées parmi ces partenaires. Cependant, les constatations principales ont été discutées et validées dans la discussion nationale subséquente dans la plupart des pays.

Dans certains pays, une proportion considérable du soutien du secteur de la santé a été déboursée à travers des canaux d'aide humanitaire. Les informations sur les déboursements pour la santé en matière d'aide humanitaire ont été collectées auprès des partenaires au développement dans huit pays.³⁰ Cependant, il n'a été fourni que des données limitées, lesquelles n'ont pas été utilisées pour le calcul des indicateurs d'une coopération efficace au développement.

3. Défis d'interprétation et analyse des données

IHP+R a développé un guide détaillé expliquant les termes et définitions clés utilisés dans les deux questionnaires, et a engagé par contrat des experts nationaux pour mener des interviews avec des gouvernements et des partenaires au développement pour s'assurer d'une compréhension commune des questions de l'enquête. Dans un certain nombre de pays, toutefois, les questionnaires pour les partenaires au développement étaient auto-administrés, principalement en raison de la disponibilité limitée de personnel pour les interviews. Il y avait des différences évidentes de compréhension de certaines questions à travers les partenaires au développement, ce qui a rendu l'analyse plus difficile. L'indicateur 'inscrit sur le budget' reste assujéti à la mauvaise interprétation par les répondants (tant les partenaires gouvernementaux que les partenaires au développement), ce qui rend l'indicateur difficile à interpréter. L'indicateur concernant 'l'utilisation des systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement' devrait être ventilé pour séparer la gestion de la passation de marchés de la gestion des approvisionnements dans le futur suivi. L'indicateur concernant les 'prévisions des dépenses' est assujéti à des contraintes de temps et la réponse dépend du timing dans un cycle de programme lorsque les informations sont recueillies.

Un certain nombre de répondants partenaires au développement ne savaient pas si leur contribution était inscrite dans le budget national ou administrée avec le système national de GFP. Lorsqu'aucune réponse n'était fournie, les entrées de données ont été enlevées des calculs globaux. Dans certains exemples, cela peut donner un résultat distordu de la performance.

4. Défis avec la revue des politiques et pratiques des PD

La revue globale des politiques, procédures et pratiques des partenaires au développement a été effectuée avant l'analyse finale des données de suivi 2016 au niveau des pays. Cela limitait les possibilités de discussions plus ciblées avec chaque agence participante sur les principaux goulots d'étranglements, constatations et opportunités tels que signalés par leurs représentants basés dans le pays, et par conséquent pour contextualiser les politiques des partenaires au développement documentées ou signalées. Les questionnaires d'auto-évaluation complétés par chaque agence risquent une performance spécifique à l'agence mise en relief. Les scores basés sur l'auto-évaluation devraient être interprétés avec prudence.

Les suggestions pour les revues futures incluent :

- **Séquencer le processus.** Démarrer la revue approfondie des partenaires au développement une fois que le cycle de suivi de l'IHP+ par pays est presque finalisé ; c.-à-d. lorsque tous les résultats des partenaires au développement sont disponibles et validés. Discuter des résultats du cycle de suivi avec tous les experts clés impliqués dans la revue, préalablement aux interviews et à la recherche de documents.
- **Considérez une approche différenciée :** (i) Une analyse approfondie incluant les interviews menées avec un nombre limité d'agences partenaires au développement (jusqu'à 5) ; et (ii) organiser une revue par le biais d'une communication structurée par e-mails pour tous les autres partenaires au développement qui sont membre de l'IHP+.
- **Pour l'analyse approfondie** (jusqu'à 5 partenaires au développement), l'approche de la revue en 2016/17 pourrait être de nouveau utilisée avec les suggestions suivantes :
 - » Simplifier la formulation du cadre analytique et les questions génériques afférentes (la division dans les opportunités/contraintes politiques, stratégiques, opérationnelles peut être maintenue).

30. Afghanistan, Tchad, RDC, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mauritanie et Sierra Leone. Ces pays ont été sélectionnés parce que le volume de l'aide humanitaire pour la santé (tel qu'enregistré dans les bases de données publiquement disponibles) représentait 10 % ou plus des dépenses pour la santé publique.

- » Avant les interviews réelles, veiller à ce que l'expert principal soit clair concernant les problèmes spécifiques aux agences à discuter. Partager les problèmes clés avec les personnes interviewées avant l'interview.
- » Les interviews devraient être principalement axées sur (i) les contradictions entre les politiques et pratiques de la CED spécifiques aux agences, et (ii) les opportunités claires, pratiques pour une adhésion renforcée à la CED.
- » Conduire conjointement l'auto-évaluation, durant une interview avec au moins un représentant des agences.
- Pour la **communication structurée par e-mail**:
 - » Développer un résumé de trois pages pour chaque partenaire au développement avec (i) des résultats clés à partir du cycle de suivi (y compris la performance du partenaire au développement par rapport à la performance moyenne par pratique de la CED); (ii) un résumé des résultats spécifiques aux agences de MOPAN et d'autres revues et bases de données ; et (iii) une liste courte de questions qui sont spécifiques à l'agence partenaire au développement.
 - » Envoyer, avec ce résumé, un questionnaire uniforme et semi-quantitatif d'auto-évaluation, avec des instructions claires (le même que celui mentionné ci-dessus).
 - » Prévoir une interaction supplémentaire par e-mail pour discuter l'auto-évaluation complétée
 - » Au lieu de produire de longs rapports spécifiques aux partenaires au développement ou aux agences, on pourrait envisager, pour le suivi de l'IHP+ par pays, la préparation d'une fiche de renseignements pour chaque partenaire au développement, complémentaire aux aides visuelles.

ANNEXE 3 : LEÇONS APPRISSES À PARTIR DES DISCUSSIONS DES CONSTATATIONS ET PLANS D'ACTION AU NIVEAU DES PAYS

Cette section souligne les principaux résultats et leçons à partir de la discussion des constatations et du développement de la phase des plans d'action du processus de suivi 2016 de l'IHP+, fondés sur 24 des 30 pays qui ont tenu jusqu'à présent une réunion pour discuter des constatations.³¹ C'était la première fois qu'un cycle de suivi de l'IHP+ incluait une discussion des constatations et le développement d'un plan d'action dans le processus et il est dès lors important de refléter si ces activités supplémentaires ont ajouté de la valeur.

Des réunions pour présenter et discuter des constatations du cycle de suivi 2016 de l'IHP+ ont été organisées dans 24 des 30 pays. Dans environ la moitié de ces pays, une réunion spécifique à cette fin était arrangée avec la participation de toutes les parties prenantes ; dans les pays restants, la présentation et la discussion étaient incluses dans l'ordre du jour d'un forum existant, généralement une réunion des partenaires dans le domaine de la santé. Dans la plupart des cas, la réunion était présidée par le ministère de la Santé et les constatations étaient présentées par l'expert national d'IHP+ Results. Des plans d'action ont été développés ou sont en cours de développement dans 15 des 24 pays (63 %). À ce stade, il est trop tôt pour évaluer la mesure dans laquelle les plans d'actions ont été implémentés ou ont abouti à des changements dans les pratiques de la CED.

Bien qu'il y eût des différences à travers les pays participants, certaines questions communes ont émergé. Les principaux défis et réalisations sont résumés ci-dessous.

1. Réalisations

La discussion des constatations peut augmenter la conscience au sujet des pratiques de la CED. Dans certains pays, la discussion a aidé à augmenter la conscience de pratiques de la CED et les engagements parmi les parties prenantes qui sont moins familières avec celles-ci.

Aux Comores, un forum de haut niveau présidé par le Vice-Président a été organisé pour discuter des constatations, y compris quatre ministères et représentants de 11 partenaires au développement et ambassades. Cela a mené à un plan d'action détaillé, y compris des actions visant à être plus inclusifs, permettant une participation plus large des partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé.

La discussion des constatations peut augmenter l'appropriation des questions de la CED par les ministères de la Santé. Dans certains pays, les réunions avec les parties prenantes ont fourni une opportunité pour le ministère de la Santé de prendre ou de reconformer le leadership dans le dialogue entre les partenaires sur la coopération efficace au développement. Cela était reflété par les ministères menant les discussions et développant les plans d'actions.

En El Salvador, pendant la réunion des parties prenantes et sous le leadership de l'Unité de Coopération externe du Ministère de la Santé, le besoin d'un mécanisme de coordination au niveau politique le plus élevé a été identifié en renforçant le Conseil inter-agences d'Harmonisation et d'Orientation de la Coopération internationale du ministère. Le Conseil a été créé pendant le cycle de suivi de l'IHP+ pour la coordination des agences multilatérales et bilatérales et des ONG internationales, pour faciliter la fourniture en temps opportun d'informations sur le soutien et les investissements, aboutissant à une plus grande efficacité et efficacité de la coopération internationale, à un suivi amélioré et à une redevabilité mutuelle plus solide.

La discussion des constatations aide à générer un dialogue et à développer un consensus sur les pratiques de la CED. Dans la plupart des pays, la discussion des constatations a été signalée comme ayant été productive et significative. Elle a fourni un forum pour que différentes parties prenantes se rassemblent pour discuter des pratiques de la CED, pour entendre les perspectives - souvent différentes - d'autres parties prenantes, et pour parvenir à un consensus sur des domaines qui requièrent une amélioration. Bien que les questions et actions discutées variaient entre les pays, des thèmes communs incluaient le besoin d'améliorer la coordination sectorielle, l'évaluation conjointe et le partage des informations ; de renforcer la redevabilité mutuelle ; d'identifier les mesures pour soutenir l'utilisation accrue de systèmes nationaux et financiers de passation de marchés et de suivi et d'évaluation ; développer un plan d'assistance technique global ; et de renforcer l'engagement gouvernemental avec la société civile et le secteur privé.

31. À partir du 2 mai 2017, le Cap Vert, le Burkina Faso, le Mozambique, la Gambie, le Liberia et Myanmar n'ont pas tenu de discussion formelle des constatations, mais les résultats ont été partagés avec les participants dans le processus de suivi et ils ont été priés de partager leur feedback. Les raisons incluent que le MS n'a ni le temps, ni la capacité ou l'intérêt (Cap Vert, Mozambique) et/ou ce n'est pas le bon moment dans le pays pour conduire ce type d'exercice (Myanmar, Gambie). Il y a des plans pour une discussion au Burkina Faso et au Liberia

Pratique de la CED	Points de discussion
Stratégie en matière santé	<ul style="list-style-type: none"> le besoin pour les partenaires au développement de s'aligner avec le plan national du secteur de la santé (Tchad) le besoin d'un suivi systématique du secteur (Guinée-Bissau) le besoin d'intégrer les activités des partenaires au développement dans le plan de travail annuel consolidé du Ministère de la Santé et d'intégrer la revue conjointe dans des accords de partenariat (Cameroun)
Financement prévisible sur budget	<ul style="list-style-type: none"> manque d'information de la part des partenaires au développement concernant les engagements financiers pour informer la planification (RDC, Mali, Sénégal) le besoin d'une plus grande transparence des partenaires au développement (Tchad, Nigeria) le besoin d'améliorer la prévisibilité du financement (Côte D'Ivoire) le besoin de simplifier et de clarifier le processus de planification budgétaire du gouvernement (Comoros)
Les systèmes de gestion des finances publiques (GFP)	<ul style="list-style-type: none"> la manière d'améliorer les systèmes de GFP (Vietnam) le besoin de renforcer les systèmes gouvernementaux si des partenaires au développement les utilisent (Tchad, Nigeria) faible utilisation par les partenaires au développement des systèmes nationaux de GFP (Côte D'Ivoire, Sénégal)
Systèmes de passation de marchés	<ul style="list-style-type: none"> faible utilisation par les partenaires au développement des systèmes nationaux de passation de marchés (Côte D'Ivoire, Mali, Sénégal) le besoin de renforcer les systèmes gouvernementaux (Nigeria)
La redevabilité mutuelle	<ul style="list-style-type: none"> le besoin d'une plus grande redevabilité mutuelle (Mali, Sénégal) le besoin d'améliorer l'engagement entre le gouvernement et les partenaires au développement (Nigeria, Pakistan)
L'assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> le besoin pour le gouvernement de développer un plan national d'assistance technique (Nigeria) l'intégration de l'assistance technique dans des cadres de planification existants et l'alignement du soutien des partenaires au développement (Cameroun)
L'engagement de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> le besoin pour les OSC d'être redevables en tant que prestataires de services de santé (Mali) améliorer la coordination gouvernementale des et l'engagement avec les OSC (Tchad, Guinée Bissau, Pakistan) le besoin d'opérationnaliser le cadre existant pour la coopération entre les gouvernements et les OSC (Tchad) le besoin d'une meilleure supervision gouvernementale des OSC (RDC) le besoin d'augmenter l'implication des OSC dans les processus nationaux de la santé (Côte D'Ivoire, El Salvador) et de mécanismes pour surveiller cela (Vietnam)
L'engagement du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> le besoin pour les acteurs du secteur privé d'être redevables en tant que prestataires de services de santé (Mali) le besoin d'opérationnaliser le cadre pour la coopération entre les gouvernements et le secteur privé (Tchad) le besoin d'augmenter l'implication du secteur privé dans les processus nationaux de santé (Côte D'Ivoire, Vietnam)

Au **Sénégal**, le Ministère de la Santé a formellement demandé l'institutionnalisation du suivi de l'IHP+. Le Ministère de la Santé est aussi actuellement en train de renforcer les comptes nationaux de la santé et de concevoir, avec le soutien des partenaires au développement, une stratégie de financement de la santé. Un résultat au Togo était la décision de s'engager dans l'institutionnalisation du suivi de l'IHP+. Au Nigeria, l'une des actions convenues était de présenter les résultats à une réunion spéciale du Groupe des Partenaires au Développement et du Comité consultatif des Partenaires de la Santé, ainsi que de développer un dossier pour le Ministère fédéral de la Santé pour lui permettre de prendre une décision appropriée concernant la présentation des résultats au Conseil national de la Santé et dans d'autres forums politiques de haut niveau.

Les discussions peuvent promouvoir le dialogue entre le gouvernement et les organisations de la société civile et du secteur privé. Dans certains des pays, la discussion était signalée comme ayant promu le dialogue entre le gouvernement, les organisations de la société civile et les organisations du secteur privé, dans certains cas pour la première fois.

En **Côte D'Ivoire**, les discussions ont fourni une rare opportunité pour toutes les parties, y compris la société civile et le secteur privé, de s'asseoir ensemble. En **Guinée Bissau**, la discussion a stimulé le débat sur l'engagement de la société civile et du secteur privé et a aidé à donner au gouvernement l'appropriation des résultats.

Il y a de la valeur à inclure le développement des plans d'action dans le processus et à fournir un modèle. Le développement des plans d'actions axe les discussions sur des problèmes identifiés par le processus de suivi et sur les actions prioritaires. Pour la majeure partie, les plans d'action qui étaient développés abordaient les lacunes et les faiblesses dans chacune des huit pratiques de la CED, dans les actions identifiées et dans la responsabilité pour les actions, et incluaient des délais et des mécanismes ou indicateurs visant à suivre le progrès de la mise en œuvre, bien que tous n'identifiaient pas les responsabilités pour le suivi du progrès.

En **Éthiopie**, où le Ministère de la Santé fournissait un leadership solide, le plan d'action inclut des engagements clairs, par ex. pour consolider l'évaluation conjointe du plan national et minimiser les évaluations séparées réalisées par les partenaires au développement. Un Comité de coordination central conjoint a été établi pour conduire le processus de suivi, ce qui inclut la représentation du gouvernement, des partenaires au développement, des OSC et du secteur privé. Il suivra la mise en œuvre du plan d'action et pourrait également jouer un rôle pour garantir la durabilité future du suivi de la CED. Au **Vietnam**, le Ministère de la Santé a incorporé le processus de suivi de l'IHP+ et la discussion des constatations dans les réunions trimestrielles du Groupe existant du Partenariat pour la Santé, ce qui inclut les départements ministériels, les partenaires au développement, les OSC et le secteur privé, ainsi que certaines provinces. Le Groupe de Partenariat pour la Santé suivra le progrès réalisé dans la mise en œuvre du plan d'action. Au **Cameroun**, la réunion de discussion des constatations a recommandé de renforcer la capacité du mécanisme chargé de la supervision de la stratégie du secteur de la santé pour lui permettre de fournir une plateforme de coordination du suivi de l'IHP+.

2. Défis

Manque d'engagement et de capacité des gouvernements. Dans les pays dans lesquels la discussion des constatations n'a pas eu lieu, c'était, dans la plupart des cas, dû au manque d'engagement ou de capacité du ministère de la Santé, ou au contexte politique plus large, par ex. des élections et des changements de gouvernement, ou des changements de personnel au sein du ministère de la Santé. Un défi principal, particulièrement là où la capacité du gouvernement était faible, était le manque de reconnaissance formelle et de soutien au sein des ministères pour le rôle de point focal de l'IHP+.

La participation des partenaires au développement était relativement limitée. Elle était cohérente avec l'intérêt et l'implication limités des partenaires au développement dans le processus de suivi dans certains pays participants. Le feedback suggère que l'implication limitée reflétait la fatigue accumulée avec les multiples processus de suivi, la complexité de certains outils de suivi de l'IHP+ et le long délai du processus.

La mesure de participation des organisations de la société civile variait. Les OSC ont participé dans la discussion des constatations dans 18 des 24 pays (75 %). Dans la plupart des autres pays, la discussion impliquait uniquement les gouvernements et les partenaires au développement. Dans les pays dans lesquels les OSC étaient invitées, leur participation était généralement plutôt faible, allant d'une à six organisations. Les facteurs influençant la participation des OSC dans la discussion incluaient le forum utilisé pour la réunion, la relation entre le gouvernement et la société civile, et l'existence d'une plateforme des OSC.

La participation du secteur privé était limitée. Il y avait une participation du secteur privé dans la discussion des constatations dans 14 des 24 pays (58 %). Le nombre d'organisations du secteur privé qui participaient à la réunion était généralement faible, c.-à-d. généralement seulement une ou deux organisations. Comme avec les OSC, les facteurs influençant la participation du secteur privé dans la discussion des constatations incluaient le forum de réunion choisi et la relation et l'ampleur de l'engagement entre le gouvernement et les organisations du secteur privé. Dans de nombreux pays, l'absence d'une plateforme réunissant les organisations du secteur privé était rapportée comme étant un obstacle clé à l'engagement avec le gouvernement.

Il y avait peu ou pas d'implication des points focaux du GPEDC ou des ministères des finances dans les discussions des constatations ou dans la planification des actions. Elle était cohérente avec l'implication limitée des points focaux du GPEDC dans le processus global de suivi de l'IHP+ dans un grand nombre des pays participants.

Il n'y avait pas assez de temps pour la discussion et le développement de plans d'actions. L'ampleur du temps alloué pour discuter des constatations et pour développer un plan d'action allait de moins d'une heure à un jour, mais dans la plupart des pays c'était moins de la moitié d'une journée. Par conséquent, dans la plupart des pays, un temps inapproprié était disponible pour développer un plan exhaustif. Dans certains pays, la réunion a identifié des points d'action ou des décisions, mais aucun plan n'a été développé ; dans d'autres, les actions identifiées étaient génériques et non spécifiques ou les plans étaient incomplets ; dans d'autres encore, des plans initiaux d'action avaient été ébauchés pour être développés ultérieurement et partagés avec les parties prenantes après la réunion.

ANNEXE 4 : RÉSULTATS DES ENQUÊTES ET DES DISCUSSIONS DE GROUPES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DU SECTEUR PRIVÉ

1. Résultats de l'enquête et des consultations de la société civile, et triangulation avec les réponses fournies par les gouvernements et les partenaires au développement

Constatation

Seulement un tiers des OSC considéraient que la liberté d'association, de réunion et d'expression était effectivement reconnue dans des politiques nationales, législations et réglementations de leur pays [deux tiers ont reconnu qu'il y avait une reconnaissance partielle], 39 pour cent déclaraient que leur organisation pourrait accéder à des ressources sans restriction. Presque tous ressentent que l'environnement légal et réglementaire était favorable, bien que seulement partiellement selon certains d'entre eux.

Plus de la moitié des OSC faisaient partie d'un réseau, d'une coalition ou d'un autre mécanisme pour faciliter leur participation dans le dialogue relatif à la politique de santé, considérée comme modérément ou relativement efficace par la plupart des OSC.

Seul un tiers des OSC étaient totalement d'accord avec le fait qu'elles avaient été entièrement consultées dans les grandes décisions de la politique ou du programme de santé, tandis qu'un autre tiers reconnaissait un certain degré de consultation. L'accès à l'information concernant ces décisions était seulement partiel pour la plupart d'entre eux, et pour deux tiers des OSC il était réputé trop tardif pour permettre une participation significative.

Peu de partenaires au développement, le cas échéant, impliquaient les OSC dans le développement de programmes de coopération.

Pour l'enquête en ligne des organisations de la société civile, 995 organisations dans 29 pays³² ont été invitées à participer et 431 réponses ont été reçues pour un taux global de réponse de 43 pour cent. Le nombre d'organisations invitées à participer variait de 15 au Togo à 66 en Ouganda. Le nombre de réponses variait de cinq au Bénin à 36 en Côte D'Ivoire, et le taux de réponse de 6/40 (15 %) en Éthiopie à 19/20 (95 %) dans la RDC.

32. Aucune consultation des OSC n'était conduite au Soudan en raison d'une consultation récente des OSC du GPEDC axée sur la santé

Les réponses à l'enquête étaient spécifiques au pays et au contexte, et l'analyse des réponses agrégées ne peut différencier entre les environnements différents des pays dans lesquels les OSC travaillent ou entre les politiques et pratiques nationales concernant l'implication des OSC dans la politique et les programmes de santé. L'analyse n'est pas pondérée par le nombre de réponses émanant de chaque pays, ce qui introduit un biais potentiel. Elle fournit toutefois un aperçu de la manière dont les OSC perçoivent leur participation et rôle dans le secteur de la santé, et de la manière dont cela est comparé aux informations fournies par les ministères de la Santé et par les partenaires au développement.

Types de répondants à l'enquête des OSC et environnement organisationnel

Questions de l'enquête	Réponses	
Type d'organisation (selon la propre identification) (N=431)	85%	Organisation non gouvernementale (ONG)
	7%	Organisations communautaires
	4%	Institution académique
	3%	Organisations confessionnelles
Les libertés d'association, de réunion et d'expression pour les OSC sont-elles reconnues dans la politique, la législation et la réglementation du pays ? (N=355)	33%	Oui, effectivement
	62%	Oui, partiellement
	5%	Non
L'environnement légal et réglementaire dans le pays est-il favorable pour la formation, l'inscription et l'activité de votre organisation ? (N=355)	52%	Oui, effectivement
	43%	Oui, partiellement
	5%	Non
L'environnement légal et réglementaire facilite-t-il l'accès aux ressources pour votre organisation? (N=355)	39 %	Oui, sans restriction
	47 %	Oui, avec des restrictions
	15 %	Non
Certains groupes sont-ils empêchés de participer aux processus de la politique de santé sur base de leur sexe, origine ethnique, religion, orientation sexuelle, etc.? (N=355)	84 %	Non
	16 %	Oui

Presque une sur cinq (18 %) des OSC participantes n'a pas répondu aux questions sur leur environnement opérationnel. Bien qu'elles fussent assurées de la confidentialité, cela peut indiquer une réticence à exprimer des vues qui pourraient être perçues comme étant critiques à l'égard du gouvernement, dans un questionnaire qui a été diffusé sous l'autorité du ministère de la Santé. Néanmoins, seulement un tiers des OSC qui ont répondu considéraient que les libertés d'association, de réunion et d'expression étaient effectivement reconnues dans des politiques nationales, législations et réglementations du pays, avec deux tiers reconnaissant qu'il y avait une reconnaissance partielle. Un peu plus d'un tiers affirmaient que leur organisation pourrait accéder à des ressources sans restriction, et seulement environ la moitié d'entre eux trouvaient que l'environnement légal et réglementaire était favorable sans aucune restriction, tandis que la moitié d'entre eux déclaraient que certaines restrictions s'appliquaient.

Les répondants gouvernementaux n'ont pas été questionnés au sujet de l'environnement institutionnel du secteur organisé de la société civile, mais dans certains pays les partenaires au développement mentionnaient que la suspicion ou l'absence de respect pour les OSC par le gouvernement limitait leur capacité à travailler avec la société civile.

Capacité auto-évaluée des OSC interrogées

Questions de l'enquête	Réponses	
Votre organisation participe-t-elle dans un processus ou réseau initié par les OSC pour faciliter la représentation des OSC dans le dialogue de la politique nationale de santé ? (N=383)	57%	oui
	34%	non
	9%	je ne sais pas
Quel est le degré d'efficacité de ce mécanisme ? (N=216)	18%	très efficace
	66%	modérément / relativement efficace
	14%	légèrement efficace
	2%	pas efficace
Quelle est la capacité de votre organisation à s'engager dans le <u>dialogue politique</u> ? (N=356)	29%	capacité totale
	42%	capacité acceptable
	25%	capacité partielle / limitée
	4%	pas de capacité
Quelle est la capacité de votre organisation de faire un travail de <u>plaidoyer</u> ? (N=357)	38%	capacité totale
	37%	capacité acceptable
	23%	capacité partielle / limitée
	2%	pas de capacité
Quelle est la <u>capacité de gestion et administrative de votre organisation</u> ? (N=360)	54%	capacité totale
	31%	capacité acceptable
	14%	capacité partielle / limitée
	1%	pas de capacité

Parmi les OSC qui ont répondu, plus de la moitié (220/383) affirmaient qu'elles travaillaient dans un réseau, une coalition ou dans un autre mécanisme pour faciliter leur participation dans le dialogue relatif à la politique de santé. La plupart considéraient ce mécanisme comme étant seulement modérément ou relativement efficace. Cette évaluation ne variait pas beaucoup parmi les pays pour lesquels il y avait suffisamment de réponses pour calculer des proportions significatives. La plupart des OSC (85 %) ont évalué leur capacité de gestion comme étant au moins acceptable. La capacité pour un dialogue politique a réalisé le score le plus bas avec seulement 71 pour cent étant au moins à un niveau acceptable.

Les auto-évaluations des répondants des OSC ont fourni, dans une certaine mesure, une confirmation des réponses par les partenaires au développement. Le renforcement de la capacité des OSC, et spécialement la capacité des réseaux, était souvent mentionné(e) par les partenaires au développement comme étant une étape nécessaire pour augmenter la participation de la société civile. Bien que deux tiers des partenaires au développement estimaient que les OSC recevaient un soutien pour le réseautage, le plaidoyer et la participation dans les forums politiques nationaux, seuls environ dix pour cent affirmaient qu'ils fournissaient un tel soutien (11/162 pour la participation dans la politique, 6/162 pour le réseautage et la constitution d'une coalition, et 4/162 pour les activités de plaidoyer).

Partenariats des OSC avec les ministères de la Santé

Questions de l'enquête	Réponses
Votre organisation fait-elle rapport au ministère de la Santé ou à un autre département gouvernemental ? (N=383)	78% oui 20% non 2% je ne sais pas
Les OSC sont-elles consultées par le gouvernement dans la conception, la mise en œuvre ou le suivi de politiques ou de programmes de santé ? (N=405)	35% tout à fait d'accord 28% partiellement d'accord 8% partiellement pas d'accord 19% absolument pas d'accord 10% je ne sais pas
Les OSC ont-elles accès en temps opportun aux informations gouvernementales concernant les grandes initiatives relatives à la politique nationale de santé ? (N=405)	6% accès total 31% accès acceptable 57% accès partiel / limité 6% pas d'accès
Quand les OSC ont-elles cet accès aux informations concernant les grandes initiatives relatives à la politique nationale de santé ? (N=382)	8% à un stade précoce durant la planification 25% à temps pour participer aux décisions 66% trop tard pour participer aux décisions
Le gouvernement fournit-il des ressources financières pour faciliter la participation des OSC dans les processus multi-partenaires de politique de la santé ? (N=394)	3% fréquemment 15% occasionnellement 43% rarement / très rarement 39% jamais
Le gouvernement fournit-il une formation pour faciliter la participation des OSC dans les processus multi-partenaires de politique de la santé ? (N=391)	5% fréquemment 18% occasionnellement 55% rarement / très rarement 22% jamais
Le gouvernement fournit-il une assistance technique pour faciliter la participation des OSC dans les processus multi-partenaires de politique de la santé ? (N=391)	26% fréquemment 24% occasionnellement 44% rarement / très rarement 5% jamais

Les OSC déclaraient que peu de partenaires au développement, le cas échéant, les ont impliquées dans le développement de programmes de coopération. Elles ont aussi signalé que le soutien pour la participation dans les forums relatifs à la politique de la santé a été fourni au mieux occasionnellement et, pour environ la moitié d'entre elles, rarement ou jamais. Sur la base de l'analyse des réponses des partenaires au développement, un niveau beaucoup plus élevé de participation des OSC dans le développement de programmes était attendu, parce que 181/227 signalaient qu'ils avaient des mécanismes institutionnels pour impliquer les OSC dans le développement et la supervision de programmes. Les réponses émanant des OSC suggèrent que ces mécanismes sont sélectifs, similaires au soutien fourni par les partenaires au développement aux OSC, lequel est fourni rarement ou n'est jamais fourni pour environ la moitié des organisations.

Globalement, les réponses données par les OSC dans l'enquête en ligne ne contredisaient pas les réponses du gouvernement et des partenaires au développement, mais elles indiquaient que l'inclusion est un problème qui, en termes pratiques, peut seulement être abordé à travers la constitution de coalitions et de réseaux nationaux de représentation solides parmi les OSC travaillant dans le domaine de la santé. Dans les analyses spécifiques au pays des réponses, les niveaux de désaccords entre les évaluations des OSC, des gouvernements et des partenaires au développement variaient. Cela a été présenté dans les rapports des pays discutés par les gouvernements et les partenaires.

Outre l'enquête visant la société civile, 229 représentants de la société civile ont participé aux discussions de groupes dans 27 pays.³³ Le but de ces discussions était de contextualiser les informations fournies par l'enquête afin d'enrichir l'analyse de la coopération au niveau des pays. Les résultats des discussions étaient reflétés dans les rapports de la consultation des OSC fournis aux ministères de la Santé, et dans le rapport d'évaluation des pays fourni à tous les partenaires. Les questions soulevées par les OSC étaient fortement spécifiques au pays, mais, globalement, confirmaient les résultats de l'enquête.

33. Au Soudan, une discussion de groupes a eu lieu, avec des OSC travaillant dans le domaine de la santé, dans le cadre du processus du GPEDC et n'a dès lors pas été répétée. Au Cameroun et à Madagascar, il s'est avéré difficile de rassembler des OSC

2. Résultats des discussions de groupes avec des organisations du secteur privé

Constatation

L'implication du secteur privé dans le développement des politiques du secteur de la santé est absente ou limitée à des consultations sélectives ad hoc dans tous les pays participants. Peu de pays ont un directeur, un département ou une unité dédié(e) du ministère de la Santé qui traite avec le secteur privé et, dans la plupart des pays, il manque dans le secteur privé un corps représentatif ou un organisme-cadre qui peut formellement représenter le secteur ou fournir une plateforme pour un dialogue avec le gouvernement.

Les cadres légaux dans la plupart des pays permettent une pratique privée dans le domaine de la santé, mais plusieurs groupes témoins mentionnaient la faible capacité des ministères de la Santé à travailler avec le secteur privé, et une faible capacité à gérer et à renforcer les systèmes pour l'accréditation et l'assurance d'une qualité de service.

Le soutien technique et financier pour le secteur privé par les gouvernements et les partenaires au développement est très limité ou absent.

Des discussions de groupes avec des représentants des organisations du secteur privé ont été organisées dans 24 pays avec une participation totale de 176 représentants, allant de deux en Afghanistan à 18 au Sénégal. Elles incluaient des associations professionnelles (34 %), des prestataires privés de soins médicaux (27 %), des conseils médicaux/professionnels (10 %), des unions de travailleurs de la santé (7 %), ainsi que des représentants de chambres de commerce, de compagnies d'assurance maladie, de l'industrie pharmaceutique, de laboratoires et de pharmacies. Comme dans les discussions de groupes avec les OSC, les thèmes soulevés dans les discussions menées avec le secteur privé étaient fortement spécifiques au pays. Néanmoins, il y avait des thèmes communs :

- L'implication du secteur privé dans le développement des politiques du secteur de la santé était absente ou limitée à des consultations sélectives ad hoc dans tous les pays participants. Les ministères de la Santé dans 19/30 pays signalaient des processus pour la participation du secteur privé, avec 7/19 reconnaissant que ces processus étaient très limités. Les participants des groupes témoins déclaraient que ces processus étaient peu promus et qu'on y assistait peu, qu'ils étaient fortement sélectifs et qu'ils n'étaient pas perçus comme étant de vrais partenariats.
- Peu de pays avaient un directeur, département ou unité dédié(e) dans le ministère de la Santé, traitant avec le secteur privé. Le plus souvent les ministères s'engagent avec le secteur privé en invitant des représentants sélectionnés à des forums spécifiques de coordination tels que des groupes de travail technique ou des revues conjointes du secteur de la santé, et parfois dans une qualité individuelle plutôt qu'en tant que représentants d'organisations.
- Dans la plupart des pays, il n'y avait pas de corps représentatif ou d'organisme-cadre qui pourrait formellement représenter le secteur en interaction avec le ministère de la Santé. Certains pays ont mis sur pied, ou sont dans le processus d'établissement d'une plateforme dédiée au dialogue avec le secteur privé. Ces plateformes ainsi que les MCP existants peuvent devenir un point d'entrée pour un engagement plus significatif avec le secteur privé.
- Les cadres légaux dans la plupart des pays permettent une pratique privée dans le domaine de la santé, mais plusieurs groupes témoins mentionnaient la faible capacité des ministères de la Santé à travailler avec le secteur privé, ainsi qu'une faible capacité à gérer et à renforcer les systèmes pour l'accréditation et l'assurance d'une qualité de service. Les systèmes d'information sanitaire dans la plupart des pays intègrent les activités du secteur privé seulement partiellement ou pas du tout, et le rapportage est généralement pauvre. Les systèmes de redevabilité pour le secteur privé étaient généralement vus comme insuffisants.
- Selon les participants des groupes témoins, le soutien technique et financier pour le secteur privé par les gouvernements et les partenaires au développement était très limité ou absent, bien que presque la moitié de tous les partenaires au développement (106/218) déclaraient que leur agence fournissait un soutien financier ou technique pour renforcer le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé.
- Les opportunités pour un engagement plus solide du secteur privé, mentionnées par les participants des groupes témoins, ont fait écho aux suggestions formulées par les gouvernements et les partenaires au développement. Elles incluaient la création d'une plateforme du secteur privé pour le dialogue avec le secteur public, le développement et l'adoption d'une stratégie de partenariat public-privé par le ministère de la santé et la création d'un groupe de travail technique du PPP, l'affiliation du secteur privé lucratif dans les mécanismes de coordination des pays pour les subventions du Fonds mondial, et la participation des organisations du secteur privé dans les revues conjointes du secteur de la santé.

ANNEXE 5. GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES UTILISÉS

Accord de partenariat de Busan	L'accord de partenariat de Busan expose les principes, engagements et actions qui sous-tendent une coopération efficace au service du développement international. Il s'agit d'un consensus qu'un grand nombre de gouvernements et d'organisations ont soutenu expressément. Il offre un cadre de dialogue et d'efforts continus pour améliorer l'efficacité de la coopération au développement. (OCDE)
Aide au secteur de la santé	Aide publique au développement (APD) contribuant au secteur de la santé. L'APD inclut toutes les transactions définies par les directives statistiques du CAD/OCDE, paragraphe 35, comprenant les transactions officielles qui ont pour objectif premier de promouvoir le développement économique et le bien-être des pays en développement, et qui sont concessionnelles de nature et comportent un élément don d'au moins 25%.
Aide au secteur de la santé inscrite dans le budget national du secteur de la santé	Inclut toute l'aide au secteur de la santé inscrite dans le budget annuel au titre des dons, des recettes ou des prêts.
Aide humanitaire pour la Santé	L'Aide humanitaire pour la Santé est une intervention visant à aider les gens qui sont victimes d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit à satisfaire à leurs besoins et droits de base en matière de santé. L'aide financière ou matérielle est affectée au secteur de la santé et peut consister dans une assistance directe, une assistance indirecte ou le soutien aux infrastructures. L'assistance humanitaire doit être fournie conformément aux principes humanitaires de base d'humanité, d'impartialité et de neutralité, tels que déclarés dans la Résolution de l'Assemblée générale 46/182.
Aide Publique au Développement	Dons et prêts concessionnels visant au développement et au bien-être, provenant du secteur public d'un pays donateur et destinés à un pays en développement ou à une agence multilatérale active dans le développement. L'APD inclut les coûts pour le donateur de l'aide par projet ou programme, de la coopération technique, de la remise de dette, de l'aide alimentaire et d'urgence, et les coûts administratifs associés. (OCDE/CAD)
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 se focalise sur la politique et les priorités budgétaires globales. (OCDE 2006)
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 se focalise sur des questions spécifiques à un secteur plutôt que sur la politique et les priorités budgétaires globales. (OCDE 2006) Certains partenaires au développement (par ex. la CE) ne distinguent plus entre le soutien direct et le soutien budgétaire sectoriel.
Budget annuel approuvé pour le secteur de la santé	Il s'agit du budget annuel tel qu'il a été approuvé à l'origine par la législature. Afin de soutenir la discipline et la crédibilité du processus de préparation du budget, les révisions subséquentes du budget annuel originel – même si approuvées par la législature – ne devraient pas être inscrites ici. En effet, c'est la crédibilité du budget approuvé originellement qui est importante à mesurer, or les révisions du budget annuel sont souvent rétroactives.
Cadre d'Évaluation de la Performance	Il constitue la base de la politique d'un gouvernement en matière de partage d'informations quant à la qualité et à la performance des services de santé vis-à-vis du public et des partenaires. Les cadres nationaux d'évaluation de la performance devraient être complets (c'est-à-dire couvrir tous les aspects de la performance du secteur de la santé). Un synonyme utilisé dans ce rapport est le cadre de résultats (sectoriels) du pays.
Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT)	Ensemble de principes généraux pour une budgétisation saine, qui sont mis en œuvre différemment dans des cadres institutionnels différents. Approche qui relie l'allocation des dépenses aux priorités politiques des gouvernements, en utilisant un processus de planification et de préparation du budget à moyen terme (c'est-à-dire sur un horizon de trois à cinq ans).
Coopération Sud-Sud (CSS)	La Coopération Sud-Sud (SSC) renvoie à un partenariat dans lequel au moins deux pays du Sud poursuivent leurs objectifs individuels et/ou de développement d'une capacité nationale ou institutionnelle partagée. Le facteur commun est que tous les accords seraient menés par les pays et fondés sur des échanges de connaissances, d'aptitudes ou de savoir-faire technique à travers des actions collectives et des partenariats inclusifs, impliquant des gouvernements, la société civile, des académies ou le secteur privé, pour le bénéfice individuel ou mutuel des pays impliqués.

Coopération triangulaire (TrC)	La Coopération triangulaire (CTr) renvoie à un partenariat avec la SSC tel que défini plus haut, qui est assisté par un partenaire au développement d'un des pays membres de l'OCDE/CAD, une économie émergente, une agence multilatérale, une fondation internationale ou une ONG internationale. L'assistance peut être fournie sous la forme d'un soutien financier, technique ou administratif.
Déclaration de Paris	La Déclaration de Paris, approuvée le 2 mars 2005, est un accord international auquel plus de 100 ministres, chefs d'agence et autres hauts responsables ont adhéré, engageant leurs pays et organisations à continuer d'augmenter les efforts en matière d'harmonisation, d'alignement et de gestion de l'aide en vue d'atteindre des résultats. Elle est accompagnée d'un ensemble d'actions et d'indicateurs pouvant être suivis. (OCDE)
Développement des capacités	Processus à travers lesquels les gens, les organisations et la société dans son ensemble libèrent, renforcent, créent, adaptent et maintiennent leurs capacités au cours du temps.
Efficacité de l'aide	Il s'agit de l'efficacité de l'aide au développement au regard de l'atteinte du développement économique ou humain (ou des objectifs de développement).
Évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (JANS)	L'évaluation conjointe est une approche partagée visant à apprécier les forces et faiblesses d'une stratégie nationale. Les partenaires de l'IHP+ ont développé un processus pour l'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (JANS) avec l'intention que l'évaluation JANS soit acceptée par des parties prenantes multiples, et puisse être utilisée comme base d'appuis techniques et financiers. Selon cette définition, un plan a été évalué conjointement si le processus JANS ou une appréciation similaire a été réalisé.
Évaluation des politiques et des institutions nationales (CPIA)	L'évaluation des politiques et des institutions nationales (CPIA) apprécie la qualité du cadre politique et institutionnel actuel d'un pays. La « qualité » réfère à la mesure dans laquelle ce cadre est propice pour favoriser la réduction de la pauvreté, la croissance durable et l'utilisation efficace de l'aide au développement. (Banque mondiale)
Évaluation mutuelle des progrès	Les évaluations mutuelles des progrès sont des exercices qui engagent, au niveau national, les hauts représentants tant des autorités du pays que des partenaires au développement, dans une revue de leur performance mutuelle. Ces revues devraient être conduites à travers un dialogue inclusif impliquant une vaste gamme de ministères du gouvernement (y compris les ministères de tutelle et les départements pertinents, aux niveaux central et local), les partenaires bilatéraux et multilatéraux, et les initiatives mondiales – ainsi que les parties prenantes non gouvernementales, y compris les parlementaires, le secteur privé et l'organisation de la société civile. Ces évaluations sont entreprises de façon régulière et peuvent être complétées par des revues indépendantes/impartiales. Les résultats complets de ces évaluations devraient être rendus publics en temps opportun, à travers des moyens appropriés pour assurer la transparence. Ces revues peuvent faire partie des revues annuelles conjointes (RAC) ou être des revues séparées de la performance mutuelle (ex : revues de la performance des pactes nationaux).
IHP+	Partenariat mondial qui met en œuvre les principes de l'efficacité de l'aide de Paris, Accra et Busan, en vue d'améliorer les services de santé et les résultats sanitaires, particulièrement pour les pauvres et les vulnérables.
Mécanisme de coordination du secteur de la santé	Organe regroupant diverses parties prenantes, qui se réunit régulièrement (souvent mensuellement ou trimestriellement) et qui constitue le principal forum de dialogue sur la politique et la planification du secteur de la santé.
Mécanisme de fonds commun	Un mécanisme de financement qui reçoit les contributions de plus d'un donateur, qui sont alors mises en commun et déboursées selon les instructions de la structure de prise de décision du fonds. (UNDG)
Mesures standards de performance	Indicateurs développés et approuvés par le groupe de travail de l'IHP+ sur la redevabilité mutuelle. Les mesures standards de performance ont été conçues pour suivre la mise en œuvre des engagements des partenaires au développement et des gouvernements des pays, tels qu'exposés dans le Pacte mondial de l'IHP+. Elles sont basées autant que possible sur la Déclaration de Paris et les indicateurs du GPEDC.
Mesures standards de performance	Indicateurs développés et approuvés par le groupe de travail de l'IHP+ sur la redevabilité mutuelle. Les mesures standards de performance ont été conçues pour suivre la mise en œuvre des engagements des partenaires au développement et des gouvernements des pays, tels qu'exposés dans le Pacte mondial de l'IHP+. Elles sont basées autant que possible sur la Déclaration de Paris et les indicateurs du GPEDC.
Organisation de la société civile (OSC)	Inclut les organisations non gouvernementales et confessionnelles nationales qui prestent des services de santé ou qui sont impliquées dans le plaidoyer du secteur de la santé ou dans le suivi des politiques et programmes nationaux de santé ; les fédérations ou organisations de réseau nationales représentant les organisations communautaires ou les ONG travaillant dans le domaine de la santé, y compris les organisations-cadres pour les groupes ayant des besoins de services spéciaux de santé ; et les institutions académiques nationales qui opèrent en tant que cellules de réflexion en matière de politique, les organisations indépendantes de recherche, ou les prestataires de services dans le secteur de la santé.

Pacte mondial de l'IHP+	L'IHP+ est ouvert à tous les pays et partenaires qui souhaitent signer les engagements du Pacte mondial. Le Pacte mondial de l'IHP+ définit des engagements selon les principes de Paris que sont l'appropriation, l'alignement sur les systèmes nationaux, l'harmonisation entre agences, la gestion axée sur les résultats et la redevabilité mutuelle.
Partenaire au développement	Inclut les donateurs bilatéraux et multilatéraux, par ex. les agences d'aide nationales et les organisations internationales, les fonds d'affectation spéciale, les fondations et les ONG internationales.
Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (GPEDC)	Le Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (GPEDC) a été établi comme un résultat direct de l'Accord de partenariat de Busan. Le Partenariat mondial aidera à assurer la redevabilité vis-à-vis de la mise en œuvre des engagements de Busan au niveau politique.
Parties prenantes du secteur privé	Inclut les syndicats et les associations professionnelles des travailleurs de la santé ; les associations dans le domaine de la santé publique ou d'autres associations thématiques de professionnels de la santé ; et des groupes d'intérêt privé organisés ou des organisations représentant, par exemple, l'assurance maladie, les hôpitaux privés, les cliniques privées / centres de santé ou l'industrie pharmaceutique dans le pays.
Passation de marchés publics	La passation de marchés est définie comme étant le processus général d'acquisition de biens, de travaux et de services, y compris les fonctions à partir de l'identification de besoins, la sollicitation et la sélection de sources, la préparation et l'attribution d'un contrat, et toutes les phases de l'administration du contrat jusqu'à la fin du contrat. La passation de marchés publics est la passation de marchés tombant sous la juridiction d'un gouvernement ou d'une autre organisation du secteur public, y compris toutes les entités qui utilisent des fonds publics.
Redevabilité mutuelle	Deux ou davantage de parties prenantes partagent des objectifs de développement, vis-à-vis desquels chacune peut légitimement revendiquer que l'autre est responsable, tandis que chacune peut devoir expliquer comment elle s'est acquittée de ses responsabilités, et être sanctionnée si elle fait défaut à ses obligations. (DFID)
Revue annuelle conjointe (RAC)	Une Revue annuelle conjointe (RAC) du secteur de la santé est un processus qui peut faire partie du suivi et de la planification de la mise en œuvre du plan stratégique de développement du secteur de la santé. La RAC permet d'identifier si le plan est sur la bonne voie et si les stratégies sont adéquates pour atteindre les résultats escomptés. Le terme « conjointe » réfère à la gamme des parties prenantes intéressées par la performance du secteur de la santé et participant à la revue.
Systèmes de gestion des finances publiques (GFP)	Le système de gestion des finances publiques (GFP) est le système de gestion des ressources financières du pays. Il comprend trois composantes axées sur la GFP : a) les procédures nationales d'exécution du budget ; b) les procédures nationales de rapportage financier ; et c) les procédures nationales d'audit. Les cadres législatifs requièrent normalement que des types déterminés de rapports financiers et de rapports d'audit soient produits, et définissent la périodicité de ces rapports. L'utilisation des procédures nationales de rapportage financier et/ou d'audit signifie que les donateurs (en principe) n'imposent pas d'exigences additionnelles aux gouvernements en matière de rapportage financier et/ou d'audit.

Remarque : Des définitions opérationnelles complémentaires peuvent être trouvées dans les annexes des lignes directrices de IHP+R, qui sont disponibles en ligne.



PRODUIT PAR :

hera

Laarstraat 43, 2840 Reet, Belgium

Tel. +32 38445930

www.hera.eu