

# Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées

Rapport de l'équipe de base  
Mai 2011 - Avril 2012

ihp+



# Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+)

## Rapport de l'équipe de base pour la période de mai 2011 à avril 2012

### I. Contexte

IHP+ a été créé en 2007 pour parvenir à des résultats sanitaires meilleurs et plus rapides dans les pays à faible et moyen revenu, à travers l'application -au domaine de la santé - des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Les signataires du Pacte mondial se sont engagés à y arriver en soutenant, « *de façon coordonnée, des plans sanitaires nationaux et gouvernementaux solides et globaux* »<sup>1</sup>. Le présent rapport annuel du secrétariat est une réflexion sur les progrès accomplis dans les pays et au niveau mondial, durant la période allant de mai 2011 à avril 2012.

L'environnement dans lequel opère IHP+ en 2012 n'est plus celui de 2007. Le déclin de l'économie a modifié les prévisions relatives à l'aide au développement. La croissance de cette aide dans le domaine de la santé ralentit depuis 2009<sup>2</sup>. L'aide totale, selon les données de l'OCDE pour 2011, a baissé de 3% depuis 2009, en termes réels. La volonté politique de prendre des risques est moindre et l'on se polarise plus sur le « rendement » de l'aide et sur les résultats. Avec le quatrième Forum à haut niveau sur l'efficacité de l'aide à Busan, en novembre 2011, l'accent est désormais mis davantage sur l'efficacité du *développement* lui-même que sur l'efficacité de *l'aide*. Dans le même temps, avec la multiplication des organisations et des initiatives dans le domaine du développement sanitaire mondial, les défis à l'appropriation, à la gouvernance et à la redevabilité nationales se perpétuent<sup>3</sup>. Une consultation élargie s'est tenue en 2011 sur les orientations stratégiques d'IHP+ pour l'avenir. Les messages qui en sont ressortis sont repris dans le programme d'IHP+ et dans son nouveau plan de travail pour 2012-13 : maintenir l'attention au niveau des pays et consolider les acquis, mais agir également davantage au niveau mondial pour accélérer le changement<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> IHP+: Pacte mondial: [http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key\\_Issues/IHP+%20Pacte%20mondial\\_FR\\_May%202012.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/IHP+%20Pacte%20mondial_FR_May%202012.pdf)

<sup>2</sup> K. Leach Kemon et al, Health Affairs 31, no.1 (2012):228-235

<sup>3</sup> Le nombre de projets a doublé dans le domaine de la santé depuis la période 2002-7 pour atteindre 20 000, avec un niveau moyen de décaissement de 550 000 dollars des Etats-Unis - Waddington C et al, 2009 Global Aid Architecture and the health Millennium Development Goals Norad.

<sup>4</sup>See:

[http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About\\_IHP/what\\_we\\_do/IHP+%20Phase%20III%20Workplan%20%20Budget%202012-2013%20french.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP/what_we_do/IHP+%20Phase%20III%20Workplan%20%20Budget%202012-2013%20french.pdf)

## II. Mai 2011 - avril 2012 : aperçu des réalisations

- IHP+ continue de grandir, avec quatre nouveaux partenaires durant l'année écoulée : le Cap Vert, la Côte d'Ivoire, la Gambie et la Guinée.
- Dix-huit pays IHP+ ont désormais un accord de partenariat ou un « pacte ». Depuis mai 2011, la signature de tels pactes est intervenue en Mauritanie, au Sierra Leone, au Tchad (pré-pacte) et au Togo. Six autres sont en préparation en 2012 : au Burkina Faso, au Burundi, en Côte d'Ivoire, à Djibouti, au Sénégal et au Soudan.
- La dynamique autour de l'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (JANS<sup>5</sup>) se maintient. Le Kirgizstan, le Malawi, le Mali, le Rwanda et le Togo ont mené de telles évaluations conjointes. L'« outil » JANS a été modifié et un document de travail préparé, sur les différentes options pour mener une JANS. Un point apparu nouvellement est la nécessité d'améliorer une double synergie: synergie entre la stratégie nationale pour le secteur de la santé et les stratégies concernant des programmes spécifiques d'une part, et synergie entre les processus JANS associés à ces stratégies - au niveau sectoriel et au niveau des programmes - d'autre part.
- L'intérêt pour une plateforme unique de suivi et de revue a grandi, stimulé en partie par la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Dans leurs plans d'action pour la mise en place de plateformes de suivi-évaluation, les pays et les agences font appel aux directives d'IHP+ sur le suivi des stratégies nationales de santé.
- Le travail sur l'harmonisation et la simplification de la gestion financière s'est accéléré. La Banque mondiale, GAVI et le Fonds mondial ont produit un document conjoint avec des recommandations pratiques pour harmoniser et simplifier la gestion financière. Le travail avance avec les pays intéressés, notamment le Sierra Leone.
- Les efforts pour améliorer la qualité de l'implication de la société civile dans les processus liés à la politique de santé sont en hausse. Ils portent sur la participation aux évaluations conjointes de stratégies et de plans nationaux, sur la participation aux revues sectorielles conjointes et sur l'utilisation des fiches de suivi d'« IHP+Results ».
- Des éléments nouveaux concernant les résultats d'IHP+ et les progrès accomplis seront disponibles en septembre : le nombre de pays prenant part au suivi, par IHP+Results, des progrès dans la mise en œuvre des engagements du Pacte mondial, est passé de 25 pour le cycle 2010 à 36 pour le cycle 2012.
- Un nouveau plan d'action d'IHP+ pour 2012-13 a fait l'objet d'un accord suite à une consultation avec l'ensemble des signataires. Les avancées dans les pays en matière d'alignement sur un plan national de santé unique font toujours l'objet d'une attention continue ; quant à l'attention portée à l'utilisation accrue des systèmes des pays par les bailleurs de fonds (en particulier pour la gestion financière et le suivi-évaluation), à la responsabilité basée sur les résultats et à l'analyse documentée de ces résultats, elle se fait plus forte.

---

<sup>5</sup> De l'anglais « Joint Assessment of National Health Strategies »

### **Figure 1: Rendre l'aide plus efficace dans le domaine de la santé: aperçu des avancées dans un pays**

Au Sierra Leone, le gouvernement, les agences de développement et la société civile sont en train de mettre au point de nouvelles manières de travailler ensemble au financement et à la mise en œuvre du plan national de santé. Elaboré en 2009, le plan sanitaire a parmi ses priorités majeures, une initiative pour rendre gratuits les soins de santé. En 2010, le Sierra Leone décide de donner à ce plan le plus d'efficacité possible en appliquant les principes de l'efficacité de l'aide. Dès 2011, et soutenus au plus haut niveau gouvernemental, les ministères de la santé, des finances et des collectivités territoriales, les agences de développement, les organisations de la société civile et les organisations confessionnelles se mettent d'accord sur les bases et le contenu d'un pacte, fondation solide pour l'appui des partenaires au plan national. De nouvelles manières de travailler ensemble sont adoptées, y compris l'évaluation conjointe de la gestion financière conçue comme une étape vers des systèmes de gestion financière améliorés – une priorité dans le programme gouvernemental pour le changement. Des travaux sont en cours également pour améliorer la qualité et le degré d'exhaustivité des données de suivi de la mise en œuvre du plan national de santé, travaux qui seront mis à profit lors de la revue annuelle conjointe du secteur en décembre prochain.

### **Partenaires actuels au sein d'IHP+**

IHP+ a désormais 56 membres: 31 pays en développement et 25 agences de développement. On en trouvera la liste complète à l'annexe 1.

**Figure 2: signataires d'IHP+**

<b>Partenaires au sein d'IHP+, 2007-2012</b>	<b>Septembre 2007</b>	<b>Mai 2012</b>
Pays à faible revenu	8	31
Bailleurs de fonds bilatéraux	8	13
Organisations internationales et fondations	11	12
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>56</b>

## **III. Principaux domaine d'activités, progrès, défis**

### **Des processus de planification nationale et d'évaluation conjointe plus ouverts**

Tout signataire des principes d'IHP+ - gouvernement national, agence de développement ou organisation de la société civile - s'engage à soutenir pour la santé un plan stratégique national unique. La façon dont ce plan est élaboré aura une influence sur sa solidité, sa pertinence et la possibilité de sa mise en œuvre. IHP+ encourage une participation plus large aux processus de planification sanitaire et de négociation de ressources, au sein des ministères, dans la société civile, de la part d'autres acteurs nationaux et de la part des agences internationales de développement. L'évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS) est une approche mise au point pour aider à établir la confiance d'un pays donné et de ses partenaires au développement, en l'existence d'une stratégie efficace, qu'il est possible aux partenaires de soutenir.

### Figure 3: Qu'est-ce qu'une évaluation conjointe d'une stratégie nationale (JANS)?

Une JANS est une approche commune, reconnue par des acteurs multiples, pour évaluer les forces et les faiblesses d'une stratégie nationale. Elle vise à ce que les objectifs de santé puissent être atteints, en:

- assurant que la stratégie de santé est solide, pertinente et réalisable
- encourageant les partenaires à s'aligner derrière une stratégie nationale unique, ce qui inclut de mobiliser des financements pour la stratégie et de réduire les coûts de transaction liés à des évaluations multiples.

Un groupe de travail inter-agences d'IHP+ a mis au point un outil d'évaluation conjointe basé sur cinq groupes d'attributs et convenu d'un ensemble de principes pour la conduite du processus. Les groupes d'attributs sont les suivants:

- Analyse de la situation et programmation: solidité de l'analyse, clarté et pertinence des stratégies
- Processus d'élaboration de la stratégie ou plan
- Coûts et cadre budgétaire
- Mise en œuvre et dispositions de gestion
- Mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue.

#### *Progrès accomplis en 2011/12*

Nombreux sont les pays qui adoptent des processus de planification plus ouverts. IHP+ a soutenu la participation de la société civile à ces processus à travers deux mécanismes : les subventions pays « traditionnelles » et le programme de petites subventions du Fonds d'action pour les politiques de santé<sup>6</sup> pour les organisations de la société civile (OSC) du « Sud ». D'après le rapport 2010 d'IHP+Results<sup>7</sup>, la société civile s'investit davantage dans les processus de planification mais la « qualité » de la démarche peut être améliorée. La capacité des OSC à s'engager et la reconnaissance, par les gouvernements, de la légitimité de ces organisations sont encore des questions réelles<sup>8</sup>. L'implication du secteur privé dans ce type de processus a fait - à ce jour - l'objet d'une attention moindre de la part d'IHP+.

De plus en plus de pays font appel à l'approche « JANS ». On trouve parmi eux le Kirgizstan, le Malawi et le Togo. Le Rwanda l'a utilisée à l'occasion d'une revue à mi-parcours et le Mali, pour structurer la revue du plan écoulé - première étape d'un nouveau processus de planification. Cette approche a constitué, dans certains pays, un élément important de l'élaboration du plan à ses débuts, tout en étant utilisée pour évaluer les versions avancées du nouveau plan. On sait qu'elle a été utilisée formellement dans dix pays pour évaluer le plan stratégique national pour le secteur de la santé. Les rapports JANS de pays, ainsi que les enseignements tirés quant au processus, sont accessibles sur le site internet d'IHP+. En 2011, l'outil JANS a également été utilisé pour évaluer les stratégies de programmes concernant des maladies données dans dix pays, dans le cadre de demandes de subvention au Fonds mondial basées sur la stratégie nationale (processus NSA<sup>9</sup>).

<sup>6</sup> Health Policy Action Fund (HPAF)

<sup>7</sup> [http://ihpresults.net/wp-content/uploads/2011/03/IHP+Results-2010-Performance-Report-w-cover\\_FR.pdf](http://ihpresults.net/wp-content/uploads/2011/03/IHP+Results-2010-Performance-Report-w-cover_FR.pdf)

<sup>8</sup> Fonds d'action de la société civile pour les politiques de santé: rapport final, septembre 2011 (disponible en anglais)

<sup>9</sup> De l'anglais : « National Strategy Applications »

La question principale est de savoir si les JANS atteignent leurs objectifs. A l'examen, il semble à ce jour que les JANS aident à *améliorer la qualité* des plans nationaux de santé. Quant à la question de savoir si les partenaires au développement *s'alignent davantage* sur les stratégies sectorielles nationales et si l'évaluation conjointe contribue à cela, les indications sont plus limitées. Il est admis que, dans certains cas, les JANS ont contribué à des changements de comportement chez les bailleurs de fonds : en Ethiopie par exemple, où davantage de partenaires ont décidé de soutenir le « Fonds OMD » ou bien au Népal, où davantage de partenaires ont rallié le mécanisme conjoint de financement. D'après une politique récemment adoptée et qui entrera en vigueur en 2014, tout pays soumettant à GAVI une demande de financement pour le renforcement de ses systèmes de santé devra montrer que sa stratégie sectorielle de santé a fait l'objet, sous une forme ou une autre, d'une évaluation conjointe. Il n'y a pas d'indications claires à ce jour concernant la *réduction* des coûts de transaction.

L'existence - ou non - de synergies dans l'approche JANS, entre son utilisation au niveau sectoriel et son utilisation au niveau de programmes donnés, est une question qui a gagné en importance l'année dernière. Les leçons à tirer des JANS et les orientations pour l'avenir ont fait l'objet d'une consultation en février 2012. Ont participé : quatorze pays partenaires, dix-sept agences de développement (y compris l'USAID, qui a pris part à plusieurs JANS) et six organisations de la société civile. Les principales conclusions<sup>10</sup> furent les suivantes: aller vers des JANS couvrant la totalité du secteur, qui prennent mieux en compte les programmes en traitant plus à fond les priorités convenues, explorer de manière systématique comment mieux prendre en compte dans les JANS les besoins d'acteurs de types différents, assurer un soutien adéquat et de plus en plus basé dans les pays eux-mêmes et améliorer la communication. Les participants ont convenu d'un certain nombre de jalons pour chacun de ces éléments<sup>11</sup> et l'équipe de direction d'IHP+ assure le suivi des progrès réalisés.

Il existe une gamme de plus en plus large de directives et d'outils pour la planification et l'évaluation. La base de données des cycles de planification par pays a fait l'objet d'une refonte; elle est régulièrement mise à jour<sup>12</sup>. Elle contient de plus en plus d'informations concernant l'élaboration et la mise en œuvre des plans. L'outil et le guide relatifs aux JANS ont été modifiés en 2011 afin de prendre en compte l'expérience des pays<sup>13</sup>, et la version 2 est désormais disponible en cinq langues<sup>14</sup>. Un document de travail sur les différentes options possibles pour mener une JANS a été préparé<sup>15</sup>. Les expériences des pays continuent de faire l'objet d'un suivi documentaire.

---

<sup>10</sup> Consultation sur les JANS: enseignements et directions futures

[http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key\\_Issues/NHP\\_JANS/JANS%20Hamamet.Rapport.jan2012.FR.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/NHP_JANS/JANS%20Hamamet.Rapport.jan2012.FR.pdf)

<sup>11</sup> JANS, feuille de route 2012, disponible en anglais

[http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/Planning\\_Cycle\\_Database/JANS%20roadmap%202012%20final.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/Planning_Cycle_Database/JANS%20roadmap%202012%20final.pdf)

<sup>12</sup> <http://www.internationalhealthpartnership.net/fr/tools/country-planning-database/>

<sup>13</sup> <http://www.internationalhealthpartnership.net/fr/key-issues/national-health-planning-jans/>

<sup>14</sup> <http://www.internationalhealthpartnership.net/fr/tools/jans-tool-and-guidelines/>

<sup>15</sup> [http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/JANS/guidance\\_options\\_JANS\\_FR\\_01.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/JANS/guidance_options_JANS_FR_01.pdf)

Des progrès ont également été réalisés l'année dernière dans la conception de l'outil « OneHealth ». Mis au point par un groupe inter-agences des Nations Unies pour appuyer, au niveau national, la planification stratégique, la définition des priorités et le chiffrage, cet outil a été utilisé au Burkina Faso et au Laos pour chiffrer les plans stratégiques nationaux de santé<sup>16</sup>.

#### *Enseignements*

- Les évaluations conjointes utilisant l'approche « JANS » ont permis de rassembler des acteurs divers, de renforcer des stratégies nationales de santé et d'augmenter la confiance dans ces stratégies.
- Il n'est pas simple d'impliquer dans l'élaboration de stratégies et de plans de santé un éventail élargi d'acteurs mais c'est important pour générer de la confiance. Cela nécessite des efforts permanents. Il est nécessaire que les parlementaires et le secteur privé s'engagent davantage. L'outil et le guide JANS se sont avérés utiles dans des pays ayant adopté des façons assez différentes les unes des autres de mener leurs JANS.
- Il faut davantage de synergie entre, d'une part, la planification sectorielle et la planification concernant un programme donné et, d'autre part, les évaluations conjointes sectorielles et de programmes.
- L'évaluation conjointe JANS est un élément dans un ensemble plus large d'actions concernant les processus de planification et de mobilisation de ressources. Il importe d'anticiper les attentes et de clarifier ce qu'une JANS peut faire et ce qu'elle ne peut pas faire.

#### **Le rôle des pactes de pays dans la mise en place de partenariats efficaces**

IHP+ a encouragé les pays à formuler dans les pactes des engagements qui soient réalistes, explicites et clairement reliés aux stratégies et plans de santé nationaux, à y adjoindre des indicateurs de référence et des systèmes pour mesurer les progrès accomplis et à lier le suivi aux autres processus de revue existant dans le secteur de la santé. D'après une étude de 2010 portant sur un nombre restreint de pactes/accords de partenariats récents, ces derniers ont contribué à rendre les partenaires plus sûrs d'eux-mêmes et plus confiants, à renforcer l'implication des ministères de la santé et des autres ministères, à rendre plus solide le gouvernement dans son rôle de leader et à attirer dans les débats sur le renforcement du secteur de la santé et la mise en œuvre des plans nationaux, des acteurs nouveaux. L'étude a également conclu que le **processus** d'élaboration d'un nouvel accord (ou de révision d'un accord existant) demande du temps mais qu'il est aussi important que le **produit** final - le document signé - pour générer des évolutions positives comme celles indiquées plus haut.

#### *Progrès accomplis en 2011/12*

Des analyses de l'efficacité et des résultats de l'aide dans cinq pays en 2011 viennent confirmer les conclusions qui précèdent. De plus en plus de pactes de « nouvelle génération » comprennent des indicateurs pour le suivi des engagements des gouvernements et de leurs partenaires. 37% des pactes existants sont signés par des ONG et des organisations de la société civile. La Commission de l'information et de la

---

<sup>16</sup> <http://www.futuresinstitute.org/Pages/OneHealth.aspx> (site en anglais, documents disponibles en français)

redevabilité recommande d'utiliser les pactes pour suivre les dépenses domestiques et celles des bailleurs de fonds dans la santé. Cela rejoint les principes d'IHP+ et entre dans le cadre des directives actuelles concernant les pactes. Les pays sont encouragés à inclure, dans les nouveaux pactes, des engagements et des indicateurs portant sur l'élaboration de rapports financiers par les partenaires extérieurs et le respect des délais de transmission de ces rapports.

**Figure 4: Pactes en cours ou en préparation actuellement**<sup>17</sup>

Pacte / accord de partenariat	Pays	Total
Signés avant 2011	Bénin, Cambodge, Ethiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Népal, RDC, Rwanda, Vietnam, Zambie	11
Nouveaux pactes (ou « pré-pactes ») signés entre janvier 2011 et avril 2012	Mauritanie; Niger, Nigeria, Ouganda, Sierra Leone, Tchad*, Togo	7
Nouveaux pactes en préparation en 2012	Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Djibouti, Sénégal, Soudan	6
* pré-pacte		24

### *Enseignements*

- Les pactes de nouvelle génération ont, de manière plus fréquente, des indicateurs spécifiques pour suivre les progrès réalisés par rapport aux engagements pris, ainsi que des liens plus établis avec l'ensemble des processus de planification, de suivi et de revue existant dans le pays. Cependant les systèmes de suivi de ces indicateurs sont, eux, moins bien établis.
- Il ressort de la situation des pays que les pactes peuvent constituer un maillon clef dans la chaîne complexe qui va de l'aide aux résultats finaux. En stimulant les gouvernements dans leur rôle de leaders, en encourageant la transparence, les engagements conjoints et certaines méthodes de travail, ces pactes peuvent jouer un rôle de catalyseur en faveur d'une action plus collective et de changements progressifs de comportement.
- Cela n'a rien d'automatique cependant. Faire prendre conscience des avantages d'un pacte de pays peut demander du temps et des efforts – et nécessite que le ministère de la santé assume un rôle directeur fort.

Une étude actualisée des expériences en matière de pactes - élaboration et utilisation -devrait être disponible pour la prochaine réunion des équipes de pays, en décembre 2012.

### **Harmonisation en matière de gestion financière**

Une bonne gestion financière, c'est l'assurance que les fonds publics sont utilisés comme prévu, selon les budgets approuvés, avec économie et efficacité ; c'est donc un élément critique de l'efficacité de l'aide. Des études récentes concernant IHP+ et la problématique de l'efficacité de l'aide ont fait ressortir deux messages clef: 1) il faut en faire plus pour promouvoir des systèmes nationaux de gestion financière qui fonctionnent bien et augmenter leur utilisation; et 2) il faut en faire plus pour réduire les coûts de transaction, en partie alourdis par des évaluations répétées et des systèmes parallèles de gestion financière.

<sup>17</sup> Voir à l'annexe 2 un état des lieux au 20 mai 2011



### *Progrès accomplis en 2011/12*

Avec ces considérations à l'esprit, la Banque mondiale, GAVI et le Fonds mondial ont passé en revue en 2010/11, dans le cadre de la plateforme de financement des systèmes de santé, leurs procédures d'évaluation fiduciaire. Suite à cette étude, les partenaires sont tombés d'accord sur le fait que mener individuellement des évaluations de la gestion financière (FMAs<sup>18</sup>) multipliait de manière significative les efforts et les coûts. Ils élaborèrent un rapport avec des recommandations pratiques pour harmoniser et simplifier la gestion financière, destinées à servir de base à des évaluations conjointes dans ce domaine.

Ces recommandations devraient permettre une harmonisation maximale des processus de gestion financière et des pratiques conjointes. Elles n'entraînent aucun changement majeur dans les politiques de gestion financière de ces agences, mais elles montrent comment une harmonisation pourrait intervenir entre les partenaires au développement impliqués, dans les quatre domaines suivants :

- 1) Evaluation unique et conjointe de la gestion financière de l'entité responsable de la mise en œuvre.
- 2) Existence d'un cadre général pour la gestion financière et la redevabilité sous la forme, par exemple, d'un dispositif de financement conjoint (JFA<sup>19</sup>).
- 3) Flux de financement et gestion des actifs.
- 4) Audits externes.

Parmi les bénéfices potentiels de l'approche conjointe proposée - FMA et JFA - on peut citer:

- une appréciation des risques et une gestion sectorielle plus solides pour toutes les opérations, qu'il s'agisse du gouvernement ou des partenaires au développement ;
- un ensemble unique de rapports périodiques avec : a) une transparence plus grande, un risque moindre de doublons / doubles comptages, b) un budget et des dépenses sectoriels mieux intégrés, avec une vue d'ensemble plus complète, et c) moins de rapports à établir, donc une charge réduite ;
- la réduction du nombre des auditeurs, des audits simplifiés et plus performants;
- un alignement, du fait de l'utilisation des systèmes nationaux de gestion financière;
- dans l'ensemble, une gestion budgétaire sectorielle plus efficace.

La Banque mondiale, GAVI, le Fonds mondial et l'OMS ont commencé à explorer les possibilités de faire avancer ce thème d'une « gestion financière unique » dans les pays, auprès d'un éventail plus large de partenaires au développement, et d'acquérir de l'expérience en effectuant des évaluations conjointes de la gestion financière (FMA) dans les pays sollicitant un appui. Un travail dans ce sens est en cours au Bénin et au Sierra Leone.

---

<sup>18</sup> De l'anglais: « Financial Management Assessment »

<sup>19</sup> De l'anglais: « Joint Financing Arrangements »

### *Enseignements*

- Clairement, les partenaires au développement peuvent encore fortement progresser en matière d'harmonisation et d'alignement des systèmes de gestion financière et accroître ainsi l'efficacité du secteur.
- Tandis que tous les partenaires sont d'accord sur l'objectif - davantage d'harmonisation et un alignement meilleur - le processus est lent pour arriver à faire des évaluations conjointes de la gestion financière, puis se mettre d'accord sur des dispositifs de financement conjoints.

### **Appui en vue d'une plateforme unique de suivi-évaluation (M&E)<sup>20</sup> des stratégies nationales de santé**

Les efforts pour suivre la mise en œuvre des stratégies nationales de santé sont entravés par la mauvaise qualité et le manque de données, et par des rapports des différents partenaires qui prennent du temps et se répètent l'un l'autre. Le M&E comprend des évaluations quantitatives et qualitatives et des analyses des données, qui informent la gestion, la revue de la performance à tous les niveaux, le dialogue sur les politiques et qui influencent à la fois la planification opérationnelle à court terme et la planification à long terme. IHP+ encourage le renforcement, dans les pays, d'une plateforme commune pour le suivi et l'évaluation des politiques, stratégies et plans nationaux de santé, sur laquelle fonder la redevabilité. Les recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, en mai 2011<sup>21</sup>, ont stimulé l'exigence de faire plus dans ce domaine. La Commission s'appuie sur les travaux d'IHP+. Elle fait siens les principes suivants : direction nationale et appropriation nationale des résultats, renforcement de la capacité des pays pour le suivi, l'évaluation et l'analyse, diminution de la charge que représente l'élaboration de rapports en partant d'une plateforme unique de M&E dirigée par le pays. Elle vise le renforcement de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant dans le cadre de la redevabilité pour le secteur dans son ensemble. Elle encourage un suivi renforcé à travers la cadre de M&E d'IHP+, l'utilisation de revues annuelles conjointes du secteur de la santé comme mécanisme principal d'analyse des résultats, l'intégration - dans les pactes de pays IHP+ ou accords équivalents - d'engagements plus explicites à davantage de transparence dans le suivi des ressources de la part des bailleurs de fonds.

### *Progrès accomplis en 2011/12*

Au niveau mondial, le groupe de travail d'IHP+ sur le M&E a été redynamisé en 2011. Il comprend des agences des Nations Unies, des bailleurs de fonds, des établissements universitaires et des organisations de la société civile. Le cadre commun de suivi-évaluation et le guide qui lui est associé ont été achevés en 2011<sup>22</sup> et un ensemble d'outils concernant la qualité des données est déjà bien avancé. Il inclut une fiche de qualité pour les données concernant les principaux

---

<sup>20</sup> en anglais: monitoring and evaluation , M&E

<sup>21</sup> Tenir les promesses, mesurer les résultats. Chaque femme, chaque enfant. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant :

[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/final\\_accountability\\_report\\_fr.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/final_accountability_report_fr.pdf)

<sup>22</sup>Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. OMS, Genève 2011. [http://www.who.int/healthinfo/MandE\\_NHS\\_french\\_lowres.pdf](http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf)

indicateurs, un outil d'enquête pour la vérification des données et un outil pour l'évaluation de la préparation des services.

De plus en plus de pays adoptent l'approche « plateforme unique de M&E » dans le cadre de l'élaboration ou de la révision de leurs plans sectoriels nationaux pour la santé. Les pays suivants ont travaillé dans cette direction en 2011/2012, en utilisant le cadre de M&E d'IHP+ : Bénin, Burkina Faso, Kenya, Laos, Mozambique, Népal, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Soudan, Togo. Des missions conjointes associant l'OMS, GAVI, le Fonds mondial et la Banque mondiale ont eu lieu l'année dernière au Bénin, au Mozambique, au Népal et au Sierra Leone, pour discuter comment mieux aligner sur les systèmes nationaux, les dispositifs des agences pour élaborer leurs rapports.

Ateliers de renforcement des capacités et assistance technique ont permis de renforcer les revues / analyses de la performance dans des pays comme le Kenya, le Mozambique, l'Ouganda et le Sierra Leone. Des fiches de qualité des données ont été introduites au Cambodge, en Indonésie, en Ouganda, au Sierra Leone et en Tanzanie.

Dans le cadre de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, presque tous les 75 pays ciblés (qui comprennent la plupart des pays signataires d'IHP+) sont censés mettre au point / renforcer un cadre national pour la redevabilité<sup>23</sup> d'ici la fin de 2012. Le cadre comprend une analyse des systèmes existants pour la redevabilité et le M&E, ainsi qu'une feuille de route indiquant comment les manques et les priorités seront abordés et présentant les activités correspondantes, chiffrées, de partenaires multiples.

En 2012, IHP+ va documenter les enseignements de plusieurs années d'expérience en matière de revues annuelles conjointes et analyser les tendances concernant les engagements pris dans les pactes. Un autre ensemble de liens est en train d'émerger, entre les travaux sur une plateforme unique de suivi-évaluation et ceux sur le suivi des engagements en matière d'efficacité de l'aide. Certains indicateurs utilisés par IHP+Results et portant sur l'efficacité de l'aide, ont été intégrés dans le suivi sectoriel national - comme au Mozambique et au Nigéria.

---

<sup>23</sup> Country accountability framework (page internet en anglais, mais certains documents disponibles en français): [http://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/accountability/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/accountability/en/index.html)

---

**Figure 5: Evolution des revues annuelles conjointes au Népal**

---

Les mécanismes de partenariat et de revue des performances dans le domaine de la santé ont considérablement évolué au Népal depuis qu'en 2004, le ministère de la santé et de la population et les partenaires (extérieurs) au développement ont signé la déclaration d'intention qui devait guider le « Partenariat pour le développement du secteur de la santé ». Des revues annuelles conjointes de la performance du secteur de la santé (JAR<sup>24</sup>) se tiennent depuis 2005. Le dispositif de financement conjoint (JFA<sup>18</sup>) de 2010 signé par le gouvernement et dix partenaires au développement met en avant les JAR comme mécanisme unique - pour tous les partenaires - de revue / suivi conjoint des résultats et des progrès accomplis dans les domaines prioritaires. Il comporte des procédures communes pour le suivi et pour l'élaboration des rapports. Les JAR font l'objet d'une préparation de plus en plus méthodique et les débats qu'elles suscitent sont plus stratégiques. Ont été considérés comme sujets prioritaires durant la JAR de 2012: la santé maternelle et infantile, le personnel de santé, le suivi et l'évaluation, la gestion financière, l'approvisionnement en médicaments et leur distribution. Pour la première fois, dans cette même revue, les partenaires (extérieurs) au développement ont présenté des rapports sur les progrès réalisés par rapports aux engagements qu'ils ont pris dans le cadre de documents de partenariats. Le Gouvernement du Népal a confirmé que la nouvelle plateforme de gestion de l'aide du ministère des finances s'appliquerait au niveau sectoriel dans le courant de 2012 et serait mise à disposition du public. D'après l'aide-mémoire de la JAR de 2012, un plan de M&E complet et chiffré devrait être prêt à la mi-2012.

---

**Enseignements**

- Du fait de la crise financière et d'un progrès inégal en matière de résultats sanitaires dans le monde, une attention croissante se porte sur le suivi de ces résultats et des ressources utilisées. Il importe de maintenir cette dynamique.
- IHP+ a joué un rôle de plateforme pour unifier les efforts et maintenir l'attention sur le suivi des performances sectorielles; il lui faut continuer à jouer ce rôle.
- Des efforts nombreux ont été déployés pour dépasser - dans les discussions concernant le suivi-évaluation - le thème des indicateurs à utiliser, et faire porter ces discussions sur la capacité institutionnelle nécessaire à la production de données fiables et à leur utilisation pour la gestion et la revue des politiques, à tous les niveaux. Ces efforts portent actuellement leurs fruits.
- En plus d'assurer le suivi des améliorations concernant les mécanismes nationaux d'information et de redevabilité, il importe de vérifier également si la charge que représentent les exigences d'agences de développement multiples en matière de rapports diminue.
- Les efforts pour renforcer le suivi des résultats de santé et la responsabilité mutuelle vont de pair. IHP+ se doit d'assurer que des synergies se développent.

**Promouvoir la responsabilité mutuelle**

L'engagement à la responsabilité mutuelle est l'un des principes les plus importants d'IHP+. Tous les signataires du Pacte mondial s'engagent en outre à rendre des comptes sur les engagements qu'ils ont pris dans ce pacte, à l'occasion d'une revue menée par un mécanisme indépendant.

---

<sup>24</sup> De l'anglais « Joint annual reviews »

### *Progrès accomplis en 2011/12*

L'année écoulée a vu deux évolutions notables. La première est un changement progressif, internationalement, dans la façon de penser la responsabilité. Le principe de la responsabilité **mutuelle**, énoncé en 2005 dans la Déclaration de Paris, a constitué un véritable pas en avant. A travers la responsabilité mutuelle, les gouvernements et les agences de développement se rendent des comptes les uns aux autres sur des engagements qu'ils ont pris. Plus récemment, et plus encore suite au quatrième Forum à haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui s'est tenu à Busan en novembre 2011, on met l'accent sur la mise en place de mécanismes plus solides dans les pays eux-mêmes. Des gouvernements, par exemple, peuvent avoir à rendre des comptes au parlement et à des organisations de la société civile sur leurs engagements et sur leurs résultats. La responsabilité mutuelle a de fait été assez fortement associée à des suivis organisés au niveau mondial. Les débats post-Busan sur les dispositifs mondiaux à mettre en place pour suivre l'efficacité de l'aide, tendent à un accord sur un noyau central de mesures standardisées auxquelles tous les partenaires souscriraient, avec des cycles de collecte de données qui dépendraient des dispositifs de suivi de chacun des pays.

L'autre évolution concerne, pour IHP+, le suivi des progrès suite aux engagements pris dans le Pacte mondial, suivi assuré par le consortium indépendant IHP+Results. Le rapport annuel de performance de 2010 produit par IHP+Results était basé sur des données fournies par les acteurs eux-mêmes - 25 signataires, dont dix pays partenaires. L'utilisation de fiches d'évaluation<sup>25</sup> « pays » et celle de fiches « agences » ont été discutées lors de deux sessions en marge du quatrième Forum à haut niveau sur l'efficacité de l'aide à Busan, sessions dont les conclusions ont été présentées lors de réunions nationales, comme au Mozambique et en République démocratique du Congo. Les partenaires au sein d'IHP+ sont tombés d'accord pour conserver la même approche pour le troisième cycle de suivi en 2012, à quelques modifications près - pour plus de rigueur et une comparabilité meilleure, sans augmentation des coûts de transaction. Les pays prenant part au troisième cycle sont deux fois plus nombreux qu'au cycle précédent ; la collecte d'informations a eu lieu en mars et avril 2012. Le rapport annuel de performance de 2012 sera disponible en septembre.

---

#### **Figure 6: signataires participant au 3ème cycle de suivi d'IHP+ Results en 2012**

---

**Gouvernements:** Bénin, Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Ethiopie, Mali, Mauritanie, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, RDC, Rwanda, Salvador, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Togo

**Partenaires au développement:** Allemagne, AusAID, Banque africaine de développement, Banque mondiale, Belgique, Commission européenne, Espagne, Fonds mondial, GAVI, OMS, ONUSIDA, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, UNFPA, UNICEF

---

Il y aura plusieurs occasions de diffuser les conclusions de l'exercice, notamment lors de revues annuelles dans les pays, de réunions internes d'agences et à la *quatrième réunion des équipes de pays IHP+* qui se tiendra fin 2012.

---

<sup>25</sup> Scorecards en anglais

### *Enseignements*

- Le suivi des engagements de Paris consacré spécifiquement au secteur de la santé a été un complément important et utile au suivi plus général de l'efficacité de l'aide effectué par le CAD de l'OCDE.
- L'approche d'IHP+Results a mûri. On sent un progrès avec le temps. Des questions subsistent, comme celles de savoir si les indicateurs actuels rendent suffisamment compte des engagements et des changements importants, de savoir aussi comment institutionnaliser ce type de processus dans les pays et comment rendre plus « léger en transaction » ce type d'exercice.
- Il n'est pas facile de remédier au biais inhérent au fait qu'il s'agisse d'une auto-évaluation ; on pourra cependant l'aborder avec plus d'efficacité une fois que les mécanismes nationaux de suivi intégreront la responsabilité mutuelle.
- Il faut que la société civile joue un rôle plus important dans la diffusion des résultats du suivi en matière de responsabilité, tant au niveau des pays eux-mêmes qu'au niveau mondial.
- Les partenaires au développement pourraient explorer plus activement les possibilités de diffuser le rapport final d'IHP+Results et les fiches d'évaluation.
- Il y a actuellement plusieurs processus de suivi en matière d'efficacité de l'aide. Concernant l'avenir du suivi propre à un secteur donné, il importera à la fois d'éviter les doublons et de prendre en compte le processus qui se met en place dans le cadre du Partenariat pour une coopération efficace au service du développement.

En 2012, avec en point d'orgue la réunion des équipes de pays IHP+, les partenaires vont examiner la forme que devra prendre dans le futur le suivi des engagements du Pacte mondial. Il faudra prendre en compte l'intention d'intégrer de plus en plus les engagements en matière d'efficacité de l'aide dans les mécanismes des pays eux-mêmes, et l'appel à réduire de façon significative la lourdeur du processus.

### **IV. Progrès concernant d'autres domaines de travail d'IHP+**

#### *Analyse de l'efficacité de l'aide et de ses résultats dans le domaine de la santé*

L'un des principaux messages issus de la troisième réunion des équipes de pays IHP+ pour le secteur de la santé, en décembre 2010, a été le besoin à la fois réel et urgent de disposer de cas bien documentés pour mieux montrer comment l'efficacité de l'aide dans la santé produit des résultats. L'une des raisons - et non la moindre - est liée à la pression à laquelle sont soumis chez eux les gouvernements des bailleurs de fonds, en matière budgétaire. Il leur faut donc des exemples convaincants, qui montrent à la fois qu'ils tireront profit de l'application aux politiques et procédures de l'aide des principes de Paris, et qu'ils aideront ainsi à améliorer les résultats obtenus dans les pays concernés. Une autre question, plus spécifique, est bien sûr de savoir dans quelle mesure IHP+ a produit les résultats attendus.

Pour répondre à cette question, les avancées ont été analysées en 2011 dans quatre pays intéressés : le Bénin, le Mali, le Népal et la République démocratique du Congo. Ces rapports narratifs complètent les fiches d'indicateurs -scorecards- produites par IHP+Results. L'analyse était basée sur trois questions:

- Dans quelle mesure les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en pratique ?
- Cela a-t-il contribué à une amélioration des résultats (l'aide est-elle devenue plus efficace? Les systèmes de santé se sont-ils renforcés ? Les services de santé se sont-ils améliorés ?) ?
- Quels ont été les éléments décisifs pour parvenir à ces résultats ?

Les ministères de la santé du Cambodge et de l'Éthiopie ont également fait réaliser en 2011 des études sur leurs mécanismes de partenariat. Au mois d'octobre, les personnes impliquées dans la rédaction des rapports pour les pays concernés se sont retrouvées pour discuter des constats préliminaires et étudier comment mieux communiquer - sur l'efficacité de l'aide et ses résultats - en direction des responsables politiques. Elles ont mis en évidence des exemples crédibles illustrant des messages récurrents et abouti aux conclusions générales suivantes : il existe vraisemblablement des liens entre les changements de comportement des partenaires et les résultats obtenus, il ne faut cependant pas exagérer les affirmations concernant les liens entre une aide efficace et des résultats meilleurs - les influences sont en général de plusieurs types, enfin il est nécessaire d'allier rigueur technique et versions cohérentes des faits. Tous sont tombés d'accord sur l'importance de suivre les tendances en matière de résultats ; il est intéressant cependant de constater que la preuve qu'il existe des liens entre efficacité de l'aide et résultats est plus une préoccupation du niveau mondial que des pays eux-mêmes, préoccupation qui risque de faire perdre de vue les autres avantages que le bon sens reconnaît au fait de travailler en référence à « un seul plan, un seul budget et un seul compte rendu ». Les rapports des pays sont disponibles sur le site internet d'IHP+. Un document concis est en cours de préparation pour la réunion de 2012 des équipes de pays IHP+ pour le secteur de la santé, destiné aux décideurs de haut niveau - au Nord et au Sud. Ce document présentera de manière convaincante, crédible, et en se basant sur des faits, des arguments en faveur de l'efficacité de l'aide et de ses résultats.

---

**Figure 7: Messages concernant l'efficacité de l'aide et ses résultats : quelques exemples**

---

- *On peut faire davantage lorsqu'on a une vision claire et un plan crédible.* L'Éthiopie a étendu sa politique d'agents de proximité à l'ensemble du pays plus rapidement que beaucoup ne l'auraient cru. Ayant débuté modestement, la politique est passée en cinq ans à une échelle nationale. La clarté de la vision du ministère de la santé a joué un rôle déterminant : il a fourni un plan crédible mettant en évidence, pour tous les bailleurs de fonds, les appuis nécessaires.
  - *On peut faire davantage ensemble que séparément.* Le Népal a introduit en 2009 la gratuité des soins de santé maternels dans quelques districts; en 2011, la politique était étendue à l'ensemble du pays car le gouvernement et les bailleurs de fonds avaient agi collectivement, assurant que les ressources atteignent chacun des districts : aucun de ces acteurs n'aurait pu parvenir isolément à un tel résultat.
  - *Une meilleure coordination des ressources permet d'obtenir davantage pour le même montant.* En RDC, la mise en place d'une unité de coordination des bailleurs de fonds unique, au sein du ministère de la santé, a permis de diviser par trois les coûts de gestion - qui sont passés de 28% à 9% des fonds.
-

### *Harmoniser l'assurance qualité des approvisionnements pharmaceutiques*

Dans le cadre du Groupe de coordination pharmaceutique inter-agences (IPC<sup>26</sup>), IHP+ a soutenu un travail d'harmonisation des standards en matière d'assurance qualité des médicaments essentiels achetés sur financements des bailleurs de fonds. Le rapport « Assurer la qualité des médicaments financés par les bailleurs de fonds » est paru<sup>27</sup>, et l'on comprend davantage, au niveau mondial, comment traiter l'assurance qualité. Le rapport propose une approche harmonisée - entre agences - utilisable par les pays à faible revenu ; un plan d'action de cinq ans est en cours d'élaboration, pour son application. Les options possibles concernant le rôle d'IHP+ dans le futur sont en discussion. Deux choses sont envisagées notamment : animer la communication entre les agences de développement sur les aspects pratiques d'une harmonisation de leurs procédures, une fois acquis un accord technique, et trouver comment rendre plus proche des pays ce qui se passe au niveau mondial.

## **V. Le rôle de la société civile au sein d'IHP+**

Le pacte mondial d'IHP+ mentionne explicitement l'importance du rôle des organisations de la société civile (OSC) dans la conception et la mise en œuvre des plans nationaux de santé et pour faire en sorte que les partenaires rendent des comptes. D'après le dernier rapport d'IHP+Results, le niveau d'implication de la société civile (SC) dans les processus nationaux liés aux politiques a augmenté dans le secteur de la santé mais il est encore possible de faire mieux. Dans les pays, IHP+ favorise une implication de la SC dans l'élaboration des plans, les évaluations conjointes, les processus de suivi et de revue et dans l'élaboration des pactes de pays. Au niveau mondial, des représentants de la SC du « Nord » et du « Sud » sont membres actifs de l'équipe de direction et du SuRG (Groupe de référence pour le passage à l'échelle supérieure<sup>28</sup>), indiquent des experts pour les groupes de travail et diffusent l'information au sein des réseaux de la SC. Un groupe consultatif de la société civile les appuie.

### ***Progrès accomplis en 2011/12***

*Dans les pays, des OSC nationales ont pris part aux évaluations conjointes des stratégies nationales (JANS) menées durant l'année écoulée. Les nouveaux pactes de pays ont plus souvent des OSC parmi leurs signataires. Les représentants de la SC au sein d'IHP+ ont travaillé avec IHP+Results à la reformulation, pour le troisième cycle de suivi, de l'indicateur utilisé pour mesurer l'implication de la SC dans le dialogue national sur les politiques.*

### ***Fonds d'action pour les politiques de santé (HPAF<sup>29</sup>)***

Ce programme de petites subventions pour les OSC du Sud est conçu pour soutenir leur implication dans le dialogue national sur les politiques de santé ; il est géré par Oxfam. Un premier cycle de treize subventions s'est achevé l'année dernière et a fait l'objet d'une analyse. Liées à la politique de santé, les actions concernées comprenaient par exemple des enquêtes communautaires sur l'accès aux soins, des

<sup>26</sup> De l'anglais : « Interagency Pharmaceutical Coordination »

<sup>27</sup> Assuring the Quality of Essential Medicines Procured with Donor Funds – disponible en anglais

<sup>28</sup> « SuRG », de l'anglais : « Scaling up Reference Group »

<sup>29</sup> De l'anglais: « Health Policy Action Fund »



enquêtes sur les progrès dans la mise en œuvre des engagements du pacte et des rapports alternatifs sur la performance du secteur de la santé. Le programme a permis d'en savoir plus sur le statut actuel de l'implication des OSC dans les processus liés aux politiques de santé, et sur les façons de renforcer au mieux cette implication. Les bénéficiaires ont dû faire face à des défis d'ordre logistique, politique et technique. L'amélioration de la coordination à travers les réseaux et autres coalitions existants est, d'après Oxfam, une condition pour réussir. Suite à la révision des critères de sélection, un second cycle de subventions pour dix OSC dans huit pays (Cameroun, Kenya, Mali, Népal, Ouganda, Pakistan, Sierra Leone et Togo) a été approuvé en mars 2012<sup>30</sup>. Les buts, objectifs et activités sont décrits en détail sur le site internet du HPAF<sup>31</sup>.

#### *Le groupe consultatif de la société civile (CSCG<sup>32</sup>)*

Il s'agit d'un groupe d'OSC ayant un rôle de conseil ; il appuie les représentants de la SC au sein d'IHP+, il est un lieu de partage de travaux et d'idées, et il élargit la représentation de la SC dans les débats liés à IHP+. Une réunion du CSCG s'est tenue en novembre à Kampala pour coïncider avec la septième rencontre des académies africaines des sciences; ce fut un apprentissage pour quatre des pays ayant obtenu des subventions du Fonds d'action pour les politiques de santé. La réunion a répertorié les priorités concernant la SC pour 2012<sup>33</sup>: une implication plus en profondeur de la SC dans les JANS, IHP+ Results et les pactes de pays, un renforcement des capacités de la SC sur les questions de politique et de plaidoyer, et le repérage de réseaux et d'organisations « chapeau » qui puissent mener, dans les pays, des actions de sensibilisation sur les principes et les approches d'IHP+. Le groupe est en cours de réorganisation.

Des préparatifs sont en cours également afin que la société civile prenne une part active à la diffusion du rapport de performance 2012 d'IHP+Results et des fiches d'évaluation, dans les pays et parmi les agences de développement.

IHP+ a appuyé le second Dialogue et la retraite de l'Alliance de la société civile du Sud dans la santé mondiale à Accra, en mars 2012<sup>34</sup>.

#### *Enseignements*

- Il est possible d'accroître l'implication de la société civile dans le dialogue sur les politiques, dans la planification et le suivi, mais la réalisation pleine et entière de ce potentiel se heurte encore à de sérieux problèmes de capacité.
- Il est difficile de définir ce que l'on entend par « implication significative » de la société civile dans le dialogue sur les politiques, d'où un suivi problématique des avancées dans ce domaine. Les résultats obtenus à partir de l'indicateur modifié du rapport 2012 d'IHP+Results - dont la publication est imminente - seront examinés avec soin.
- Suite à la première expérience de petites subventions du HPAF, la sélection des bénéficiaires et les processus d'appui ont été adaptés pour 2012-13 : on a

<sup>30</sup> [http://www.healthpolicyactionfund.org/RoundTwoPDF/Overview\\_of\\_Grantees\\_April\\_2012\\_October\\_2013.pdf](http://www.healthpolicyactionfund.org/RoundTwoPDF/Overview_of_Grantees_April_2012_October_2013.pdf) (disponible en anglais)

<sup>31</sup> [http://www.healthpolicyactionfund.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=59&Itemid=64](http://www.healthpolicyactionfund.org/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=64)

<sup>32</sup> De l'anglais: « Civil Society Consultative Group »

<sup>33</sup> Rapport de la réunion IHP+ sur la société civile, Kampala, novembre 2011 (disponible en anglais)

<sup>34</sup> Déclaration finale du second Dialogue et de la retraite de l'Alliance de la société civile du Sud dans la santé mondiale, Accra

donné la priorité à des coalitions de la SC ciblant des questions liées aux systèmes de santé et à l'efficacité de l'aide, et les bénéficiaires auront davantage d'appui pour la planification, la mise en œuvre et les rapports de leurs activités. Des événements permettant de partager les enseignements de l'expérience continueront d'être organisés.

## **VI. IHP+ : gestion et communication**

### ***Mécanismes de gestion***

Les mécanismes de gestion d'IHP+ sont ceux qui ont été mis en place en 2010, suite aux recommandations d'une revue externe. Le groupe de référence pour le passage à l'échelle supérieure (SuRG<sup>35</sup>), chargé de définir les orientations stratégiques d'ensemble, comprend tous les signataires. L'équipe de direction, qui supervise de façon régulière les activités d'IHP+, se compose de quatre groupes de représentants - quatre représentants des agences multilatérales, trois des agences bilatérales, deux pour la société civile et trois pour les pays « en développement » partenaires.

Le SuRG a 58 membres actuellement. Organiser des réunions représente désormais un défi majeur : les réunions en face à face coûtent très cher et les difficultés techniques que représente la tenue de téléconférences de très grande ampleur en deux langues, ont fait qu'aucune n'a été organisée durant l'année écoulée. Un forum de consultation en ligne a servi d'alternative en juin 2011, pour discuter avec tous les signataires des orientations futures d'IHP+ ; il a certainement permis d'obtenir les points de vue de davantage de pays partenaires. Des bulletins réguliers d'IHP+ assurent que les membres du SuRG disposent des dernières informations. Tous les membres du SuRG sont invités aux événements qu'IHP+ organise en marge de l'Assemblée mondiale de la santé. La quatrième réunion des équipes de pays IHP+, en décembre 2012, sera également l'occasion d'une réunion du SuRG en face à face.

L'équipe de direction a tenu onze visioconférences l'année dernière. La participation y a été régulière, mais il a été difficile de trouver des représentants des pays partenaires pouvant participer sur une base mensuelle. Ce déficit de représentation des pays est inquiétant. Depuis la fin 2011 cependant, le Sierra Leone et le Soudan sont devenus des membres réguliers de l'équipe de direction, permettant ainsi que les thèmes discutés intègrent davantage le point de vue des pays. Le Rwanda rejoindra l'équipe en juillet 2012. Voir l'annex 3 pour les noms de l'Equipe de direction.

L'équipe de base est restée de taille réduite et continue de travailler à travers ses partenaires, à tous les niveaux.

### ***Communication***

La nécessité d'améliorer la communication est un thème récurrent du rapport de 2011 sur l'orientation stratégique d'IHP+ pour le futur. Les personnes consultées désirent être plus informées sur les activités d'IHP+, avoir l'information plus à temps de manière à pouvoir davantage contribuer et participer ; elles souhaitent des

---

<sup>35</sup> De l'anglais: « Scaling up Reference Group »

enseignements tirés de l'expérience qui soient mieux documentés, un meilleur site internet et une amélioration des autres modes de communication. Des interactions plus efficaces et plus efficaces au sein de l'équipe de direction et du SuRG, et entre le niveau pays et le niveau mondial sont réclamées, ainsi qu'une meilleure diffusion des principes fondamentaux d'IHP+. Les autres suggestions sous la rubrique générale "communication" sont d'augmenter les occasions d'apprentissage mutuel et d'utiliser davantage les mécanismes régionaux, tandis qu'est soulignée l'importance du rôle joué par les réunions d'équipes de pays.

Un certain nombre de mesures ont été prises durant l'année écoulée pour améliorer la communication. Deux d'entre elles, modestes, concernent le fonctionnement de l'équipe de direction: un résumé d'une page couvrant l'ensemble des activités par pays est diffusé à l'équipe de direction tous les mois et les missions et réunions à venir sont un point permanent de l'ordre du jour des réunions.

IHP+ a lancé son nouveau site internet à la mi-mai 2012. Il se veut plus convivial, est complètement bilingue (anglais et français) et contient plus d'informations et d'actualités sur les évolutions dans les pays et au niveau mondial. Le nouveau plan de travail met davantage l'accent sur la documentation des leçons de l'expérience, au-delà du domaine des JANS.

Les réunions nationales and internationales peuvent fournir des occasions importantes de communiquer sur les principes d'IHP+, sur leur mise en pratique et sur l'efficacité de l'aide en général. La figure qui suit donne une liste des réunions internationales sur l'efficacité de l'aide organisées par IHP+ ou qui ont vu la participation active d'un ou plusieurs membres du Partenariat.

---

**Figure 8: réunions internationales sur l'efficacité de l'aide durant l'année écoulée**

L'année dernière, l'équipe de base d'IHP+ a organisé les événements suivants - ou bien y a fait une présentation sur l'efficacité de l'aide et IHP+:

- Evénements en marge de l'Assemblée mondiale de la santé, mai
  - Table ronde d'AfGH (Action for global health) sur l'efficacité de l'aide dans la santé, juin
  - Réunions IHP+ sur la société civile, Kampala, novembre
  - Réunion des académies africaines des sciences sur l'efficacité de l'aide, Kampala, novembre
  - Commission sur l'information et la redevabilité: deuxième réunion des parties prenantes, Ottawa, novembre
  - Deux événements en marge du 4ème Forum à haut niveau sur l'efficacité de l'aide, Busan, novembre
  - Vers des principes communs pour évaluer les impacts de l'aide au développement et en rendre compte, atelier organisé par EAGHA<sup>36</sup>, la Commission européenne et Le Lancet, février 2012
  - Second Dialogue et retraite de l'Alliance de la société civile du Sud dans la santé mondiale, Accra, mars 2012
  - Forum 2012 de la recherche en santé de COHRED<sup>37</sup>, « l'aide et au-delà de l'aide », mars 2012
- 

<sup>36</sup> European Global Health Alliance

<sup>37</sup> Council on health research for development

## VII. IHP+ : Finances - revenus et dépenses

L'année allant du 1er avril 2011 au 31 mars 2012 couvre la fin du plan de travail de la phase II d'IHP+ (qui va jusqu'au 31 décembre 2011) et le début du plan de travail de la phase III (qui va de janvier 2012 à décembre 2013). Le rapport financier pour l'année écoulée est donc présenté en deux parties.

### 1) IHP+, phase II, dépenses du 1er avril au 31 décembre 2011

<i>Revenus et dépenses : résumé</i>	\$
Solde disponible au 1 <sup>er</sup> avril 2011	4 250 000
Revenus	
• Fonds 2008-2009 : dernier rapprochement comptable	521 000
• Mise à disposition des provisions non dépensées de l'exercice 2010-2011	1 137 000
Dépenses avril-décembre 2011	3 004 600
Solde de clôture au 31 décembre 2011	3 180 000

#### *Dépenses par domaines de la phase II du plan de travail, avril-décembre 2011*

	Phase II du plan de travail : activités	Dépenses (\$)
Domaine 1	<b>Activités dans les pays:</b> subventions de pays, mise en œuvre de JANS, utilisation de cadres communs de M&E, élaboration de pactes	1 778 000
Domaine 2	<b>Activités au niveau mondial:</b> Groupe consultatif de la société civile et autres activités de niveau mondial liées à la société civile	70 000
Domaine 3	<b>Responsabilité mutuelle:</b> 3 <sup>ème</sup> cycle de suivi d'IHP+Results	450 400
Domaine 4	<b>Gestion et communication IHP+ :</b> appui à l'équipe de base, communications (nouveau site internet inclus), consultation sur les orientations d'IHP+ pour l'avenir	706 200
	<b>total</b>	<b>\$ 3 004 600</b>

L'avenir d'IHP+ a été débattu abondamment en 2011. Suite à la décision de poursuivre, un certain nombre de bailleurs ont indiqué des financements pour la phase III (débutant en janvier 2012) mais l'année 2011 n'a pas vu arriver de fonds nouveaux. On a donc limité l'utilisation des fonds de la phase II afin de disposer d'un report pour le début de la phase III. Le seul domaine pour lequel les dépenses n'ont pu être réduites est le domaine 4, qui inclut l'appui financier au fonctionnement de l'équipe de base. Le solde des fonds non dépensés fut remis à disposition fin décembre 2011, en conformité avec les règles comptables de l'OMS.

### 2) IHP+ : revenus et dépenses, du 1 janvier au 31 mars 2012

<i>Revenus et dépenses : résumé</i>	\$
Solde d'ouverture, au 1 <sup>er</sup> janvier 2012	3 180 000
Revenus, 1 <sup>er</sup> janvier - 31 mars 2012	1 550 000
Dépenses, 1 <sup>er</sup> janvier - 31 mars 2012	2 867 000
Solde au 1 <sup>er</sup> avril 2012	1 863 000

### **Allocations par domaines de la phase III du plan de travail**

		Dépenses au 31 mars 2012
Domaine 1	<b>Consolider l'alignement sur un plan unique:</b> Subventions de pays, JANS, appui aux pactes*	1 125 000
Domaine 2	<b>Consolider le changement par l'action au niveau mondial :</b> gestion financière, AQ en matière d'approvisionnements, implication dans des initiatives apparentées, analyse de l'expérience	3 000
Domaine 3	<b>Accroître l'implication de la SC dans le programme de travail d'IHP+ :</b> groupe consultatif, amélioration des communications Sud-Sud, HPAF**	580 000
Domaine 4	<b>Promouvoir la responsabilité basée sur les résultats :</b> plateforme unique de M&E; suivi du pacte mondial, réunion des équipes de pays	237 600
Domaine 5	<b>Fonctionnement d'IHP+ et communications</b>	920 500
	<b>TOTAL \$</b>	<b>2 867 000</b>

\* 90% de ce montant correspond à des subventions de pays, dont toutes sauf une sont des financements de la phase II émis à nouveau suite à l'expiration du délai d'utilisation

\*\* Le montant le plus important concerne l'allocation au Fonds d'action pour les politiques de santé

### **3) Ressources d'IHP+ pour la phase III – réelles et annoncées**

Le budget approuvé pour la phase III du plan de travail 2012/13 se monte à 9,85 millions de dollars des Etats-Unis.

En janvier 2012, le report de la phase II se montait à 3,18 millions de dollars. Des fonds nouveaux sont arrivés début 2012, en provenance d'Espagne et de Norvège, amenant à 4,73 millions de dollars le total disponible. Sur ce montant, 900 000 \$ ont été réémis pour les pays qui disposaient de subventions de la phase II encore « actives », mais avaient dû retourner les fonds en question à la clôture des comptes de l'OMS pour l'exercice, en décembre 2011.

Depuis avril 2012, IHP+ a réceptionné des fonds de la Suède (1,2 million de dollars). Trois autres bailleurs ont annoncé un montant d'environ 7,1 millions de dollars pour le plan de travail<sup>38</sup> : DFID (2 millions de livres), la Commission européenne (3,5 millions d'Euros) et l'Allemagne (600 000 Euros). En résumé, la phase III du plan de travail est donc financée - à condition que l'ensemble des fonds annoncés soient effectivement mis à disposition.

### **4) Aperçu des subventions de pays IHP+ pour 2011 - 2012**

Les subventions de pays IHP+ sont conçues pour être flexibles et jouer un rôle de catalyseur dans le renforcement des mécanismes de coordination sectorielle, et dans la planification et le suivi des stratégies nationales de santé. Les activités font l'objet d'un accord entre le ministère de la santé et ses partenaires dans le pays concerné. Si les demandes de subvention répondent aux critères de base et s'il n'y a pas de source alternative de financement localement, la proposition sera acceptée par l'équipe de base sous réserve de la disponibilité de fonds IHP+. Afin d'assurer des coûts de transactions minimaux, les comptes-rendus font l'objet de procédures légères et tout document de pays peut être utilisé s'il est pertinent. Le montant des

<sup>38</sup> Une fois déduites les dépenses d'appui au programme

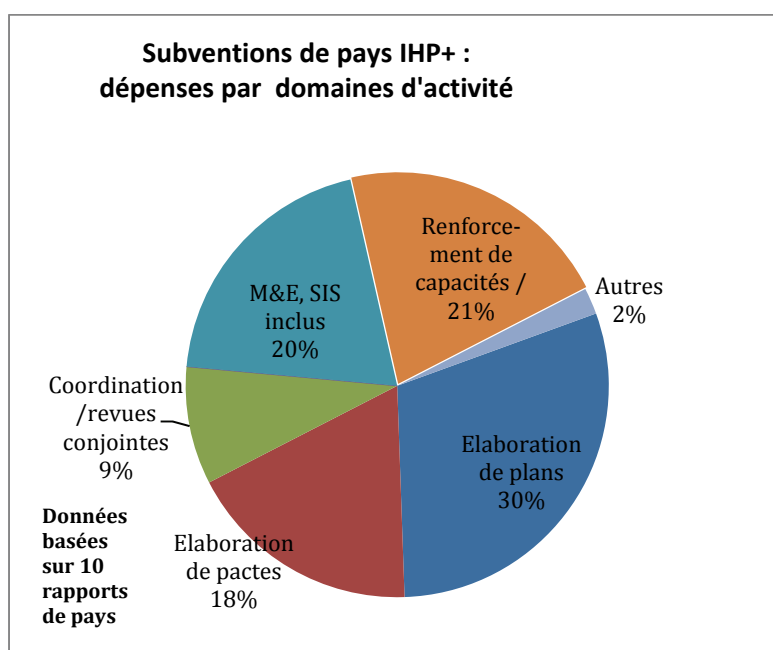
subventions diminue, pour trois raisons. Premièrement, le nombre des partenaires au sein d'IHP+ a augmenté, mais pas les ressources. Deuxièmement, le rythme des dépenses liées aux subventions de pays a pu être plus lent que prévu certaines fois. L'allocation initiale maximale est désormais de 100 000 \$, avec la prise en compte de demandes de financements additionnels si les fonds sont disponibles.

Troisièmement, les subventions ne sont pas conçues comme une source de financement permanent.

Durant l'année écoulée, 1,2 million de dollars de subventions ont été déboursés, sur douze pays.

- Pour cinq pays - le Burkina Faso, le Rwanda, le Sénégal, le Soudan et le Tchad - il s'agissait de premières tranches.
- Pour sept pays IHP+ – le Burundi, le Cambodge, la Mauritanie, le Népal, le Sénégal, la République démocratique du Congo et le Togo – il s'agissait de deuxièmes ou troisièmes tranches.

Les avis exprimés à l'occasion de la consultation sur les orientations futures d'IHP+, en 2011, différaient quant à la capacité des subventions de pays d'appuyer un travail conjoint et de promouvoir les principes de l'efficacité de l'aide. Les comptes rendus à l'équipe de base durant l'année écoulée, montrent néanmoins que les ministères de la santé et leurs partenaires apprécient les subventions d'IHP+ - même celles d'un montant réduit - du fait de leur flexibilité, pour des activités plutôt rarement financées. Ces subventions ont eu un rôle de catalyseur dans la promotion de la coordination et l'appui au ministère de la santé et à ses partenaires pour l'élaboration de pactes de pays et de plans nationaux. Le graphique qui suit indique ce pourquoi les fonds ont été utilisés. Les deux domaines principaux ont été l'appui à l'élaboration de plans nationaux et de pactes (50% environ du total des dépenses) et le renforcement de capacités en matière de coordination des partenaires et de suivi des performances (40%).



## VIII. Perspectives

IHP+ a presque cinq ans d'existence et l'environnement dans lequel il opère est différent de celui qu'il a connu à son démarrage. L'incertitude économique a accru la focalisation sur ce que « rapporte » l'argent, et sur les résultats. Certains bailleurs de fonds reviennent de l'appui budgétaire - général ou sectoriel - vers le terrain, perçu comme plus sûr, du financement de projets. Au niveau mondial, le quatrième Forum à haut niveau sur l'efficacité de l'aide, à Busan, a fait émerger la notion plus large d'efficacité du développement, qui met davantage l'accent sur une appropriation nationale impliquant un nombre plus important d'acteurs. Concernant la responsabilité basée sur les résultats, les débats évoluent ; ils mettent un accent plus important sur les mécanismes de la redevabilité dans les pays eux-mêmes, tout en reconnaissant qu'une certaine forme de rapport mondial a sa place. Dans les pays, la santé demeure un terrain bondé ; les questions de coordination et l'inefficacité liée aux doublons et à la fragmentation y sont encore bien réelles.

L'évènement organisé par IHP+ en marge de l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2012, a conclu que, si de nombreux défis demeurent, les progrès sont réels malgré tout et que des progrès sont possibles même dans les contextes d'assez grande fragilité. Le fait que le développement sanitaire est et restera un domaine difficile à organiser et complexe, est davantage reconnu : un plan national de santé est important mais il ne peut par lui-même rassembler les gens ou générer plus d'alignement et de responsabilité ; il s'agit de gérer en permanence des processus politiques.

Quelles conséquences pour IHP+ pour les 18 mois qui viennent, étant donné son intention d'accélérer et de consolider - d'ici la fin 2013 - les progrès vers une aide plus efficace?

Tout d'abord, il importe que l'ensemble des partenaires s'engagent à produire ce qui est attendu - et sur quoi ils se sont mis d'accord - dans le cadre du plan de travail 2012-13 d'IHP+. Le plan de travail insiste sur le fait que c'est à chaque pays de définir les résultats attendus dans son contexte (de la part de toutes les parties prenantes, pas seulement du ministère de la santé) ; dans l'idéal, ces résultats font partie du plan annuel ou biennuel du ministère, sont faisables dans un délai de deux ans, et l'examen des progrès est assuré dans le cadre du processus national de suivi annuel.

Ensuite, les priorités concernant des éléments particuliers du plan de travail d'IHP+ sont de plus en plus claires. Concernant les JANS, il s'agit de trouver des moyens d'améliorer les synergies entre les JANS sectorielles et celles qui concernent un programme donné, de gérer les attentes d'acteurs divers vis-à-vis des JANS et d'institutionnaliser ces dernières. Concernant les pactes, il s'agit d'encourager le suivi actif et régulier d'engagements mesurables. Dans le domaine de la responsabilité basée sur les résultats, l'appui d'IHP+ à la mise en place d'une plateforme commune de M&E demeure crucial, et les travaux prévus sur les mécanismes de revue conjointe vont représenter un ajout significatif. L'harmonisation de la gestion financière s'intensifie quant à elle, dans un nombre croissant de pays.

Dans le domaine de la responsabilité mutuelle, il y a deux priorités: renforcer les mécanismes nationaux, en tirant les leçons de l'expérience menée avec IHP+Results, et trouver des modalités de suivi plus « légères » pour les engagements du Pacte mondial, qui prennent en compte les processus de suivi apparentés. Ceci reste un domaine important qui engage les signataires d'IHP+ et la décision finale sera prise par ces signataires dans leur ensemble, à travers le SuRG.

IHP+ poursuivra ses efforts pour accroître et pour approfondir l'implication des OSC dans les pays et au niveau mondial.

Dans les domaines qui précèdent, on mettra davantage l'accent sur l'analyse, une communication meilleure et le partage des enseignements, des résultats et des options pour continuer à avancer. La quatrième réunion des équipes de pays IHP+, en décembre 2012, représentera une occasion importante, pour l'ensemble des signataires, de considérer les avancées de façon critique.



### Annexe 1: Partenaires au sein d'IHP, mai 2012

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

## Annexe 2: Pactes de pays ou accords de partenariat similaires, situation au 7 juin 2012

<b>Pays</b>	<b>Pacte ou accord similaire</b>	<b>Situation</b>
Bénin	Pacte	Signé en 2010
Burkina Faso	Pacte	Signature prévue en 2012
Burundi	Protocole d'accord	Signé en 2008; nouveau pacte prévu pour 2012
Cambodge	Accord de partenariat	Signé en 2008
Cameroun	--	--
Cap Vert	--	--
Cote d'Ivoire	Pacte	En cours d'élaboration
Djibouti	Pacte	Prévu pour 2012
Ethiopie	Pacte	Signé en 2008
Gambie	--	--
Guinée	--	--
Kenya	Code de conduite	Signé en 2007
Madagascar	--	--
Mali	Pacte	Signé en 2009
Mauritanie	Pacte	Signé en 2012
Mozambique	Pacte	Signé en 2008
Népal	Partenariat pour le développement sanitaire	Signé en 2009
Niger	Pacte	Signé en 2011
Nigeria	Pacte	Signé en 2010
Ouganda	Pacte	Signé en 2010
Pakistan	--	--
RDC	Protocole d'accord	Signé en 2009
Rwanda	Protocole d'accord	Signé en 2007
Salvador	--	--
Sénégal	Pacte	Prévu pour 2012
Sierra Leone	Pacte	Signé en 2011
Soudan	Pacte	En cours d'élaboration
Tchad	Pré-pacte	Signé en 2011
Togo	Pacte	Signé en 2012
Viet Nam	Déclaration d'intention	Signée en 2009
Zambie	Protocole d'accord + addendum	Protocole signé en 2006, addendum en 2009; projet de pacte disponible

### Annexe 3: IHP+, Equipe de direction

Les membres de l'équipe de direction d'IHP+ représentent quatre groupes de parties prenantes: partenaires bilatéraux, société civile (SC), pays partenaires, huit principales organisations actives dans le domaine de la santé et regroupées sous le sigle H8.

#### Composition de l'équipe de direction d'IHP+ en 2012

Institution	Nom	Suppléant	Groupe représenté
<b>Bilatéraux</b>			
AUSAID	Timothy Poletti		Bilatéraux
Commission européenne	Andrea Milkowski	Walter Seidel	Bilatéraux
DfID	James Droop	Susan Chandler	Bilatéraux
Pays Bas		Monique Kamphuis	Bilatéraux suppléants
SIDA Suède		Anders Molin	Bilatéraux suppléants
<b>Civil society</b>			
Représentation de la SC du Nord	Elaine Ireland	Louise Holly (Save the Children)	Société civile (Nord)
Représentation de la SC du Sud	Mayowa Joel	Innocent Laison	Société civile (Sud)
<b>Pays en développement</b>			
Sierra Leone	Magnus Gborie	Teniin Gakuruh	Pays partenaires
Soudan	Imad Kayona	Malik Abassi	Pays partenaires
<b>Agences de H8</b>			
Banque mondiale	Armin Fidler	Nicole Klingen	H8 (BM / Fondation Gates)
Fonds mondial	Johannes Hunger		H8** (FM / GAVI)
GAVI Alliance	Bakhuti Shengelia		H8** (GAVI / FM)
OMS	Carissa Etienne	Wim Van Lerberghe / Phyllida Travis	H8** (OMS / ONUSIDA)
ONUSIDA	Brad Hersh		H8** (ONUSIDA / OMS)
UNFPA	Jacqueline Mahon		H8** (UNFPA / UNICEF)
UNICEF	Ian Pett		H8** (UNICEF / UNFPA)

\*\*GAVI et le Fonds mondial alternent tous les mois et les autres agences, deux fois par an.

[www.internationalhealthpartnership.net](http://www.internationalhealthpartnership.net)

