

Le Partenariat
international pour la santé
et les initiatives apparentées

Rapport de l'Équipe de base

2013-2014





Table des matières

1. Environnement actuel	2
2. Aperçu des réalisations du IHP+ en 2013-2014	3
3. Action politique et organisationnelle	3
3.1 Action intensifiée sur les sept comportements	3
3.2 Engagement avec des initiatives mondiales apparentées	6
4. Approches et outils	7
4.1 Une plateforme nationale unique pour l'information et la redevabilité	7
4.2 La redevabilité mutuelle en matière d'engagements et de résultats	8
4.3 Le renforcement de l'alignement avec un plan unique au niveau national	10
4.4 L'harmonisation et l'alignement de la gestion financière et des systèmes de passation de marché	12
4.5 L'engagement des OSC dans les plans nationaux pour la santé et les processus de redevabilité	13
4.6 L'aide technique et la coopération Sud-Sud et triangulaire	14
4.7 Les subventions aux pays	16
5. Gestion et communication	17
5.1 Révision des modalités de gouvernance du IHP+	17
5.2 Communications au sein du IHP+ et avec l'extérieur	19
6. Finances du IHP+	20
7. Perspectives d'avenir	21
Annexe 1 : Liste des partenaires du IHP+ - Mai 2014	22
Annexe 2 : Membres du Comité directeur du IHP+ - Mai 2014	23
Annexe 3 : Réunions d'information du IHP+ sur l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé en 2013-14	24



1. Environnement actuel

L'amélioration des résultats de santé pour la population représente l'objectif primordial de tous les acteurs du secteur de la santé : citoyens, gouvernements et partenaires du développement. Les partenaires du IHP+ estiment que, pour atteindre cet objectif de la manière la plus efficace, il faut aligner le soutien apporté à des stratégies nationales de santé de qualité, et qu'une réussite durable passe par le renforcement des systèmes nationaux et l'alignement avec ceux-ci. Grâce aux Déclarations de Paris, d'Accra et de Busan, cet avis est partagé par la quasi-majorité des acteurs du développement. Il n'en reste pas moins que la mise en pratique est plus difficile.

Les tendances déjà constatées en matière d'aide au développement se sont confirmées en 2013-14. L'aide au développement en faveur de la santé (ADS), sous sa forme traditionnelle, n'a augmenté que lentement depuis 2010, et les engagements – promesses d'aide en faveur de la santé pour l'avenir – sont en baisse depuis 2009. Les économies émergentes (BRICS et autres) pèsent désormais davantage dans les discussions sur les politiques menées au niveau mondial et sont désormais elles-mêmes bailleurs de fonds. De nombreuses économies à faible revenu sont en passe de devenir des économies à revenu intermédiaire, et par conséquent moins dépendantes de l'ADS. Toutefois, l'ADS est toujours importante dans la moitié des pays partenaires du IHP+, pour qui au moins 20% des dépenses totales de santé proviennent de sources externes. Des progrès ont beau avoir été réalisés et avoir permis d'avancer dans le programme d'efficacité de l'aide, des défis majeurs persistent.

Dans la santé, les acteurs du développement, publics et privés, nationaux et internationaux, sont toujours plus nombreux. De nouvelles initiatives mondiales voient le jour à mesure que se rapproche l'échéance de 2015 pour les OMD ; les nombreuses initiatives du Fonds pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (RMNCH) illustrent bien cette tendance. Certaines institutions internationales de financement de la santé, le Fonds Mondial par exemple, ont désormais mis en place de nouveaux fonds et de nouveaux instruments de financement. Le IHP+, quant à lui, a connu des changements en 2013, ayant débouché sur la création de son nouvel organe de supervision, le Comité directeur.

En ce qui concerne l'après-2015, les négociations portant sur les Objectifs de développement durable (ODD) se sont intensifiées. Il y aura un seul objectif de santé. Les ODD définiront **ce qui** devra être réalisé. De leur côté, les principes de la coopération au développement convenus à Busan définissent **comment** concrétiser les objectifs. Dans le secteur de la santé, il importe toujours autant que les gouvernements des pays établissent des priorités sur lesquelles les partenaires multiples du développement puissent s'aligner (en bref, une stratégie unique de santé).

Encadré 1. Les partenaires du IHP+ de 2007 à 2014

Partenaires du IHP+	Septembre 2007	Mai 2014
Pays à faible revenu	8	35
Bailleurs de fonds bilatéraux	8	15
Organisations et fondations internationales	11	13
Total	27	63

Les nouveaux partenaires, depuis le rapport de l'Équipe de base 2012/13, sont : l'Afghanistan, le Myanmar, le Danemark, Haïti, le Luxembourg et USAID.

2. Aperçu des réalisations du IHP+ en 2013-2014

Les principales avancées dans le travail du IHP+ pour l'année qui vient de s'écouler sont les suivantes :

- Les responsables de toutes les grandes agences internationales de santé se sont engagés à intensifier leur action sur sept comportements critiques. Ces comportements reflètent les principes du IHP+.
- Quatre des sept comportements ont été identifiés comme devant faire l'objet de priorités dans quatre pays : inscription de l'aide dans le budget ; la gestion financière ; les plateformes pour l'information et la redevabilité ; l'aide technique.
- Les responsables d'agences ont convenu de réduire considérablement les exigences internationales en matière d'établissement de rapports dans le secteur de la santé.
- Le IHP+ a lancé le Groupe de travail sur la gestion financière.
- Un examen de la coopération Sud-Sud et triangulaire dans la santé, commandé par le IHP+, a conclu que les initiatives existantes sont méconnues et que l'expérience n'est pas suffisamment partagée entre les pays et entre les partenaires du développement ; il a également permis de constater des différences régionales importantes en matière d'expérience.
- L'examen du programme de subventions à des organisations de la société civile du Fonds d'action pour une politique de santé (Health Policy Action Fund – HPAF), soutenu par le IHP+, a conclu que les subventions avaient renforcé l'engagement de la société civile dans les processus nationaux de définition des politiques de santé.
- Les outils et guides du IHP+ relatifs aux JANS et aux pactes ont été actualisés.
- Le IHP+ a introduit de nouvelles modalités de gouvernance et de supervision surveillance, notamment le Comité directeur et le Groupe de référence.

3. Action politique et organisationnelle

3.1 Action intensifiée sur les sept comportements

Le message clé ressorti de la Réunion des équipes pays chargées de la santé en décembre 2012 était le suivant : s'il est vrai que la mise en pratique des principes convenus à l'échelle mondiale en faveur d'une coopération au développement efficace progresse, elle est toutefois plus lente que prévue. On constate notamment que, globalement, les pays sont allés plus loin dans cette mise en pratique que les agences du développement.

En mai 2013, une approche à double voie a été adoptée pour répondre au problème. Elle prévoyait une action intensifiée afin d'améliorer la performance sur sept comportements jugés indispensables à une coopération au développement efficace 1) dans les pays et 2) dans les agences de développement. Cet effort collectif devrait déboucher sur des résultats plus rapides et durables. L'engagement en faveur de l'action étant généralisé et bien ancré, il convient alors d'essayer de mieux comprendre pourquoi le changement ne se produit pas. Les ministres de plusieurs pays se sont déclarés prêts à prôner activement cette approche, de même que les responsables des agences internationales de santé.



Les sept comportements

1. Un accord est obtenu sur les priorités telles que reflétées dans le plan national unique de développement sanitaire éventuellement soutenu par des plans sous sectoriels, à travers un processus inclusif d'élaboration et d'évaluation conjointe, garantissant une réduction des exercices programmatiques spécifiques.
2. Les apports en ressources sont rapportés dans le budget et concordent avec les priorités nationales.
3. Les systèmes de gestion des finance sont harmonisés et alignés ; le renforcement des capacités est terminé ou en cours ; les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.
4. Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; les systèmes parallèles sont éliminés ; les systèmes nationaux sont renforcés, mettant l'accent sur le meilleur rapport qualité-prix, et utilisés. L'appropriation nationale peut comprendre le fait de bénéficier d'un approvisionnement au niveau mondial.
5. Le suivi conjoint de la mise en œuvre et des résultats repose sur une plate-forme unique de suivi et d'évaluation et de redevabilité, (y compris les examens annuels conjoints), laquelle définit les activités qui sont ensuite mises en œuvre et renforce la redevabilité mutuelle.
6. Les opportunités pour un apprentissage systématique entre les pays sont développées et appuyées par les agences (Sud-Sud/coopération/ triangulaire).
7. La fourniture d'une aide technique planifiée de façon stratégique et bien coordonnée.

Progrès accomplis en 2013-2014

Examen des pays et actions engagées¹

Cette année, le IHP+ a facilité des examens rapides de la coopération au développement dans le secteur de la santé pour quatre pays : le Sénégal, le Myanmar, la Sierra Leone et le Burundi². Les sept comportements ont servi de cadre pour faciliter des discussions stratégiques sur les difficultés actuelles. Des mesures prioritaires ont été identifiées comme devant être mises en place dans les 18 mois suivants, au sein même des pays, mais aussi parfois par les agences à l'échelon mondial. En Haïti, nouveau signataire, les sept comportements ont permis de cibler certains domaines prioritaires qui permettront de commencer à améliorer l'efficacité de l'aide.

Les missions ont contribué à mettre les défis de la coopération au développement clairement sur la table, à la fois pour les gouvernements et les partenaires du développement. Elles ont forcé les bureaux locaux des agences à réexaminer leur engagement dans des domaines spécifiques, et ont parfois permis aux agences de repenser les choses et d'envisager la nécessité d'adapter leurs moyens de travailler aux circonstances changeantes d'un pays. Les examens ont permis jusqu'ici de mettre en lumière quatre domaines prioritaires, dans lesquels des progrès sont souhaitables et considérés comme tout à fait réalisables :

- Inscrire dans le budget une part plus importante des ressources
- Appuyer et utiliser des systèmes nationaux plus solides pour la gestion financière
- Une seule plateforme pour l'information et la redevabilité
- Mieux coordonner l'aide technique.

¹ Cadre pour engager le processus dans les pays "accélérés" (en anglais)

² Rapport du Sénégal (en anglais) ; Rapport du Myanmar (en anglais) ; Rapport de la Sierra Leone (en anglais) ;

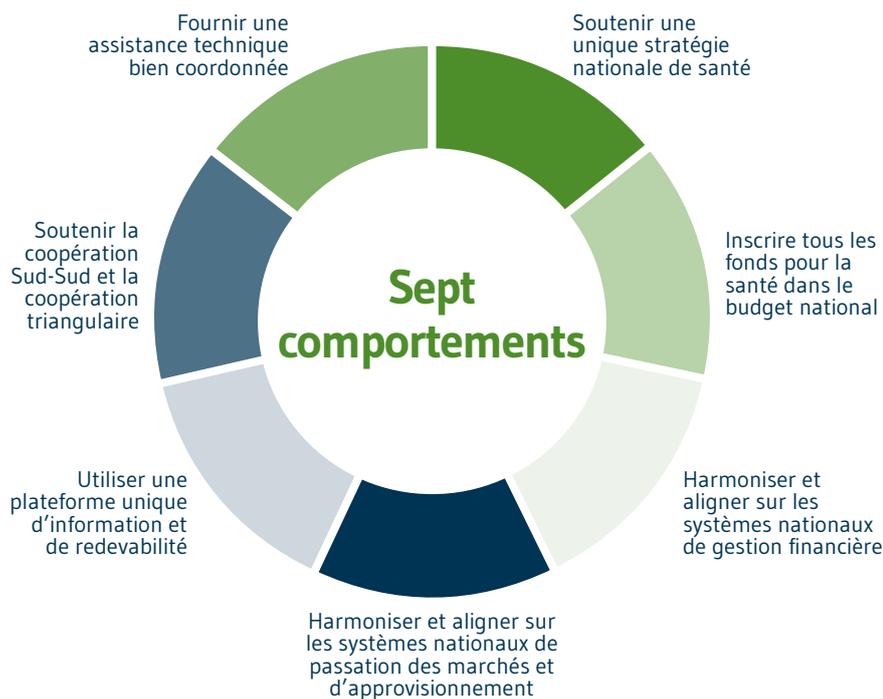
L'harmonisation et l'alignement avec les systèmes nationaux de passation de marchés ont été identifiés comme représentant un problème majeur, mais difficile à régler. Les examens rapides ont permis de catalyser un certain nombre de mesures spécifiques au niveau local, mais ont eu plus de mal à influencer l'action au niveau du siège des agences.

Examen des agences et actions engagées sur les sept comportements³

Certaines agences ont organisé des discussions sur le thème des sept comportements, mais jusqu'à aujourd'hui ces discussions restent limitées. L'encadré 2 à la page suivante décrit l'exemple de l'Alliance GAVI.

On constate que des progrès ont été réalisés par les agences en particulier dans l'un des sept comportements, et ce grâce à une action collective massive: l'amélioration du suivi des progrès et des résultats, reposant sur une plateforme unique pour l'information et la redevabilité. Les responsables des agences de santé mondiale ont accepté en septembre 2013 de procéder à un examen critique de leurs exigences en matière d'établissement de rapports, l'objectif étant de réduire la charge imposée aux pays. Suite à l'évaluation rapide de la charge que représentaient les exigences en matière d'établissement de rapports dans le cadre du suivi des politiques de santé,⁴ menée par un Groupe de travail dirigé par le directeur-général de l'OMS, il a été recommandé de réduire le nombre actuel d'indicateurs pour les faire passer de 600 à 300. Il a également été recommandé d'utiliser des plateformes communes, pilotées par les pays, pour mesurer les résultats et la redevabilité, conformément à ce qu'avait préconisé le IHP+, et également de trouver des moyens pratiques pour aligner les cycles d'établissement de rapports. En 2014, le travail se poursuivra pour finaliser les principaux indicateurs mondiaux et mettre en œuvre les autres recommandations incluses dans le rapport (voir le paragraphe 4.1).

À l'avenir, il faudra tenir compte du fait que la principale difficulté pour les pays et les agences aura été de maintenir une impulsion afin accélérer l'action. En janvier 2014, lors de la première réunion du Comité directeur du IHP+, il a été convenu que l'approche à double voie était appropriée et devait être poursuivie, avec quelques modifications cependant. Le fait que les responsables de la santé mondiale aient choisi de se concentrer, avec succès, sur un thème en particulier nous laisse penser que cette approche pourra être adoptée afin de progresser sur d'autres comportements à l'échelle mondiale.



³ Cadre pour engager le processus de mise en œuvre du changement par les partenaires internationaux du développement (en anglais)

⁴ Examen rapide de la charge que représentent les indicateurs et les exigences en matière d'établissement de rapports dans le suivi en matière de santé (en anglais)



Encadré 2 : GAVI : comment l'Alliance a utilisé les "sept comportements"

L'Alliance GAVI a utilisé les sept comportements de la coopération au développement pour évaluer et améliorer son travail en tant que partenaire du développement. Le IHP+ s'est entretenu avec Hind Khatib-Otman, directeur général des programmes nationaux, pour savoir comment GAVI a utilisé cette approche, ce qu'elle a changé, et quels sont les défis qui restent encore à relever.

« Après la réunion de Nairobi en 2012, l'Alliance GAVI s'est penchée sur les sept comportements. Nous nous sommes demandé ce qu'ils pouvaient nous apprendre. Nous avons réalisé un exercice complet. Un comité a supervisé la mise à jour de nos directives et sur une période de deux mois, nous avons examiné chacun des sept comportements et exploré différentes façons de les intégrer au nouveau modèle.

Les sept comportements font partie intégrante des nouvelles directives de GAVI concernant le financement. Ces directives sont publiées partiellement cette année et dans leur intégralité l'an prochain. Nous avons radicalement changé de perspective dans la mesure où notre point de départ n'est plus les vaccins, mais les pays. Nous avons modifié la manière dont nous établissons nos rapports, mais aussi notre gestion financière, notre gestion de l'information et notre manière de communiquer. Nous n'excellons pas dans chacun des sept comportements, mais de manière générale, nous progressons vers une harmonisation et un alignement plus robustes. »

[Lire tout l'entretien ici.](#)

3.2 Engagement avec des initiatives mondiales apparentées

Il est fait mention, ailleurs dans ce rapport, du travail de collaboration engagé avec des initiatives mondiales sur certaines questions spécifiques. Ce paragraphe résume l'engagement auprès de deux initiatives particulières :

Le Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (Global Partnership for Effective Development Cooperation - GPEDC)

Pendant le 4^{ème} cycle de suivi IHP+ sur la coopération efficace au service du développement dans le secteur de la santé, le IHP+ a établi une collaboration active avec le GPEDC. Le IHP+ a également organisé une session conjointe lors du premier forum de haut niveau du GPEDC au Mexique, intitulée « *Turning development cooperation principles into results: experiences from education, health and WASH, and implications for the post 2015 agenda* » (*Traduire les principes de la coopération au développement en résultats concrets : les expériences dans les secteurs de l'éducation, la santé, et WASH, et les implications pour l'après-2015* »). Ont aussi participé à cette session le Partenariat mondial pour l'éducation et le partenariat WASH⁵.

Les principales conclusions de la session étaient les suivantes :

- Au-delà de 2015, les partenariats seront toujours aussi importants car aucun gouvernement ne peut assurer le travail seul. Les principes de Busan seront plus pertinents que jamais, notamment dans la mesure où ils priorisent l'appropriation, l'inclusion, les résultats et la redevabilité.
- Les partenariats devront s'adapter, pour tenir compte de leurs nouveaux partenaires : la société civile et le secteur privé sont des moteurs de croissance fondamentaux ; il faut également davantage mobiliser les jeunes. Les agences internationales de développement, y compris les Nations Unies, doivent être à l'écoute et être capables de changer afin de rester pertinentes.
- Certains résultats sont partagés dans les domaines de l'éducation, de la santé et des programmes WASH. Il faudra continuer, après 2015, à tirer parti des synergies qui existent entre les trois secteurs, et à éliminer le fractionnement.

Initiatives apparentées aux OMD 4 et 5

Le IHP+ a participé à une session de la Réunion des parties prenantes : Redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant ; cette session était consacrée aux plateformes pour l'information et la redevabilité. Un point a été fait sur les pactes nationaux, à l'intention du Rapport 2014 sur les progrès réalisés en matière de redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Des débats ont eu lieu avec le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PNMCH) sur les approches qui permettraient d'appuyer l'engagement de la société civile du sud dans les processus nationaux en matière de politiques. L'Équipe de base du IHP+ est un observateur dans le Comité directeur du Fonds pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (RMNCH) et a pu ainsi partager des informations concernant la stratégie de mobilisation des pays du RMNCH.

4. Approches et outils

4.1 Une plateforme nationale unique pour l'information et la redevabilité

Le IHP+ encourage le recours à des plateformes communes pour assurer le suivi de la mise en œuvre des stratégies nationales de santé. Il préconise d'une part des investissements conjoints dans ces plateformes pour améliorer l'exhaustivité, la qualité et l'utilisation des données nationales, et d'autre part une simplification des exigences internationales en matière d'établissement de rapports. Ceci est reflété dans le cinquième des sept comportements, énoncé ci-après :

Comportement 5 : Le suivi conjoint de la mise en œuvre et des résultats repose sur une plateforme unique pour l'information et la redevabilité, y compris des examens annuels conjoints qui définissent les mesures à mettre en œuvre et renforcent la redevabilité mutuelle.

Progrès accomplis en 2013-14

Il s'agissait là d'une priorité du IHP+ pour 2013-14. De nombreuses initiatives disposent de leurs propres mécanismes pour l'établissement de rapports et la redevabilité, ce qui représente une charge considérable pour les gouvernements des pays. Comme on l'a déjà noté au paragraphe 3.1, une évaluation rapide des exigences imposées par les agences en matière d'établissement de rapports, menée début 2014, a conclu que :

- Les exigences internationales en matière d'établissement de rapports peuvent facilement faire augmenter de 40 à 50% le nombre d'indicateurs dans les plans nationaux de suivi et d'évaluation. Les pays doivent par ailleurs faire face à des indicateurs, des périodicités et des formats tous aussi différents les uns des autres.
- Dans de nombreux pays, l'alignement des indicateurs pour suivre les progrès réalisés, au niveau des plans stratégiques sectoriels nationaux et des plans de gestion des programmes, est médiocre.
- Les investissements dans les systèmes de suivi et d'évaluation des pays sont souvent fragmentés et peu efficaces.

Le Comité directeur du IHP+ a participé à une session de la Réunion des parties prenantes : Redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant en janvier 2014 ; la session a clairement conclu qu'il était avantageux d'investir conjointement, à grande échelle, dans des plateformes nationales pour l'information.



Dialogue et action au niveau mondial

En avril 2014, les responsables des agences mondiales pour la santé ont examiné les recommandations du rapport qui a suivi l'évaluation rapide, ainsi que le projet de rapport sur les Indicateurs de base internationaux permettant de mesurer les résultats en matière de santé. Ils ont convenu des étapes suivantes :

- Finaliser les indicateurs de base internationaux d'ici septembre 2014.
- Organiser, début 2015, un sommet sur le thème de la mesure des résultats de santé pour l'après-2015, conjointement avec l'USAID, l'OMS et la Banque mondiale.
- Utiliser la plateforme du IHP+, par le biais du Groupe de travail technique sur le suivi et l'évaluation qui comprend les pays et la société civile, dans l'optique de faire avancer d'autres aspects du programme.

Action au niveau des pays

Les recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant ont permis d'accélérer les efforts en vue de renforcer la redevabilité en matière de ressources et de résultats. En s'inspirant du cadre commun du IHP+ pour le suivi, l'évaluation et l'examen des stratégies nationales de santé, plus de 60 pays ont désormais élaboré des Cadres nationaux pour la redevabilité, centrés notamment sur la santé de la femme et de l'enfant.

Le IHP+ a publié en 2013, un examen de l'expérience acquise avec les Revues Annuelles Conjointes. Ceux-ci permettront de développer des directives concernant la manière de réaliser les Revues Annuelles Conjointes en 2014. Le Groupe de travail technique du IHP+ sur le suivi et l'évaluation explorera des moyens de faire des progrès plus rapide dans la mise en œuvre des plateformes uniques, pilotées par les pays, pour assurer le suivi des résultats.

4.2 La redevabilité mutuelle en matière d'engagements et de résultats

Travailler ensemble afin de créer des systèmes de santé plus solides implique la reddition mutuelle de comptes sur les engagements pris et les résultats obtenus. Ceci a toujours été une priorité du IHP+ depuis sa création. Jusqu'à aujourd'hui, il y a eu trois cycles de suivi des progrès réalisés par les gouvernements des pays et les partenaires du développement au regard des engagements pris à leur signature du Pacte mondial IHP+ ; le dernier cycle de suivi date de 2012. Tous les signataires se sont entendus en décembre 2012 sur l'approche à adopter à l'avenir pour assurer le suivi de ces engagements via le IHP+.

L'accord prévoit notamment de :

- cibler six aspects, plutôt que douze, afin de réduire la charge en matière d'établissement de rapports
- intégrer l'exercice dans les processus de suivi et de redevabilité au niveau même des pays
- établir des liens étroits avec le suivi du Partenariat mondial pour une coopération au développement efficace (GPEDC)
- continuer à produire un rapport mondial périodique sur les progrès accomplis.

Progrès accomplis en 2013-14

Le Groupe de travail du IHP+ sur la redevabilité mutuelle a défini des indicateurs pour les six aspects susmentionnés (voir encadré 4). Un travail particulier a notamment été engagé pour adapter l'indicateur concernant la société civile. L'approche adoptée pour le 4^{ème} cycle de suivi du IHP+Results est calquée sur celle adoptée pour le suivi du GPEDC, et sera davantage pilotée par les gouvernements des pays. Suite à une procédure d'appel d'offres, le contrat pour appuyer le 4^{ème} cycle de suivi a été octroyé début 2014 à un consortium dirigé par HERA et incluant ITAD, Development Initiatives et CHESTRAD. Le consortium, baptisé IHP+ Results⁶, aura pour mission d'aider les pays à mettre en place des systèmes visant à renforcer la redevabilité mutuelle, mais aussi de rédiger un rapport mondial qui sera présenté fin 2014 à la Réunion des équipes pays chargées de la santé du IHP+.

Vingt-cinq pays ont accepté de participer au cycle de suivi 2014 (voir encadré 3), et on prévoit que la plupart des partenaires du développement participeront aux processus mis en place au niveau des pays où ils opèrent. On peut en déduire que les pays portent un intérêt certain et croissant au renforcement de la redevabilité mutuelle en matière de résultats.

Encadré 3. Pays participant au 4^{ème} cycle de suivi

Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, République Démocratique du Congo, Salvador, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Mali, Mauritanie, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Togo, Ouganda et Vietnam.

Encadré 4: Six aspects dont les progrès seront suivis

- La coopération au développement en matière de santé est centrée sur des résultats qui sont en phase avec les priorités des pays en développement
- La société civile opère dans un environnement qui lui permet de maximiser son engagement et sa contribution au développement de la santé
- La coopération au développement dans le secteur de la santé est plus prévisible
- L'aide en matière de santé est en concordance avec le budget
- La redevabilité mutuelle parmi les acteurs de la coopération au développement dans le secteur de la santé est renforcée grâce à des examens inclusifs
- Les systèmes des pays en développement sont renforcés et utilisés.

⁶ Le consortium précédent s'appelait également IHP+ Results, mais avait des partenaires différents.



4.3 Le renforcement de l'alignement avec un plan unique au niveau national

L'alignement avec une stratégie unique de santé au niveau national est au cœur du travail du IHP+. Il est reflété dans les deux premiers des sept comportements :

Comportement 1: Les priorités doivent être reflétées dans une stratégie nationale unique pour la santé et sous-tendre les stratégies sous-sectorielles, par le biais d'un processus de développement inclusif et d'évaluations conjointes, et d'un nombre réduit d'exercices indépendants.

Comportement 2 : Les apports en ressources sont rapportés dans le budget et concordent avec les priorités nationales.

Il existe deux outils, ou approches, qui favorisent un plus grand alignement avec des stratégies nationales de santé solides, et qui sont depuis longtemps mis en avant par le IHP+ : les JANS et les pactes nationaux.

JANS (évaluation conjointe des stratégies nationales)

L'approche JANS a été conçue pour aider les pays et leurs partenaires du développement à améliorer les stratégies nationales de santé, à renforcer la confiance en ces documents et à réduire les coûts de transaction liés à la multiplicité des évaluations. JANS est un outil désormais bien consolidé ainsi qu'un bien public mondial qui continue d'être utilisé par les pays de manière à la fois formelle et informelle.

Encadré 5 : Qu'est-ce que JANS ?

L'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé, ou JANS, consiste en une approche partagée de l'évaluation des points forts et des points faibles d'une stratégie nationale de santé ou d'un plan, en s'appuyant sur des attributs fixés d'un commun accord. Les pays utilisent les JANS principalement pour :

- a) renforcer la qualité et la pertinence des stratégies nationales de santé
- b) renforcer la confiance en la stratégie et contribuer à éclairer les décisions de financement, en veillant à ce que ce dernier soit bien aligné sur la stratégie nationale de santé
- c) réduire les coûts de transaction au niveau national et diminuer le nombre de processus d'évaluation et d'examen menés par les différentes agences.

Progrès accomplis en 2013-14

Comme JANS est un outil librement disponible, il n'existe pas de données complètes concernant son utilisation dans les pays. Le Mozambique, par exemple, s'est servi de JANS pour examiner sa nouvelle stratégie sectorielle sur cinq ans, et l'outil a également été utilisé pour un certain nombre de sous-secteurs. Notamment, il a servi récemment pour examiner les stratégies concernant le VIH /SIDA et le paludisme au Rwanda.

Le Soudan a documenté les enseignements tirés de son usage de l'outil JANS en 2013⁷, et cela a permis de souligner l'importance de l'alignement des stratégies et plans des principaux programmes techniques avec l'ensemble de la stratégie nationale. On a appelé cette approche « JANS unique », et on a conclu que l'idée d'une « JANS unique » semble logique et qu'elle est réalisable. Cette approche a permis à de nombreux responsables de réaliser à quel point les programmes verticaux avaient créé des systèmes parallèles pour des activités telles que la formation, l'approvisionnement, la supervision et le suivi. En revanche, elle ne pourra pas entièrement remplacer les examens complets des stratégies programmatiques, qui eux permettent d'entrer dans les détails techniques.

Suite à une analyse des besoins des parties prenantes en matière de JANS⁸, le IHP+ a actualisé deux documents en août 2013 : le guide détaillé JANS (l'outil JANS lui-même reste inchangé depuis 2011), et le document de travail détaillant les différentes options possible pour mener une JANS⁹. Le IHP+ a également élaboré une liste de contrôle¹⁰ qui fournit aux personnes impliquées dans l'organisation d'une JANS et aux chefs d'équipes JANS un mécanisme visant à garantir la qualité du processus JANS et de ses résultats. La liste de contrôle souligne les questions qui devront être abordées à chaque étape sans pour autant répéter les points déjà traités dans l'outil JANS.

Pactes

Les Pactes nationaux et les accords de partenariat du même genre visent à définir le rôle des gouvernements, des partenaires du développement et des partenaires d'exécution dans l'amélioration des systèmes de santé et la réalisation de meilleurs résultats en matière de santé, par le biais d'une utilisation plus efficace des ressources. Ils décrivent comment les ressources extérieures et intérieures pour le secteur de la santé seront coordonnées et gérées pour mieux appuyer les priorités de la stratégie nationale pour la santé. Ils ne sont pas juridiquement contraignants mais ont la force morale d'un accord négocié.

Progrès accomplis en 2013 – 14

Aujourd'hui, 22 pays du IHP+ ont ratifié un pacte national. Ces pays ont chacun leur histoire en termes de coordination de l'aide au développement pour la santé : certains ont préservé des accords existants, d'autres les ont actualisés. D'autres encore ont développé un pacte pour la toute première fois. Depuis janvier 2013, trois nouveaux pays du IHP+ ont ratifié un pacte : le Burkina Faso, le Cap-Vert et le Sénégal. La Zambie et le Vietnam ont quant à eux actualisé des accords de partenariat existants et le Bénin s'apprête à faire la même chose. Suite à l'examen de l'expérience acquise avec les pactes nationaux en 2012, la note d'orientation sur « L'élaboration d'un pacte national » a été actualisée en septembre 2013¹¹.

7 Enseignements recueillis de la JANS sur la stratégie nationale de santé au Soudan (en anglais)

8 JANS : un examen des besoins des parties prenantes

9 Options possibles pour mener une JANS, version 2, 2013

10 Liste de contrôle pour garantir la qualité du processus JANS 2013

11 Note d'orientation pour élaborer un pacte national, mise à jour en 2013



4.4 L'harmonisation et l'alignement de la gestion financière et des systèmes de passation de marché

La gestion financière et la passation de marchés figurent dans deux des sept comportements :

Comportement 3 : Les systèmes de gestion financière sont harmonisés et alignés ; le renforcement nécessaire des capacités est terminé ou en cours, et les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.

Comportement 4 : Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés, les systèmes parallèles sont éliminés, les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés en mettant l'accent sur le meilleur rapport qualité-prix. L'appropriation nationale peut comprendre le fait de bénéficier d'un approvisionnement au niveau mondial.

Harmonisation et alignement de la gestion financière

Dans les pays en développement, une gestion financière solide est indispensable pour garantir l'utilisation efficace des ressources. Le IHP+ prône des évaluations conjointes de la gestion financière des systèmes nationaux ; grâce à ces évaluations, on peut identifier ce qui doit être renforcé pour permettre aux partenaires d'utiliser les systèmes de gestion financière du pays. Ceci améliorerait l'efficacité et la redevabilité non seulement dans l'utilisation des financements des bailleurs de fonds mais aussi dans le suivi du financement intérieur au sens plus large.

Progrès accomplis en 2013-14

Le IHP+ se penche sur les questions de gestion financière depuis plusieurs années, mais son travail s'est accéléré en octobre 2013 lorsqu'un expert de la Banque mondiale est venu renforcer l'Équipe de base. En janvier 2014, le Comité directeur du IHP+ a identifié l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière comme étant des priorités du IHP+. Il a par la suite approuvé le mandat du Groupe de travail technique du IHP+ sur la gestion financière (FMTWG), qui est devenu opérationnel en juin, présidé par un responsable sectoriel en gestion financière de la Banque mondiale (Renaud Seligmann). Le Groupe de travail du IHP+ sur la gestion financière devrait permettre de :

- documenter les obstacles à l'harmonisation et à l'alignement de la gestion financière chez les bailleurs de fonds, mais aussi les meilleures pratiques en matière d'harmonisation et d'alignement, et les effets de l'harmonisation et de l'alignement de la gestion financière sur l'amélioration des résultats dans le secteur de la santé
- définir des principes IHP+ pour l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière
- faciliter le soutien aux pays en matière d'harmonisation et d'alignement de la gestion financière
- simplifier la communication sur ce que signifie « harmonisation et alignement de la gestion financière ».

L'expérience de la Sierra Leone illustre les progrès récemment accomplis au niveau du pays, et permet de tirer certains enseignements. Depuis l'évaluation conjointe de la gestion financière de 2012 appuyée par le IHP+, la Sierra Leone continue de faire des progrès réguliers dans son travail d'harmonisation et d'alignement de la gestion financière dans le secteur de la santé ; le pays reçoit le soutien régulier du IHP+ sur tout le processus. En novembre 2013, une contribution importante a été apportée par une mission du IHP+, partie intégrante de l'examen rapide des sept comportements. La mission s'est penchée sur la question de la gestion financière, notamment du soutien à un atelier multi-partenaires pour chercher ensemble des moyens de renforcer la gestion financière, et sur la création d'une Unité de gestion intégrée des projets de santé (IHPAU).

Encadré 6 : Enseignements tirés du cas de la Sierra Leone

Les enseignements tirés de l'expérience en Sierra Leone comprennent :

- le leadership au niveau du pays est important. En Sierra Leone, le leadership du ministère de la Santé et de l'Assainissement ainsi que la forte implication du ministère des Finances et du Bureau du vérificateur et du trésorier général ont joué un rôle important.
- L'équipe dédiée à la gestion financière a été renforcée par une représentation du gouvernement et des partenaires du développement.
- La facilitation était pour ainsi dire « neutre », ce qui a permis au processus de mieux fonctionner. Dans ce cas précis, des experts en gestion financière du IHP+ ont joué le rôle de facilitateurs.

Harmonisation et alignement des systèmes de passation de marchés

Lors des examens rapides des sept comportements dans quatre pays, l'harmonisation et l'alignement avec les systèmes nationaux de passation de marchés a été identifié comme un domaine dans lequel les pays souhaitent voir davantage de progrès. C'est par ailleurs un domaine où il est difficile de définir un rôle clair pour le IHP+.

En janvier, le Comité directeur du IHP+ a décidé d'avoir de nouvelles discussions sur la valeur ajoutée qu'apporte le IHP+ en préconisant des évaluations collectives des agences de passation de marchés, par le biais de l'outil MQAS (Model Quality Assurance System), adopté par de nombreuses agences. L'Équipe de base assurera le suivi de cette initiative.

4.5 L'engagement des OSC dans les plans nationaux pour la santé et les processus de redevabilité

Le Pacte mondial du IHP+ fait mention explicite du rôle important de la société civile dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans nationaux pour la santé, mais aussi dans le suivi de la redevabilité des partenaires.

Progrès accomplis en 2013/14

L'action des OSC au niveau des pays

L'action a été en partie soutenue par le Programme de petites subventions du Fonds d'action pour une politique de santé (HAPAF). En 2009, le IHP+ a lancé ce programme afin de renforcer l'engagement de la société civile dans les politiques nationales de santé, le suivi et la redevabilité. Le HAPAF était géré par Oxfam, et deux cycles de subventions ont eu lieu : treize bénéficiaires issus de 10 pays du IHP+ en 2010, et dix bénéficiaires issus de 8 pays du IHP+ en 2012. Au total, sur quatre ans, le IHP+ a alloué 1 million de dollars US au Fonds.

Fin 2013, Dalberg Consulting a procédé à un examen du HAPAF¹². Les conclusions principales de l'examen ont été les suivantes :

- Le HAPAF a joué un rôle à la fois unique et positif pour mobiliser les OSC à s'engager dans les politiques nationales de santé, et les processus de suivi et de redevabilité. Il existe très peu de sources alternatives de financement pour les types d'activités financées par le HAPAF.

¹² lire le rapport ici (en anglais)



- Le HPAF a permis aux bénéficiaires de participer au dialogue sur les politiques de santé, notamment en s'appuyant sur leur capacité à rassembler différentes parties prenantes autour de la table.
- L'impact pourrait être plus grand si le soutien du IHP+ n'était pas seulement financier : le renforcement des capacités est important pour les bénéficiaires et pour les coalitions au sein desquelles ils travaillent. Il y a bien eu un renforcement des capacités, sous forme de partage et d'apprentissage, mais ce n'était pas la priorité ici.

L'examen a proposé de prochaines étapes qui feront l'objet de discussions lors de la réunion du Comité directeur en juin 2014.

Mesurer l'engagement de la société civile dans les processus d'élaboration des politiques nationales de santé

En préparation au 4^{ème} cycle de suivi du IHP+, l'indicateur existant portant sur la société civile, ainsi que des alternatives, ont été examinés par le Groupe de travail sur la redevabilité mutuelle. Le groupe a conclu que, à condition d'y apporter une modification, l'indicateur existant devrait être à nouveau utilisé.

L'action des OSC à l'échelon mondial

Le Groupe consultatif du IHP+ pour la société civile (GCSC) s'est réuni en décembre 2013 pour identifier les priorités de l'année à venir, à savoir :

- Faire que la participation de la société civile dans les processus d'élaboration des politiques de santé et de prise de décision soit plus significative.
- Renforcer la redevabilité des signataires du IHP+ afin de favoriser les principes de l'efficacité
- Mieux faire connaître le IHP+ et les principes d'efficacité de l'aide.

Le GCSC a également développé un document de prise de position¹³ sur le cadre de travail pour l'après-2015. Ce document comporte un certain nombre de principes basés sur Paris et Busan, que le Groupe souhaite voir inclure au nouveau cadre de travail.

4.6 L'aide technique et la coopération Sud-Sud et triangulaire

Le IHP+ compte deux nouveaux domaines prioritaires, identifiés suite aux Réunions des équipes pays chargées de la santé en 2012. Ces domaines sont inclus dans les sept comportements :

Comportement 6 : Les opportunités pour un apprentissage systématique entre les pays sont développées et appuyées par les agences (coopération Sud-Sud/ triangulaire).

Comportement 7 : La fourniture d'une aide technique planifiée de façon stratégique et bien coordonnée.

Progrès accomplis en 2013/14

Coopération Sud-Sud et triangulaire

Un groupe de travail informel du IHP+ a réfléchi au rôle du IHP+ dans ce domaine et rédigé en mars 2013 une note d'orientation à l'intention de l'Équipe de direction du IHP+. Le groupe a proposé une première étape de diagnostic pour tenter de mieux comprendre la demande, l'expérience acquise, les activités et les plateformes actuelles qui facilitent déjà la collaboration Sud-Sud.

Dans la foulée, le IHP+ a commandé un examen analytique des pratiques actuelles en matière de coopération Sud-Sud et triangulaire, en trois volets :

- Résumer la réflexion actuelle sur la coopération Sud-Sud et triangulaire, et compiler un inventaire d'initiatives choisies, régionales et mondiales, qui appuient l'échange Sud-Sud des connaissances en matière de santé ;
- Examiner l'expérience de certains pays choisis, en soulignant ce qui facilite l'apprentissage systématique entre les pays ;
- Évaluer les règles et pratiques traditionnelles des partenaires du développement pour voir dans quelle mesure elles facilitent ou entravent la coopération Sud-Sud et triangulaire.

Le rapport a été rendu en juin 2014. Ses conclusions sont en cohérence avec les travaux récemment engagés sur le thème de l'aide technique. Une prochaine étape consistera, s'il y a lieu, à rassembler ces deux thèmes.

Aide technique

L'un des messages de la Réunion de 2012 des équipes pays chargées de la santé était que la manière dont l'aide technique est fournie devait être repensée. L'objectif ultime de l'aide technique dans le secteur de la santé est de permettre de meilleures prestations de services. Les dépenses engagées pour l'aide technique représentent une large proportion des dépenses de développement. Mais on commence à se demander si cet investissement, y compris les coûts afférents en termes de temps passé par le personnel et de coût d'opportunité, est vraiment aussi efficace qu'il devrait l'être. Les principes qui avaient été convenus en matière d'aide technique ne sont pas mis en pratique. De plus, à mesure que la réflexion concernant la coopération au développement évolue, et à mesure que les pays à revenu moyen et faible deviennent des consommateurs de plus en plus éclairés d'aide technique, les anciens modèles d'aide technique sont en train d'être repensés.

Récemment, le IHP+ a lancé un programme de travail sur l'aide technique afin de faire le point sur les efforts actuellement engagés pour que l'aide technique parvienne à être davantage pilotée par les pays, mieux coordonnée et plus efficace. Une réunion exploratoire avec des experts internationaux a eu lieu début 2014 au cours de laquelle il a été convenu que le travail devrait cibler une meilleure adéquation de la demande et de l'offre en matière d'aide technique. Des entretiens sur les pratiques courantes sont en cours de réalisation en 2014, dans 6 pays. Les questions posées comprennent :

- Quels sont les mécanismes qui sont les plus efficaces au niveau des pays pour améliorer l'adéquation entre les besoins en aide technique et l'offre ?
- Quels sont les systèmes de prise de décision qui peuvent améliorer la redevabilité ?
- Quelles sont les approches en matière d'aide technique qui réduisent l'asymétrie d'information qui existe ?

Ce travail initial est entrepris par le Overseas Development Institute du Royaume-Uni, en collaboration avec des experts d'autres institutions. Une consultation sur les approches pouvant éventuellement être adoptées pour améliorer l'aide technique, y compris la coopération Sud-Sud, aura lieu fin 2014 avec les représentants des pays, des agences et de la société civile. Elle contribuera à mieux cerner les questions qui devront faire l'objet de discussions lors de la 5^{ème} Réunion IHP+ des équipes pays chargées de la santé en décembre 2014.

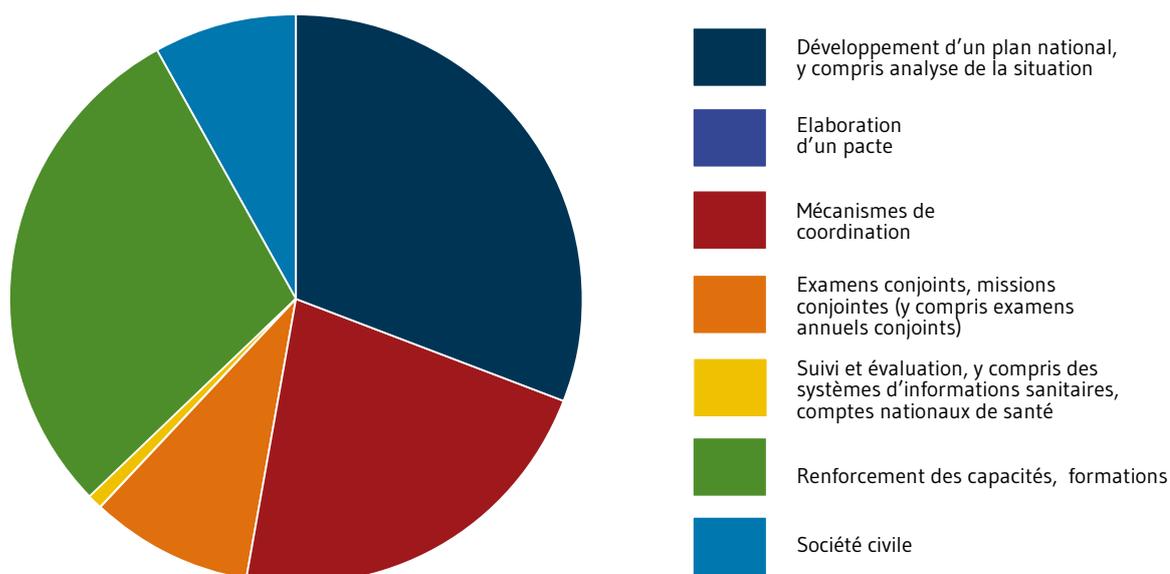


4.7 Les subventions aux pays

De janvier à décembre 2013, on a comptabilisé sept subventions actives accordées aux pays pour un total de 347 000 dollars US^{14,15}. La plupart des subventions se situent aujourd’hui entre 50 000 et 100 000 dollars US, des montants largement inférieurs à ceux des premiers temps du IHP+. Les pays ayant déjà reçu plusieurs tranches de financement sont encouragés à trouver d’autres sources de revenu au niveau local et reçoivent des subventions moindres. Toutefois, de nombreux pays apprécient toujours les subventions du IHP+ car elles représentent pour eux une source flexible de fonds destinés à des types d’activités souvent sous-financés. Des rapports narratifs et financiers sur les subventions allouées sont rendus chaque année.

Les types d’activités pour lesquels les pays choisissent d’utiliser les fonds alloués par le IHP+ sont présentés dans le Diagramme 1 ci-après : globalement, les fonds sont investis principalement dans des activités liées au développement du plan national, au renforcement des capacités, aux mécanismes de coordination des partenaires et aux examens annuels conjoints.

Diagramme 1 : Types de dépenses engagées grâce aux subventions du IHP+ en 2013



14 Burundi, Cambodge, Cap-Vert, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, et Nigéria

15 Les dépenses engagées grâce aux subventions aux pays en 2012 figurent dans le rapport de l'Équipe de base de l'an dernier. Les dépenses allouées aux subventions pour l'ensemble de la Phase III sont résumées au paragraphe 6.

5. Gestion et communication

5.1 Révision des modalités de gouvernance du IHP+

En 2013, le IHP+ a revu ses modalités de gouvernance. Les nouvelles modalités sont mieux à même d'accompagner l'engagement politique de haut niveau indispensable pour réaliser nombre des objectifs du IHP+, améliorer la surveillance et tenir compte de l'augmentation du nombre des signataires (surtout des pays) qui ont rallié le IHP+ depuis sa création en 2007. La dernière révision de la structure de la gouvernance du IHP+ datait de 2009.

La définition des nouvelles modalités s'est faite en trois étapes. Tout d'abord, l'Équipe de base a procédé à l'examen des modalités actuelles de gestion et de gouvernance du IHP+ et a conclu que certaines modifications étaient nécessaires pour améliorer la surveillance du IHP+ et pour améliorer la représentation des différentes parties prenantes, tout en préservant le caractère inclusif du IHP+. De nouvelles modalités ont été proposées et ont fait l'objet de discussions avec les institutions de l'Équipe de direction du IHP+. Le principal changement qui a été recommandé par l'Équipe de direction était de créer un Comité directeur de haut niveau, qui représenterait tous les acteurs du IHP+ et aurait notamment une représentation des pays plus forte. De plus, pour garantir une répartition claire des responsabilités, l'autre changement important a consisté à supprimer l'Équipe de direction et à mettre en place un Groupe de référence servant de forum pour la discussion et le partage des informations. Ces propositions de changement, accompagnées de mandats actualisés pour les différents organes du IHP+, ont ensuite été transmises à tous les partenaires du IHP+ en leur demandant soit de les approuver, soit de confirmer qu'ils ne s'y opposaient pas, avant la fin novembre 2013.

Structures du IHP+ en 2014

Le **Comité directeur du IHP+** est chargé de fixer les orientations stratégiques globales et d'assurer la surveillance du IHP+. Il approuve le plan de travail et le budget du IHP+. Il approuve les Groupes de travail du IHP+, examine leurs recommandations et convient des mesures à prendre. Il se réunit deux fois par an et compte 16 membres, dont 6 pays, 4 agences multilatérales, 4 agences bilatérales et 2 OSC. La première réunion du Comité directeur s'est tenue en janvier à Genève, en Suisse¹⁶.

La **Réunion des équipes pays chargées de la santé** rassemble tous les signataires du IHP+ au moins une fois tous les deux ans. Les partenaires examinent les progrès accomplis en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide en matière de santé, de partager les enseignements tirés de l'expérience, et de mettre de nouvelles questions sur la table. La dernière réunion s'est tenue en 2012¹⁷. La prochaine aura lieu à Siem Reap, au Cambodge en décembre 2014.

¹⁶ Réunion du Comité directeur - janvier 2014

¹⁷ 4ème Réunion IHP+ des équipes pays chargées de la santé, Nairobi, Kenya



Le **Groupe de référence du IHP+** soutient l'Équipe de base du IHP+ en mettant en œuvre le plan de travail du IHP+. Il sert de forum pour l'échange d'informations et la collaboration. Ses membres comprennent des membres du personnel technique de haut niveau issus des institutions représentées dans le Comité directeur et d'autres. Des téléconférences ont lieu tous les deux mois. Le Groupe s'est réuni deux fois durant le premier trimestre 2014.

Les **Groupes de travail du IHP+** sont constitués pour une durée limitée, et composés d'experts techniques issus des pays, des agences et des OSC. Les groupes développent des orientations collectives et/ou des recommandations sur des sujets spécifiques liés à l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé. Les Groupes de travail rendent des comptes au Comité directeur. Les groupes actuellement en place sont le Groupe de travail technique sur la redevabilité mutuelle, présidé par Tim Martineau de l'ONUSIDA ; sur le suivi et l'évaluation, présidé par Ties Boerma de l'OMS ; et sur la gestion financière, présidé par Renaud Seligmann de la Banque mondiale.

L'**Équipe de base du IHP+** est commune à l'OMS et à la Banque mondiale. Elle gère le plan de travail, le budget et les communications du IHP+, sous la surveillance du Comité directeur. Elle donne suite aux décisions du Comité directeur, organise les réunions du Comité directeur, du Groupe de référence et des Équipes pays chargées de la santé, et facilite les réunions de Groupes de travail. Le IHP+ travaille principalement avec le personnel de ses organisations partenaires pour mettre en œuvre le plan de travail convenu¹⁸.

18 Orientations stratégiques et programme de travail pour le IHP+ 2014/15

5.2 Communications au sein du IHP+ et avec l'extérieur

Le IHP+ communique avec ses partenaires et d'autres parties intéressées principalement par le biais de son site internet et d'une newsletter publiée tous les deux mois. En 2013/14, le site internet a été amélioré et inclut désormais un centre de documentation rassemblant les rapports et articles du IHP+. Il comporte également une nouvelle partie vidéos qui permet de visionner de brefs entretiens réalisés avec divers partenaires du IHP+. La newsletter inclut des petits articles sur les activités menées au niveau mondial ou au niveau des pays, ainsi que des entretiens avec des signataires du IHP+ et des OSC dans les pays. Le IHP+ propose aussi maintenant des résumés de ses publications clés.

Encadré 7: Publications du IHP+

Les publications du IHP+ en 2013-2014, nouvelles ou actualisées, comprennent :

- La Revue Annuelle Conjointe dans le secteur de la santé : un examen de l'expérience acquise, février 2013
- L'évaluation conjointe des stratégies nationales : un examen des besoins des parties prenantes, avril 2013
- L'examen conjoint des stratégies et plans nationaux : outil et guide, version 3, août 2013
- Comment mener une évaluation conjointe d'une stratégie nationale de santé, d'après l'expérience recueillie dans les pays : document de travail détaillant les différentes options. Version 2, août 2013
- L'élaboration d'un pacte national : note d'orientation, version 2, septembre 2013
- Unis pour un avenir plus sain (brochure IHP+) (ANG/FR), 2014
- La coopération Sud-Sud et triangulaire dans le secteur de la santé : état actuel et tendances, juin 2014

En 2013-14, outre l'amélioration du site internet du IHP+, deux aspects ont été privilégiés en matière de communication :

- Proposer aux représentants des OSC et au Groupe consultatif pour la société civile, un soutien à la communication, notamment pour mobiliser les OSC et encourager les partenaires du IHP+ à participer au cycle de suivi 2014 du IHP+.
- Communiquer sur les sept comportements, par exemple dans la nouvelle brochure du IHP+. Ce point est également mentionné au paragraphe 3.1.

En 2013, l'Équipe de base a été renforcée par la présence à temps partiel d'un consultant en communication.

Le IHP+ a tenu en 2013 et 2014 de nombreuses réunions sur le thème de l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé ; celles-ci sont détaillées en Annexe 3.



6. Finances du IHP+

La phase III du plan de travail du IHP+, de janvier 2012 à décembre 2013, a pu être intégralement financée malgré une période d'incertitude à ce sujet début 2013. Les bailleurs de fonds du IHP+ pour cette Phase III étaient la Commission européenne, le DFID, l'Allemagne, la Norvège, la Suède et l'Espagne.

Cette partie résume les revenus et dépenses pour l'exercice biennal achevé fin 2013. À l'avenir, à compter de janvier 2014, l'Équipe de base utilisera l'année civile pour ses rapports.

Le tableau montre que les dépenses sont globalement conformes aux allocations prévues au budget. Dans deux domaines, les dépenses sont restées en dessous des prévisions. Pour le Domaine 4, cela s'explique par le fait que le contrat pour le suivi indépendant des progrès accomplis par rapport aux engagements en matière d'efficacité de l'aide n'a été octroyé que début 2014. Dans le Domaine 1, comparé aux années précédentes, il y a eu moins de fonds alloués aux subventions pour les pays pour deux raisons : les subventions individuelles ont été réduites car une incertitude planait sur le montant initial des ressources, mais aussi parce que les pays ont été moins nombreux à demander des subventions.

Revenus et dépenses liés à la Phase III du plan de travail du IHP+, de janvier 2012 à décembre 2013

		Budget (en dollars)	Dépenses (en dollars)
Domaine 1	Renforcement de l'alignement avec un plan unique au niveau national* Subventions aux pays ; JANS ; soutien aux pactes	3 550 000	2 053 300
Domaine 2	Renforcement et accélération du changement par le biais d'interventions au niveau mondial Harmonisation de la gestion financière ; engagement accru avec les initiatives mondiales connexes liées à la santé ; rapports sur les enseignements tirés de l'expérience	650 000	541 680
Domaine 3	Amélioration de l'engagement de la société civile dans le IHP+** Groupe consultatif du IHP+ sur la société civile ; communications de la société civile sur l'approche du IHP+ ; Fonds d'action pour une politique de santé de la société civile	700 000	766 840
Domaine 4	Amélioration de la redevabilité en matière de résultats Plateforme unique pour le suivi et l'évaluation ; suivi indépendant des progrès accomplis par rapport aux engagements pris dans les pactes ; 4ème réunion IHP+ des équipes pays chargées de la santé	2 700,000	1,487 300
Domaine 5	Gestion du IHP+ et communications Opérations de l'Équipe de base et communications	2 250 000	2 430 580
TOTAL (en dollars)		9 850 000	7 279 700

* 85% ont été alloués aux subventions accordées aux pays

** Principale dépense : Fonds d'action pour une politique de santé

Début 2014, le IHP+ a été en mesure de reporter des fonds qui couvrent presque, mais pas complètement, la Phase IV de son plan de travail¹⁹.

¹⁹ Programme de travail de L' IHP+ pour 2014-2015

7. Perspectives d'avenir

Les pays ne pourront obtenir des résultats optimaux que s'ils disposent d'une stratégie de santé de bonne qualité que tous les partenaires pourront soutenir de manière harmonisée, et de systèmes de santé efficaces pour mettre en œuvre cette stratégie. La stratégie du IHP+ pour 2014-15 tient compte des trois priorités suivantes :

- Un engagement politique de haut niveau et des mesures organisationnelles concrètes visant à changer le comportement des partenaires
- Des approches et des outils techniquement solides capables de soutenir des plans de qualité et des systèmes robustes et efficaces
- La redevabilité en matière de résultats, au niveau des pays.

Les « sept comportements » ne sont pas nouveaux mais ils cristallisent les domaines clés dans lesquels une intervention, si elle est mise en œuvre, débouchera sur des résultats visibles.

Ce rapport a documenté les mesures prises sur l'ensemble de l'année passée grâce au IHP+ afin de pouvoir mieux progresser sur les trois priorités mentionnées ci-dessus. L'année a été propice au changement et à la consolidation. L'action dans deux domaines de travail notamment a été intensifiée – sur les plateformes pour l'information et la redevabilité, et sur la gestion financière. Deux nouveaux domaines de travail ont vu le jour – l'un sur l'aide technique, l'autre sur la coopération Sud-Sud. Les approches déjà bien établies comme les JANS, les pactes et le travail avec les OSC ont pu être consolidées et actualisées. Et de nouvelles modalités de gouvernance ont été introduites.

L'accomplissement de progrès nécessite une action continue de la part des gouvernements des pays, des partenaires du développement internationaux, des organisations de la société civile, et des autres acteurs non-étatiques.

La prochaine Réunion des équipes pays chargées de la santé, qui aura lieu en décembre 2014, sera l'occasion de faire un tour d'horizon des progrès qui ont été réalisés avec tous les partenaires. Elle permettra d'examiner les résultats du 4^{ème} cycle de suivi des progrès accomplis au regard des engagements en matière d'efficacité de l'aide, actuellement en cours. Elle examinera les mesures prises, au niveau des pays et au niveau mondial, dans le cadre de chacun des sept comportements, et les moyens de surmonter les obstacles aux progrès. Elle abordera aussi la question du rôle du IHP+ dans l'après-2015, ce qui servira ensuite à nourrir les discussions de la 3^{ème} réunion du Comité directeur du IHP+ début 2015.

L'engagement que les pays et les responsables mondiaux en matière de santé continuent de témoigner envers les principes du IHP+ donne l'impulsion nécessaire à tous les partenaires du IHP+, au Comité directeur et à l'Équipe de base, pour avancer de manière décisive dans un programme particulièrement ambitieux et nécessaire.



Annexe 1 : Liste des partenaires du IHP+ - Mai 2014

Pays / organisation partenaire	Partenaire depuis	Pays / organisation partenaire	Partenaire depuis
Afghanistan	Septembre 2013	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)	Septembre 2007
Banque africaine de développement	Septembre 2007	Kenya	Septembre 2007
Australie	Mai 2008	Luxembourg	Mai 2014
Fondation Bill & Melinda Gates	Septembre 2007	Madagascar	Mai 2008
Belgique	Janvier 2010	Mali	Octobre 2007
Benin	Septembre 2009	Mauritanie	Mai 2010
Burkina Faso	Septembre 2009	Mozambique	Septembre 2007
Burundi	Septembre 2007	Myanmar	Janvier 2014
Cambodge	Septembre 2007	Népal	Septembre 2007
Cameroun	Juin 2010	Pays-Bas	Septembre 2007
Canada	Septembre 2007	Niger	Mai 2009
Cap-Vert	Mai 2012	Nigéria	Mai 2008
Tchad	Mars 2011	Norvège	Septembre 2007
Société civile – Nord	Février 2008	Pakistan	Août 2010
Société civile – Sud	Janvier 2009	Portugal	Septembre 2007
Côte d'Ivoire	Février 2008	Rwanda	Février 2009
République démocratique du Congo	Novembre 2009	Sénégal	Septembre 2009
Danemark	Mai 2014	Sierra Leone	Janvier 2010
Djibouti	Juillet 2009	Espagne	Janvier 2010
Salvador	Mai 2011	Suède	Mai 2008
Ethiopie	Septembre 2007	Soudan	Mai 2011
Commission européenne	Septembre 2007	Togo	Janvier 2010
Finlande	Mai 2008	Ouganda	Février 2009
France	Septembre 2007	Royaume-Uni	Septembre 2007
Gambie	Mai 2012	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	Septembre 2007
Alliance GAVI	Septembre 2007	Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	Septembre 2007
Germany	Septembre 2007	Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)	Septembre 2007
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Septembre 2007	USAID	Mai 2013
Guinée	Mai 2012	Vietnam	Mai 2010
Guinée Bissau	Mai 2013	Banque mondiale	Septembre 2007
Haïti	Mai 2013	Organisation mondiale de la santé (OMS)	Septembre 2007
Organisation internationale du travail	Septembre 2007	Zambie	Septembre 2007
Italie	Septembre 2007		

Annexe 2 : Membres du Comité directeur du IHP+ - Mai 2014

Pays

Dr Or Vandine, direction générale de la Santé, ministère de la Santé, Cambodge

Dr Kesete-birhan Admasu Birhane, ministre de la Santé, Éthiopie, ou Dr Amir Aman Hagos, ministre d'État chargé de la Santé (co-présidence du Comité)

M. Jackson Kinyanjui, directeur du département des ressources extérieures, Trésor public, Kenya

Professeur Pe Thet Khin, ministre de la santé, Myanmar

Dr Awa Coll-Seck, ministre de la Santé et de l'Action sociale, Sénégal

Dr Samuel Sheku Kargbo, directeur de la Santé reproductive et de l'enfant au ministère de la Santé et de l'assainissement, Sierra Leone

Représentants de la société civile

M. Mayowa Joel, directeur de programme, Centre de la communication pour le développement, Nigéria

Mme Louise Holly, Save the Children, Royaume-Uni

Agences bilatérales de développement (4 membres, un observateur tournant)

Mme Jane Edmondson, directrice du développement humain, DFID, Royaume-Uni

Mme Veronique Lorenzo, chef d'unité à la Direction générale du développement et de la coopération (DEVCO) de la Commission européenne (co-présidence du Comité)

Mme Birgit Wendling, directrice adjointe du service Santé et politique démographique, ministère fédéral de la coopération économique et du développement, Allemagne

Dr Anders Nordström, ambassadeur pour la Santé mondiale, Coopération multilatérale pour le développement, ministère des Affaires étrangères, Suède

M. Wade Warren, administrateur adjoint chargé de la Santé mondiale, USAID, États-Unis

Agences des Nations Unies et institutions de financement

Dr Hind Khatib-Othman, directeur général, programmes nationaux, Alliance GAVI (représentant GAVI et le Fonds mondial)

Dr Marie-Paule Kieny, sous-directeur général, systèmes de santé et innovation, OMS (représentant l'OMS et l'ONUSIDA)

Mme Anne-Birgitte Albrechtsen, directrice exécutive adjointe en charge de la gestion, FNUAP (représentant l'UNICEF et le FNUAP)

Timothy Evans, directeur, santé, nutrition et population, Banque mondiale (représentant la Banque mondiale, la BAD et la Fondation Gates)



Annexe 3 : Réunions d'information du IHP+ sur l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé en 2013-14

- Mai 2013 :** Réunion technique à l'Assemblée mondiale de la Santé : S'aligner pour de meilleurs résultats
- Juin 2013 :** Réunion virtuelle du Groupe de travail IHP+ sur la redevabilité mutuelle, pour fixer des indicateurs
- Juillet 2013 :** Compte-rendu du IHP+ sur les points focaux de l'OMS et de l'Alliance GAVI pour le renforcement des systèmes de santé
- Septembre 2013 :** Réunion informelle des responsables mondiaux des agences de santé, sur la réduction des exigences internationales en matière d'établissement de rapports
- Octobre 2013 :** Panel du Geneva Graduate Institute sur la transparence de l'aide
- Novembre 2013 :** Réunion d'information du IHP+ auprès d'étudiants de Sciences Po
- Décembre 2013 :** Réunion du Groupe consultatif du IHP+ sur la société civile
- Janvier 2014 :** Première réunion du Comité directeur du IHP+, comprenant une session commune avec les parties prenantes de la CoIA
- Février 2014 :** Réunion du Groupe de travail RBM Plaidoyer contre le paludisme, dialogue avec des partenaires mondiaux du secteur de la santé
- Mars 2014 :** Réunion des points focaux WHO/EMRO GHI et systèmes de santé, Lahore : tendances dans la coopération au développement en faveur de la santé
- Avril 2014 :** Réunion des responsables mondiaux en matière de santé, Washington DC
- Avril 2014 :** Session lors de la première réunion de haut niveau du Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement, Mexique : « Traduire les principes de la coopération au développement en résultats concrets : les expériences dans les secteurs de l'éducation, la santé, et WASH, et les implications pour l'après-2015 ».
- Avril 2014 :** Programme d'orientation pour les responsables de bureaux OMS dans les pays : discussion sur la collaboration avec les partenaires du développement conformément à des principes efficaces de coopération au développement
- Mai 2014 :** Réunion d'information sur le IHP+ pour des cadres de la santé de la Banque mondiale, Washington DC
- Mai 2014 :** Réunion d'information pour le personnel du FNUAP, New York
- Mai 2014 :** Réunion d'information sur le IHP+ pour la Fondation Rockefeller, New York
- Mai 2014 :** Renforcer l'information et la redevabilité : session IHP+ en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé
- Mai 2014 :** La redevabilité dans le cadre de la couverture universelle : quel rôle pour la société civile ? En marge de l'Assemblée mondiale de la Santé
- Mai 2014 :** Atelier sur le suivi budgétaire pour les OSC et parlementaires du sud, Dakar : informations sur le IHP+ et le 4^{ème} cycle de suivi

info@internationalhealthpartnership.net
www.internationalhealthpartnership.net

