

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

Rapport du secrétariat
Avril 2009 – Mai 2010



Partenariat international pour la santé (IHP+)

Rapport du secrétariat pour la période d'avril 2009 à mai 2010

Contexte

IHP+ fut créé en septembre 2007. Le présent rapport a pour objet de décrire les progrès réalisés depuis mars 2009. Il a pour base la phase II du plan de travail et les recommandations de la revue ministérielle et des autres revues ayant eu lieu en 2008 / 2009. Il prend également en compte l'environnement changeant dans lequel opère IHP+ et propose une réflexion sur les implications de ces changements pour les activités du partenariat.

Un certain nombre d'évolutions importantes ont eu lieu au niveau mondial, durant l'année écoulée. De nombreux pays donateurs se sont engagés à maintenir leur niveau d'aide au développement en pourcentage de leur revenu intérieur brut. La mise à disposition de fonds nouveaux pour la santé, issus d'instruments de financement international novateurs, en est à ses débuts. Les politiques d'aide de certains des principaux bailleurs de fonds font l'objet de changements significatifs; cela concerne en particulier le Gouvernement des Etats-Unis avec sa « Global Health Initiative », qui indique un engagement beaucoup plus important aux côtés des autres partenaires et une concentration plus forte sur les systèmes de santé. Le Fonds mondial a entrepris un certain nombre de réformes pour simplifier son modèle de subvention. Des discussions concernant une « plateforme de financement des systèmes de santé » sont en cours entre La Banque mondiale, GAVI et le Fonds mondial, animées par l'OMS ; elles portent de plus en plus sur le fonctionnement d'un tel dispositif au niveau des pays. Les OMD 4 et 5 (Objectifs du Millénaire pour le développement) sont de plus en plus considérés. Le sommet de 2010 sur les OMD fournit une plateforme pour réfléchir aux progrès et renouveler les engagements des partenaires au développement pour atteindre les OMD.

IHP+ en 2009/10: aperçu des réalisations

- **IHP+ devient plus ouvert. Avec 12 nouveaux signataires** depuis avril 2009, le pacte mondial atteint un total de 47 signataires.
- L'outil pour l'**évaluation conjointe** de stratégies nationales (JANS¹) a été validé par les signataires d'IHP+. Des évaluations conjointes de stratégies nationales sont en préparation dans **6 pays environ en 2010**. Une **base de données** disponible sur le site web d'IHP+, améliore l'accès à une information par pays, sur les cycles de planification dans le domaine de la santé.
- **L'implication de la société civile** dans les processus nationaux de planification pour la santé fait l'objet d'une attention croissante; il existe, dans la majorité des pays, une certaine participation d'organisations de la société civile (CSO²); il est cependant nécessaire de trouver comment rendre plus efficace ce type d'implication.
- Des cas particuliers témoignent d'avancées dans la mise en place de **systèmes communs de suivi et d'évaluation**; le cadre commun de suivi et d'évaluation est opérationnalisé actuellement dans cinq pays IHP+.
- Le consortium IHP+Results fournira une **première mise à jour concernant les progrès par rapport aux engagements du pacte mondial**, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2010. Les partenaires, lors d'une revue en février, ont considéré que la démarche était novatrice mais onéreuse. Elle est en cours de simplification, en consultation avec un groupe de travail inter-agences sur la responsabilité mutuelle. Les pays en développement font néanmoins passer d'ores et déjà un message clair de frustration par rapport à la lenteur des changements de comportement chez les partenaires au développement.
- **Les « produits » IHP+ sont considérés de plus en plus comme des biens publics** – les outils et les cadres peuvent être utilisés librement par les pays et les partenaires. L'outil pour l'« évaluation conjointe de stratégies nationales » et le cadre commun de suivi et d'évaluation en sont deux exemples. Un groupe inter-agence met au point actuellement un **modèle unifié de calcul des coûts**, pour aider à chiffrer les plans nationaux de santé; il est prévu pour la fin 2010. Un bon nombre de pays « non IHP+ » ont d'ores et déjà commencé à utiliser ces outils.

¹ De l'anglais « Joint Assessment of National Strategies »

² De l'anglais « Civil Society Organization »

- Des dispositions nouvelles **améliorent la représentativité** des organes de gestion d'IHP+; la communication a également fait des progrès avec, notamment, des présentations types, une documentation et un site web remaniés.

De nouveaux partenaires au sein d'IHP+

Le nombre des partenaires a augmenté de manière substantielle, comme le résume la figure 1. Il y a 47 signataires actuellement, dont 22 sont des pays à faible revenu. Il s'agit d'une évolution positive, qui fait d'IHP+ un forum plus ouvert.

Figure 1: partenaires au sein d'IHP+, 2007 - 2010

	septembre 2007	mai 2010
Pays à faible revenu	8	22
Bailleurs de fonds bilatéraux	8	13
Organisations internationales et fondations	11	12
Total	27	47

Autre élément positif : les nouveaux signataires sont, pour beaucoup, des états plus fragiles et des pays avec une moindre tradition de coordination des partenaires. Les attentes communes à ceux qui rejoignent IHP+ sont les suivantes : leur pays sera en meilleure position pour accéder à de nouveaux fonds internationaux dans le domaine de la santé, il aura davantage de « poids » dans les négociations avec ses partenaires au développement pour l'appui à sa stratégie nationale de santé, la notion de responsabilité mutuelle sera davantage mise en avant - surtout du fait d'un meilleur accès aux discussions mondiales sur la mise en œuvre des engagements relatifs à l'efficacité de l'aide.

Principaux domaines d'activités en 2009/10: progrès, défis, prochaines étapes

IHP+ fut créé pour accélérer la progression vers les OMD en matière de santé. Dans son plan de travail - phase II - il est clairement indiqué que le travail d'IHP+ repose sur les principes suivants :

- Continuer à se concentrer sur les résultats dans le domaine de la santé;
- Partir de ce qui existe déjà en matière de politiques, de systèmes de santé et de mécanismes de coordination;
- Favoriser un développement sanitaire qui soit conduit dans chaque pays, par le pays lui-même, en obtenant d'un nombre accru de parties prenantes qu'elles s'unissent autour d'une stratégie unique ;
- Réduire les coûts de transaction provoqués par la multiplicité des initiatives, en transformant la façon dont travaillent les différents partenaires;
- Viser des financements qui soient à plus long terme, et plus prévisibles;
- Promouvoir la responsabilité mutuelle.

Cinq axes de travail incarnent ces principes pour 2009/11:

- Appuyer des **processus nationaux de planification**;
- Mener des « **Evaluations conjointes** de stratégies et de plans nationaux »;
- Développer les **pactes** de pays;
- Progresser dans la mise au point d'un **cadre unique de suivi des résultats**;
- Promouvoir la **responsabilité mutuelle** en assurant un suivi des progrès par rapport aux engagements pris dans les pactes.

1 Appui à des processus nationaux de planification

Il est nécessaire que les partenaires aient confiance dans les stratégies nationales de santé qu'on leur demande de soutenir. Il y a aussi des arguments solides en faveur du fait que des processus d'élaboration plus ouverts aboutissent à des stratégies meilleures, qui ont davantage de chances d'être mises en œuvre. En 2010, de nombreux pays vont reformuler leurs stratégies nationales de santé et de lutte contre le VIH/sida. Sur un plan mondial, des 157 pays dont on sait qu'ils ont des plans nationaux de santé, un tiers de ces plans arriveront à leur terme en 2010. Plus de la moitié des 21 pays IHP+ ont des stratégies ou des plans de santé qui prennent fin en 2010 ou 2011³.

Figure 2: pays IHP+ élaborant de nouveaux plans nationaux de santé en 2010 /11

Burkina Faso, Burundi
République démocratique du Congo (RDC), Djibouti, Ethiopie,
Madagascar, Kenya, Népal, Niger, Nigeria,
Ouganda, Vietnam, Zambie.

Etat d'avancement

- *Appui accru aux processus nationaux de planification.* Nombre d'agences de développement accroissent leurs appuis aux processus de planification sectorielle. Il est nécessaire d'assurer que les plans ne deviennent pas une fin en soi mais qu'ils soient réellement mis en œuvre. Il est également nécessaire de répondre en temps voulu, et efficacement, aux demandes d'appui technique. Les façons de le faire sont nombreuses – indépendamment et/ou en collaboration avec d'autres agences. L'appui fourni au processus de planification sanitaire nationale au Nigeria par les agences HHA⁴ durant l'année écoulée, constitue un exemple de collaboration régionale inter-agences. Par ailleurs, un document de travail sera présenté via IHP+, qui aura pour thème la fourniture d'une assistance technique efficace plus importante. Une base de donnée mondiale sur les cycles de planification dans les pays a été installée sur le site web d'IHP+ afin d'aider les agences de développement à savoir où et quand sont élaborées de nouvelles stratégies nationales de santé. Cette base de données est régulièrement mise à jour.
- *Coordination des partenaires et rattachement accru au dialogue sur les politiques.* IHP+ a, dès sa création, encouragé l'idée de réunir les différentes parties prenantes au sein d'« équipes santé de pays » pour améliorer la coordination et l'appui aux stratégies nationales de santé. Dans la pratique, il n'est pas rare de trouver, dans un pays donné, plusieurs organes de coordination répondant chacun à des objectifs différents. Il peut y avoir par exemple, en plus d'une entité générale de coordination pour le secteur de la santé, un comité de coordination inter-agences pour GAVI (ICC) et une instance de coordination nationale pour le Fonds mondial (CCM). D'après une analyse menée début 2009 dans huit pays IHP+, lorsqu'il existe des organes généraux de coordination sectorielle, ils associent le plus souvent les ministères de la santé et les partenaires au développement, mais moins souvent des prestataires ne dépendant pas de l'Etat ou des groupements issus de la société civile, même dans les cas où ces derniers fournissent une part importante des prestations de santé.

Plusieurs initiatives ont été prises l'année dernière pour améliorer l'implication de la société civile dans les processus d'élaboration de plans ou de politiques de santé. L'un des attributs analysés dans le cadre de l'outil IHP+ pour l'évaluation conjointe de stratégies nationales (JANS), est le degré d'« ouverture » des processus pour élaborer ou valider une stratégie nationale. L'engagement de la société civile dans les processus nationaux de planification et d'analyse des performances fait donc l'objet de plus d'attention. Engagement jusqu'à quel point, avec quelle signification et quel degré de responsabilité ? Cette analyse sera l'un des éléments de l'analyse des expériences de JANS. En second lieu, Oxfam GB a emporté le contrat de gestion d'un ensemble de petites subventions de pays pour promouvoir l'engagement de la société civile dans le dialogue sur les politiques et dans le suivi des performances des systèmes de santé. L'appel à propositions a été lancé à la mi-mars 2010 auprès d'organisations de la société civile, dans tous les pays participant à IHP+.

³ http://www.internationalhealthpartnership.net/en/news/display/country_planning_cycle_database

⁴ De l'anglais "Harmonization for Health in Africa" - Harmonisation pour la santé en Afrique: bureaux régionaux de la Banque africaine de développement, de l'UNFPA, de l'ONUSIDA, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'OMS

- *Intégrer l'équité comme perspective dans le dialogue sur les politiques.* Des analyses de l'accent mis sur l'équité dans les plans nationaux de santé ont été menées en Ethiopie et en Zambie; d'autres sont prévues au Népal et au Vietnam.
- *IHP+ et initiatives apparentées.* Les questions concernant la manière dont IHP+ collabore avec des initiatives apparentées comme HMN (Réseau de métrologie sanitaire⁵), P4H («Providing for Health») et GHWA (Alliance mondiale pour les personnels de santé⁶) sont fréquentes. De nombreux partenaires au sein d'IHP+ sont aussi partenaires dans le cadre de ces autres initiatives; la démarche a donc été d'encourager ces partenaires à s'engager à trouver comment coordonner leurs appuis aux processus nationaux concernant la planification et la mise en œuvre.

2 Evaluation conjointe de stratégies nationales (JANS)

L'évaluation conjointe est une démarche commune pour analyser les forces et les faiblesses d'une stratégie nationale; elle est acceptée par de nombreuses parties prenantes et peut servir de base aux appuis techniques et financiers. Ses avantages supposés sont une amélioration de la qualité des stratégies nationales et une plus grande confiance des partenaires à l'égard de ces stratégies, ceci devant permettre des financements plus prévisibles et mieux alignés.

Etat d'avancement

Un groupe de travail inter-agences a élaboré en 2008/9, dans le cadre d'IHP+, la version provisoire d'un outil et d'un guide pour l'évaluation conjointe. Ces versions furent revues par les partenaires au sein d'IHP+ en juillet 2009 ; il fut largement admis alors, que l'outil provisoire était « suffisant » à ce stade et qu'il importait d'impulser sans délai la mise en œuvre d'évaluations conjointes avec quelques-uns des pays ayant exprimé leur intérêt. Ceci serait, estimait-on, la meilleure façon d'améliorer l'outil et de mettre au point des processus qui fonctionnent sur un plan pratique.

Huit pays ont confirmé leur intention d'organiser des évaluations conjointes en 2010/11 ou considèrent sérieusement la possibilité de le faire: l'Ethiopie, le Népal, le Rwanda, l'Ouganda, la Zambie, le Vietnam et deux pays « non IHP+ », le Ghana et le Tadjikistan. Un besoin de courtes missions de cadrage s'est rapidement fait sentir, afin de clarifier avec les pays le but et les processus possibles; de telles missions ont eu lieu au Rwanda, au Népal, en Ethiopie, en Ouganda et au Vietnam. Tous les partenaires au développement ont été rencontrés à ces occasions. Ces missions du secrétariat d'IHP+ (Banque mondiale et OMS) ont vu la participation également, au Népal et en Ethiopie, de personnels du siège d'autres agences, parmi lesquelles GAVI et le Fonds mondial ; l'exercice JANS doit en effet servir de base aux décisions concernant des financements nouveaux dans le cadre de la plateforme de financement des systèmes de santé⁷. Des rapports de missions concis sont disponibles sur le site web d'IHP+.

Le Népal et la Zambie, qui sont les deux pays à avoir utilisé l'outil de la manière la plus approfondie jusqu'à présent, l'ont fait un peu différemment: au Népal, l'outil a servi à la fois pour élaborer une stratégie et pour l'évaluer, alors qu'en Zambie il a avant tout servi pour l'élaboration de la stratégie. Les évaluations conjointes prennent des formes variées selon les pays mais elles reposent toutes sur les mêmes principes: répondre à la demande du pays, être menée par lui, s'appuyer sur les processus existants, inclure un apport indépendant et associer la société civile et les autres acteurs concernés.

Figure 3: Deux approches différentes de l'évaluation conjointe

Au Népal, une occasion immédiate s'est présentée, suite à une mission de cadrage en janvier 2010, d'utiliser l'outil JANS pour augmenter la participation à l'évaluation, déjà planifiée, du nouveau Programme national pour le secteur de la santé (NHSP-II) par les principaux partenaires financiers (AusAID, DFID et Banque mondiale). De nombreux partenaires au développement ont participé à l'analyse des forces et des faiblesses de la première version provisoire intégrale du programme. Les ONG, qui

⁵ De l'anglais : "Health Metrics Network"

⁶ De l'anglais: "Global Health Workforce Alliance"

⁷ On trouvera plus loin dans le rapport une section donnant davantage d'informations concernant la plateforme de financement des systèmes de santé

avaient pris une part active à l'élaboration du plan, firent une analyse séparée. L'exercice est perçu comme « opportuniste » mais plus ouvert qu'auparavant, même s'il est encore imparfait. L'évaluation a été utilisée pour guider la version suivante du NHSP-II. A GAVI, le Conseil a décidé récemment que le plan national servirait de base au financement du renforcement des systèmes de santé (RSS) pour le Népal.

En Zambie, une utilisation plus orientée sur l'élaboration: En Zambie, le gouvernement a sollicité l'appui de ses partenaires pour le processus d'élaboration du nouveau Plan stratégique national de santé 2011-2015 (NHSP-II). Une première réunion nationale de planification stratégique pour la santé s'est tenue en janvier, rassemblant plus de cent personnes du Ministère de la santé et les partenaires. L'outil JANS a été utilisé pour un examen de l'ancienne stratégie et pour une nouvelle analyse de situation. Cette même analyse de situation a adopté une structure basée sur les éléments essentiels des systèmes de santé et les quatre réformes des soins de santé primaires (SSP)⁸. Une feuille de route pour le processus du NHSP-II jusqu'en mai 2010 a fait l'objet d'un accord.

Enseignements tirés de l'expérience

- Le fait que l'outil JANS soit validé par plusieurs agences au niveau mondial lui procure une légitimité importante dans les pays.
- Les missions de cadrage peuvent s'avérer utiles pour clarifier les attentes, renforcer la confiance et se mettre d'accord sur un programme d'action détaillé et concret.
- L'implication de la société civile fait l'objet de plus d'attention mais il est nécessaire de trouver comment la rendre plus efficace.
- L'accent mis sur l'intégration d'un « apport indépendant » dans l'évaluation conjointe fait parfois l'objet de questions dans les pays, ce type d'apport est néanmoins accepté comme un élément positif s'il met davantage en évidence des questions importantes mais négligées, s'il fait l'objet d'une collaboration et permet d'associer davantage de partenaires.

L'outil, le guide, une liste des questions les plus fréquentes, des informations sur les missions de cadrage et un cadre général pour recueillir les enseignements de l'expérience sont accessibles sur le site web d'IHP⁹. Il s'agit de « biens publics », dans la mesure où tous ceux que cela intéresse, et pas uniquement les signataires d'IHP+, peuvent les utiliser.

3 Pactes

Un pacte de pays est un ensemble d'engagements négociés par les signataires concernant la façon dont ils vont soutenir une stratégie nationale de santé unique. Il fournit un cadre général pour augmenter l'efficacité de l'aide et pour augmenter l'aide dans le domaine de la santé, en répondant d'une part à des problèmes comme la fragmentation, la volatilité ou les coûts élevés de transaction, et d'autre part à la nécessité d'une plus grande responsabilité mutuelle.

IHP+ encourage les partenaires à s'appuyer sur les accords existants – protocoles d'accord ou codes de conduite dans les pays où existe une approche sectorielle pour la santé (SWAp), par exemple. Il les encourage à prendre des engagements plus explicites si nécessaire, et à disposer d'indicateurs pour suivre leur mise en œuvre. L'Éthiopie, le Népal, le Mali et le Mozambique ont négocié et signé des pactes IHP+ en 2008 et début 2009. En Zambie, bien que sa signature ait pris du retard du fait d'une crise politique, un addendum au protocole d'accord entre le ministère de la santé et les partenaires au développement fut préparé en 2009. Ces documents ne sont pas légalement contraignants mais de réels engagements négociés exigent des compromis entre des positions différentes et le fait d'inscrire ces engagements dans des documents signés donne une plus grande chance que l'on s'y conforme.

Etat d'avancement

⁸ <http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>

⁹ http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about/j_1253621551; un clic en bas de page permet d'accéder à des documents en français

Un examen récent de la situation des pactes IHP+ de pays - ou accords similaires entre le gouvernement et les partenaires au développement - est résumé à la Figure 4. On notera que sept pays prévoient de réviser leurs protocoles d'accord ou d'élaborer un premier pacte de pays en 2010.

Figure 4: Situation des pactes ou équivalents dans 21 pays IHP+

- **Dans douze** pays il existait, lorsqu'ils ont rejoint IHP+, une forme de protocole d'accord entre le ministère de la santé et les partenaires au développement. Dans six pays, ce n'était pas le cas. Dans trois pays, d'après les informations dont dispose le secrétariat, la situation est moins claire.
 - **Cinq** pays ont l'intention d'élaborer un premier protocole d'accord/pacte en 2010 (le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Niger, le Nigeria).
 - **Cinq** pays ont préparé des pactes IHP+. Quatre d'entre eux ont été signés. Le Kenya a utilisé les instructions concernant les pactes pour réviser son code de conduite et le ministère de la santé et ses partenaires sont d'accord pour considérer que le code de conduite est un équivalent satisfaisant pour le moment.
 - **Deux** pays (RD Congo et Ouganda) mènent de front la révision de leur protocole d'accord et l'élaboration de leur nouveau plan.
-

La question suivante revient souvent : quelle différence les pactes font-ils? Ce ne sont certainement pas des remèdes miracles mais il y a des exemples de leur utilité. En Ethiopie, les engagements du nouveau pacte sont plus explicites que ceux des protocoles d'accord précédents, ce qui facilite le suivi. Le pacte a également été utilisé pour rappeler aux partenaires - et pas seulement aux signataires d'IHP+ - les engagements pris avec la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra, et pour associer de nouveaux partenaires. Au Mali, le processus d'élaboration du pacte, qui a pris pour base le plan national de santé, est estimé avoir renforcé le dialogue entre le gouvernement et ses partenaires sur les politiques, et conduit à des engagements plus clairs des parties prenantes quant à leurs rôles respectifs et aux changements de comportements attendus d'elles. Le tableau est moins positif à ce jour au Népal, où les agences ont été moins nombreuses à signer le pacte IHP+ qu'elles l'ont été en 2007 pour la déclaration d'intention des partenaires concernant l'appui au développement du secteur de la santé, et où le pacte est vu en conséquence comme intéressant seulement un sous-groupe d'agences. Une analyse récente des engagements pris dans le pacte a cependant permis de rappeler qu'il contenait des indicateurs utiles dont on pouvait se servir pour placer les différentes parties face à leurs responsabilités.

Enseignements tirés de l'expérience

- Il reste nécessaire d'insister sur le fait que les pactes de pays doivent partir des accords qui existent, et ne pas être établis en parallèle.
- De nombreux pactes/protocoles d'accord sont prévus en 2010 car de nombreux pays sont en train d'élaborer de nouvelles stratégies nationales de santé et considèrent qu'un pacte est un complément naturel à la stratégie.
- Les pactes sont rarement signés par des acteurs non gouvernementaux: des ONG et organisations de la société civile n'ont signé ou écrit des lettres d'appui que pour deux des accords examinés (Mali et Kenya). Il semble probable que la situation évolue avec les nouveaux protocoles d'accord.
- La responsabilité mutuelle exige un suivi actif mais relativement peu de pactes/protocoles d'accord semblent disposer d'indicateurs explicites permettant de suivre les progrès accomplis : Ethiopie, Kenya et Népal sont trois pays à en disposer.
- La plupart des pays ont signé la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra; les principes et les outils d'IHP+ intéressent donc **toutes** les parties prenantes dans les pays, qu'elles soient ou non signataires d'IHP+.
- Les pactes sont des documents évolutifs; on peut y associer de nouveaux signataires. L'Irlande a signé l'année dernière le pacte de l'Ethiopie et l'Espagne celui du Mali.

4 Cadre unique pour suivre le renforcement des systèmes de santé et ses résultats

Il n'y a pas actuellement de vue d'ensemble des progrès accomplis à travers tous les pays IHP+ pour arriver à un cadre unique de suivi, bien qu'il existe des exemples particuliers. D'après l'évaluation conjointe menée récemment au

Népal, le cadre unique de suivi des résultats qui fait l'objet d'un accord entre le ministère de la santé et ses partenaires pour le NHSP-II est un bon cadre, mais il faudrait un plan solide pour renforcer les capacités en matière de suivi, d'évaluation et de contrôle de qualité. Les expériences ailleurs suggèrent également que les efforts pour avancer vers une approche plus unifiée du suivi mettent beaucoup l'accent sur le choix des indicateurs et que l'attention portée à l'amélioration des capacités à suivre les progrès accomplis et à utiliser l'information produite, est moindre. Il s'agit globalement d'un travail qui requiert davantage d'attention de la part de tous les partenaires.

IHP+ a, dès le départ, appuyé les efforts pour répondre à ces problèmes. Un cadre pour suivre les performances et évaluer le « passage à l'échelle » pour améliorer la santé - le cadre commun d'évaluation IHP+ - fut élaboré durant l'année 2008, en collaboration avec des pays et agences de développement partenaires. Le cadre donne une base pour le suivi et l'évaluation des efforts conjoints pour renforcer les systèmes de santé; il est aussi un appui pour les agences de développement les plus actives dans la santé (regroupées sous le sigle H8¹⁰), dans leurs efforts pour suivre les progrès relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Etat d'avancement

Afin de rendre ces efforts opérationnels au niveau des pays, la mise au point d'une approche pour le suivi des systèmes de santé dans les pays (CHeSS¹¹) s'est poursuivie en 2009. Des initiatives et agences diverses se servent de plus en plus du CHeSS comme base, dans leur travail avec les pays – Initiative catalytique pour sauver un million de vies; travail d'évaluation mené par GAVI; suivi et évaluation dans le contexte de la plateforme de financement des systèmes de santé de la Banque mondiale, du Fonds mondial et de GAVI; initiative de la Fondation Doris Duke sur les SSP. Il a également fait l'objet de discussions dans le contexte de la « Global Health Initiative » du Gouvernement des Etats-Unis. L'objet même du CHeSS est de travailler ensemble au renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation des pays - y compris l'analyse de la qualité des données - et d'utiliser les systèmes nationaux pour élaborer des rapports pour le niveau mondial plutôt que l'inverse. La priorité avancée par les pays est d'améliorer leur capacité d'analyse.

- Les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation dans le contexte de revues annuelles du secteur de la santé ont fait l'objet d'une analyse utilisant le cadre du CHeSS, dans quatre pays IHP+ - Le Burkina Faso, l'Ethiopie, le Kenya, la Zambie - ainsi qu'en Chine, en Arménie et en Géorgie.
- Une revue exhaustive est menée actuellement au Kenya, qui servira à élaborer une nouvelle structure de planification sanitaire et un nouveau plan stratégique pour le secteur de la santé; la même chose est prévue en Zambie et au Burkina Faso. Le cadre du CHeSS est également utilisé dans des pays non-IHP+ - en Chine, il sert à élaborer des indicateurs et des façons de mesurer leur valeur, pour le suivi et l'évaluation de la réforme de 2009-2011 du secteur de la santé.
- Des ateliers multi-pays sont prévus avec la participation de partenaires du niveau mondial (OMS, Fonds mondial, GAVI, Banque mondiale, Fondation Rockefeller, MEASURE Evaluation/USAID), d'institutions universitaires (entre autres le Africa Population Health Research Centre, l'Université Johns Hopkins, l'Université de Bâle) et d'ONG. Le premier de ces ateliers a rassemblé à Nairobi, en avril 2010, des partenaires en provenance d'Ethiopie, du Kenya, du Malawi, d'Ouganda, du Rwanda, de Tanzanie et de Zambie, avec les objectifs suivants: renforcer la dimension analytique des revues annuelles du secteur de la santé, mieux en communiquer les résultats et améliorer la capacité de se servir de méthodes d'estimation utilisées au niveau mondial, dans des versions adaptées aux pays. Trois autres ateliers au moins sont prévus pour 2010-2011, avec plus de 25 pays.
- Un portail communautaire a été ouvert sur le web comme plateforme au service des partenaires; il doit permettre d'échanger des informations sur les efforts d'appui aux pays pour renforcer la disponibilité et la qualité de l'information sanitaire, ainsi que son utilisation dans les processus de décision. Il doit également permettre un accès facile à des instruments et des outils.

Figure 5: Au Kenya, utilisation du cadre pour structurer la revue de la politique nationale de santé

¹⁰ Fondation Bill et Melinda Gates, GAVI, Fonds mondial, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, Banque mondiale, OMS

¹¹ De l'anglais « Country Health Systems Surveillance »

Un groupe de travail interministériel pilote actuellement la revue et l'élaboration d'une nouvelle politique nationale globale pour le secteur de la santé, qui servira de guide en matière d'investissements stratégiques en appui à la « Vision 2030 ». Le groupe a démarré son travail par une revue critique de la situation et des tendances durant le « Kenya National Health Policy Framework 1994-2010 ». Le cadre IHP+/CHeSS fut utilisé pour guider ce processus participatif comprenant deux ateliers d'analyse et reposant sur les contributions de nombreuses institutions du Kenya. Des décideurs de haut niveau participèrent pleinement au second atelier d'analyse. Un rapport provisoire sera publié en avril 2010; il guidera la phase qualitative de la revue et ensuite, l'élaboration d'une nouvelle structure et d'un nouveau plan.

Enseignements tirés de l'expérience

- Il est nécessaire de mieux relier l'évaluation conjointe des stratégies nationales et les efforts comme ceux qui sont menés à travers le CHeSS pour améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données pour la prise de décision.
- L'amélioration de la capacité des pays en matière de suivi et d'évaluation - et pas seulement le fait de se mettre d'accord sur un cadre commun et des indicateurs spécifiques - requiert davantage d'attention.

5 Promouvoir la responsabilité mutuelle

L'engagement à la responsabilité mutuelle est l'un des principes les plus importants d'IHP+. Tout signataire du pacte mondial d'IHP+ s'engage explicitement à rendre des comptes à travers un mécanisme indépendant. Le défi réside dans la mise en pratique d'un tel suivi, comme l'ont montré les efforts déployés dans le cadre d'autres accords.

Extraits du pacte mondial d'IHP+

"Nous nous engageons collectivement à rendre des comptes quant à l'application du présent pacte."
"Nous plaidons pour une évaluation factuelle indépendante des résultats au niveau national et de nos performances, individuelles et collectives."¹²

Les exemples de revue critique, par les gouvernements et leurs partenaires, des mécanismes de partenariat dans les pays, sont peu nombreux. Le Kenya a mis au point un tableau de bord sur le partenariat et l'Ethiopie a assuré un suivi des progrès réalisés par rapport aux engagements pris dans le pacte.

Pour renforcer la dynamique relative à la responsabilité mutuelle, et conformément au pacte mondial, IHP+ a recruté par appel d'offres fin 2008, un consortium Nord-Sud indépendant comprenant des organisations de la société civile et des chercheurs : « IHP+ Results ». Il a pour tâche de mettre au point une méthode de suivi annuel, et de la mettre en œuvre durant trois ans.

Avancées dans la mise au point d'une méthode de suivi

Une année d'apprentissage, tant pour les signataires que pour le consortium, telle est la meilleure façon de décrire la première année, 2009. Il est clair désormais que, pour tous les intéressés, l'exercice s'est avéré difficile en 2009 et parfois frustrant. En février 2010, le consortium a présenté son premier rapport provisoire au groupe d'orientation d'IHP+ (le SuRG¹³). L'utilisation de cartes de « points » pour les agences et de cartes « bulletins » pour les pays est au cœur de la démarche proposée. Des cartes provisoires ont été élaborées pour sept des 31 partenaires au développement, et pour les neuf premiers pays signataires.

Les partenaires d'IHP+ ont réaffirmé lors de la réunion du SuRG, l'importance de la responsabilité mutuelle et la nécessité d'une approche commune pour le suivi des engagements, à condition que celle-ci reflète les besoins nationaux et s'appuie sur les processus existants. On sait que deux des pays IHP+ - le Kenya et l'Ethiopie - ont leur propre outil. Pour d'autres, comme le Burundi, ce n'est pas le cas, et ceux-ci considèrent que ce travail vient combler une lacune. La plupart voient dans les « cartes » une manière innovante et puissante de présenter l'information, mais qu'il est

¹² Pacte mondial d'IHP+ : http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/ihp_global_compact_FR.pdf

¹³ De l'anglais: "Scaling up Reference Group"

nécessaire de les simplifier. Tous sont tombés d'accord sur le fait qu'en 2010 le processus devrait être plus systématique, moins coûteux et impliquer plus de partenaires.

Un petit groupe de travail à durée limitée, réunissant des experts des pays et du niveau mondial, examine actuellement les propositions d'IHP+ Results pour la seconde phase du suivi ; ce groupe fera des recommandations à l'équipe de direction d'IHP+¹⁴. Le travail se concentrera sur le suivi au niveau des pays, en renforçant les liens avec des processus qui s'y rapportent, comme l'enquête du CAD (Comité d'aide au développement) de l'OCDE sur l'efficacité de l'aide.

Des occasions d'examiner les progrès accomplis: les réunions IHP+ en 2009/10

Il y a eu, et il y aura, de nombreuses occasions de rassembler en 2009/2010 acteurs gouvernementaux, partenaires au développement et société civile pour des discussions franches concernant les progrès accomplis par rapport aux engagements.

IHP+ a tenu en février 2009 une revue ministérielle de haut niveau. Il est recommandé, dans le rapport de la Taskforce sur les financements innovants, d'élargir la revue ministérielle d'IHP+ pour inclure, au delà des signataires d'IHP+, la totalité des quarante neuf pays à faible revenu, au sein d'un « Forum sur la santé et le développement ». Etant donné le programme de réunions internationales très chargé pour 2010 et le coût élevé de telles réunions, la période la plus vraisemblable pour un événement de cette importance est début 2011.

A un niveau plus technique, la deuxième réunion des équipes de pays IHP+, en juin 2009, a vu la participation de représentants de treize pays d'Afrique. Les messages principaux issus de la réunion ont marqué les orientations d'IHP+ durant l'année écoulée.

- Le programme concernant l'efficacité de l'aide avance, mais assez lentement, et l'ouverture qui existe actuellement ne durera pas.
- IHP+ doit « combler les lacunes » en ce concentrant davantage sur ce qui se passe sur le terrain, et comprendre plus précisément les causes de la lenteur ou de l'inexistence des changements et la façon d'y remédier.
- Malgré les principes d'IHP+, les activités appuyées dans ce cadre au niveau des pays, n'ont pas toujours pris appui sur les processus et les mécanismes de coordination de l'aide existants.

Une réunion technique sur la promotion de la responsabilité mutuelle » se tiendra en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2010, à l'intention de tous les signataires d'IHP+ intéressés.

Enseignements tirés de l'expérience

- Assurer un suivi en matière de responsabilité mutuelle est une chose difficile. Les engagements au niveau des politiques ne se traduisent pas facilement en actions mesurables et ces dernières ne font pas souvent l'objet d'un suivi de routine. Le travail accompli par IHP+ Results est innovant – certains disent même “avant-gardiste” – mais il faut l'améliorer.
- Assurer un suivi en matière de responsabilité mutuelle peut s'avérer délicat. Les représentants de certains partenaires dans les pays préféreraient une évaluation de l'ensemble plutôt que de chaque agence prise individuellement, sous le motif que de tels exercices pourraient aller à l'encontre des efforts pour une approche plus unie du dialogue avec le gouvernement concernant les politiques.
- Assurer un suivi en matière de responsabilité mutuelle et débattre des avancées sont des choses importantes. Un réengagement est nécessaire, de la part du secrétariat et des membres du SuRG, auprès des signataires d'IHP+ plus « silencieux » en les encourageant à participer.

¹⁴ Groupe de travail: Tim Martineau (ONUSIDA, président); Edward Addai (Fonds mondial); Longin Gashubije (Ministère de la santé du Burundi); Ini Huijts (OMS); Monique Kamphuis (Pays-Bas); Nina Otto (KfW, Allemagne); Bjorg Sandkjaer (GAVI); Finn Schleimann (Banque mondiale); Roman Tesfaye (Ministère de la santé fédéral d'Ethiopie); Desmond Whyms (DFID); Shona Wynd (UNAIDS) et Phyllida Travis (secrétariat d'IHP+). Consortium “IHP+Results”: Shaun Conway; Anna Marriott (Oxfam, présidente du groupe consultative d'IHP+Results); Neil Spicer (LSHTM); Tim Shorten.

Avancées concernant l'harmonisation entre les agences internationales en 2009 / 2010

La présentation qui suit se concentre sur les domaines particuliers qu'appuie IHP+ dans le cadre de son programme de travail ; elle est donc sélective.

Harmonisation des outils

Des progrès significatifs ont été accomplis dans l'harmonisation des outils pour la planification et le suivi de stratégies sectorielles de santé: on a déjà mentionné l'outil JANS, le cadre commun de suivi et d'évaluation et la mise au point d'un outil pour suivre les progrès par rapport aux engagements pris dans les pactes.

Le calcul des coûts est un domaine qui a connu de la confusion, et dans lequel les outils sont nombreux. Les membres du groupe inter-agences (IAWG¹⁵) sur le calcul des coûts viennent de l'ONUSIDA, du PNUD, de l'UNFPA, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'OMS. Le groupe travaille à mettre au point un outil de chiffrage commun au sein des Nations Unies, le « Unified Health Model ». L'outil de chiffrage sera mis en ligne sous forme de guide, dans la seconde moitié de 2010. L'outil MBB (Marginal Budgeting for Bottlenecks), qui a connu des améliorations, sera utilisé en attendant le lancement du Unified Costing Model.

Harmonisation des politiques et des procédures en matière d'approvisionnement

L'harmonisation des politiques d'approvisionnement est l'un des six points du programme d'action émanant de la revue ministérielle de 2009¹⁶. A leur quatrième rencontre mondiale, en décembre 2009 (dite « Réunion de Delhi »), l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque mondiale et d'autres agences intéressées par le renforcement des systèmes de santé ont approuvé qu'un document de travail sur les questions d'approvisionnement soit préparé par l'UNICEF et l'OMS et présenté via IHP+ début 2010. Ce document s'appuiera sur des travaux existants et sur l'accord concernant la "langue de contrat standard", entre la Banque mondiale et l'UNICEF, l'UNFPA et plus récemment l'OMS.

Amélioration de l'assistance technique, en termes de qualité et de coordination

On discuta également, lors de la Réunion de Delhi, la question de savoir comment mieux coordonner et harmoniser les approches en matière d'assistance technique au développement des systèmes de santé, entre les agences du système des Nations Unies et les autres agences de développement. Il s'agit d'un problème ancien, sans solution simple, mais qui fait l'objet de démarches et d'initiatives nombreuses et variées. L'OMS et l'UNICEF vont préparer un document de travail, qui sera mis en discussion à travers les circuits d'IHP+ début 2010. Des efforts pour une meilleure coordination de l'appui technique sont également en cours dans le cadre de l'« Harmonisation pour la santé en Afrique » (HHA). L'amélioration de l'appui technique au développement des systèmes de santé fera l'objet d'une discussion lors d'une réunion en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010.

La plateforme de financement des systèmes de santé

Bien qu'extérieure au programme de travail d'IHP+, la plateforme de financement des systèmes de santé est intimement liée à IHP+, dans la mesure où elle est basée sur ses principes, partage les mêmes objectifs – des services de santé et des résultats sanitaires meilleurs et plus équitables – et utilise un certain nombre d'outils d'IHP+. Il s'agit d'un dispositif pour mieux utiliser les financements, nouveaux et existants, destinés au renforcement des systèmes de santé (RSS). La plateforme vise, dans les pays, un financement plus transparent et efficace du RSS, des circuits de financement et des procédures de gestion financières plus simples. Les agences impliquées au niveau mondial à ce stade sont GAVI, le Fonds mondial et la Banque mondiale, l'OMS jouant un rôle de facilitateur.

Etat d'avancement:

- Il y a, en pratique, deux axes de travail qui concernent l'un, une meilleure utilisation des fonds existants et l'autre, des financements nouveaux. Le premier axe recherche à mieux harmoniser entre eux les projets GAVI et Fonds mondial qui existent déjà. Le second axe recouvre deux voies. La première est de fusionner les systèmes actuels de demande de financement de GAVI et du Fonds mondial ; elle sera opérationnelle en 2011. La deuxième porte sur le financement de stratégies/plans nationaux pour le secteur de la santé. Dans ce cadre, on testera en 2011 dans 4-5 pays pilotes l'outil JANS mis au point par IHP+, pour fournir une base aux décisions de financement des

¹⁵ De l'anglais "Inter-Agency Working Group"

¹⁶ La liste complète des points figure à l'Annexe 3

agences. La plateforme incite à utiliser le cadre commun IHP+ de suivi et évaluation pour suivre la mise en œuvre des stratégies.

- Des progrès significatifs ont eu lieu dans les pays. Les débats, au Népal comme en Ethiopie, ont impliqué une plus grande variété d'agences. Au Népal, depuis l'évaluation de la nouvelle stratégie de santé réalisée à l'aide de l'outil JANS, un nouvel accord conjoint de financement (JFA¹⁷) a été préparé, qui inclut à la fois des partenaires participant au financement commun et des partenaires qui n'y participent pas. GAVI sera parmi les nouveaux signataires. Le JFA devrait permettre d'augmenter la transparence dans les flux financiers et la responsabilité des partenaires, tout en aidant à harmoniser les procédures concernant les rapports. Des consultations du même type ont eu lieu en février en Ethiopie, où l'on a mis à jour l'importance des coûts de transaction liés au nombre d'audits et de rapports financiers différents requis par les partenaires au développement. Il fut suggéré d'étendre le JFA éthiopien aux partenaires ne participant pas au financement commun, afin d'accroître la transparence et de réduire les coûts de transaction.
- Les travaux concernant le suivi et l'évaluation dans le cadre de l'évaluation conjointe de stratégies nationales vont prendre une importance cruciale à mesure que l'on avance.

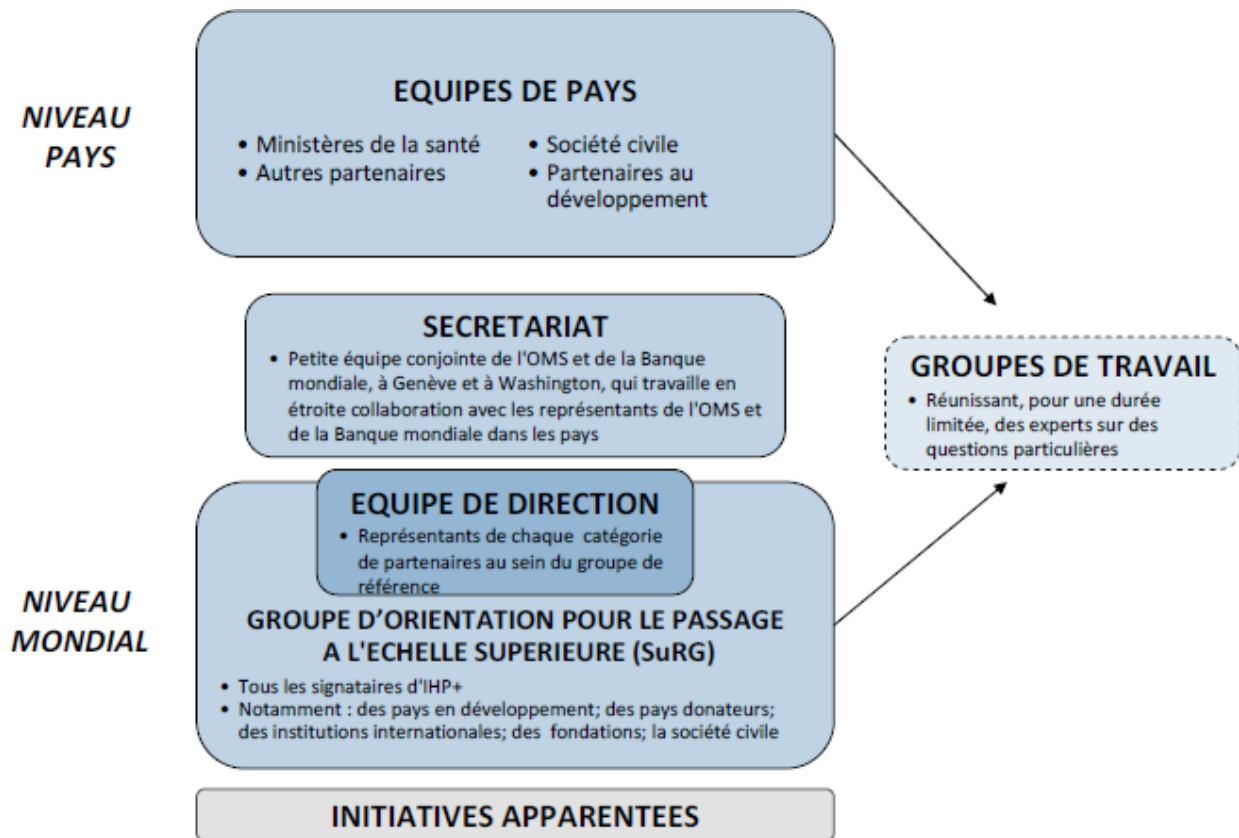
Harmonisation des actions concernant le développement des personnels de santé

Les signataires d'IHP+ se sont engagés à faire face aux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé nationaux. La pénurie de personnels de santé est reconnue comme un problème majeur en Afrique sub-saharienne. Dans quatre pays IHP+ - l'Ethiopie, le Kenya, le Mozambique et la Zambie – les dirigeants ont entrepris un effort majeur pour augmenter le nombre des travailleurs de la santé. Dans chacun de ces pays, une revue structurée des ressources humaines pour la santé a réuni le ministère de la santé et les partenaires du pays ; ils ont pris des engagements pour appuyer le programme d'action ayant fait l'objet d'un accord et six mesures de la réussite d'un tel programme. DFID et le PEPFAR se sont engagés ensemble sur un appui financier majeur et révisent leurs actions dans les pays en fonction du programme d'action.

¹⁷ De l'anglais "Joint Financing Agreement"

Gestion et représentation au sein des organes de gestion

Un contrat fut octroyé en 2009 au Boston Consulting Group pour revoir les dispositions prises en matière de gestion d'IHP+ au niveau mondial et faire des recommandations pour leur renforcement¹⁸. Une nouvelle organisation a été mise en place sur cette base en janvier 2010, dans laquelle les différents groupes ont des termes de référence clairs.



Les changements principaux sont les suivants:

- Le SuRG, qui définit les orientations stratégiques d'ensemble, comprend désormais un représentant de chacun des 47 signataires du pacte mondial - y compris les pays en développement - et des représentants de la société civile. Il se réunit deux fois par an, des réunions supplémentaires pouvant se tenir en cas de besoin.
- Une équipe de direction supervise les opérations d'IHP+. Elle comprend des représentants d'agences du H8 (4), de bailleurs de fonds bilatéraux (3), de pays en développement (3) et de la société civile (un du Nord et un du Sud) ; elle tient des réunions mensuelles "virtuelles".
- Société civile: les quatre représentants d'organisations de la société civile au niveau mondial ont mis en place un groupe consultatif plus large¹⁹, grâce auquel ils disposeront de contributions plus variées aux débats d'IHP+.

¹⁸ Revue des dispositions prises en matière de gestion au niveau mondial - BCG (document en anglais):

http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/bcg_report_on_ihp_management_arr_EN.pdf

¹⁹ Innocent Laison, Conseil Africain des Organisations d'Action contre le SIDA (AfrICASO), Sénégal; Semu Ketema Teffera, Christian Relief & Development Association (CRDA), Ethiopie; Sam Adjei, Centre for Health and Social Transformation, Ghana; Yaya Zan Konare, Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali (FENASCOM), Mali; Cesar Mufanequico, Réseau national sur le VIH/Sida (MATRAM), Mozambique; Emma Kang'ethe, African Council of Religious Leaders, Kenya; Carol Nawina Nyirenda, Community Initiative for TB, HIV/AIDS & Malaria (CITAM+), Zambie; David Sanders, University of Western Cape/People's Health Movement, Afrique du Sud; Sin Somuny, Réseau d'ONG de santé (MEDICAM), Cambodge; John Worley, International Planned Parenthood Federation; Eric Friedman, Physicians for Human Rights; Tobias Luppe, Oxfam; Paul Jensen, Results Educational Fund; Grace Mukasa, AMREF Royaume-Uni

Ces changements sont encore récents, mais ils ont d'ores et déjà un résultat positif : la participation plus importante des pays en développement aux débats d'IHP+ au niveau mondial – comme ce fut le cas à la récente réunion du SuRG sur la responsabilité mutuelle. Cependant, les réunions virtuelles sont difficiles à gérer: elles posent des problèmes de fuseaux horaires, de langue, de connectivité.

En respect, toujours, du principe qu'IHP+ opère à travers des institutions existantes, le secrétariat reste de petite dimension; il est situé à Genève et à Washington. Les personnels des agences signataires d'IHP+ impliqués dans les divers axes de travail sont plus nombreux et il est fait appel à des consultants de manière sélective, pour des activités à durée limitée.

Communications

Une bonne communication a plusieurs dimensions. La transparence en est une et IHP+ la respecte, dans la mesure où presque tous ses documents ont été postés sur son site web. Il n'a pas été aussi facile cependant, en particulier entre le niveau mondial et les pays, d'assurer une gestion efficace de la communication d'IHP+ concernant ses priorités, ses processus de décision, les acquis et les défis.

L'année 2009 a vu un effort important pour clarifier les messages principaux, améliorer l'accès aux documents et aux supports, améliorer la communication relative aux réunions de direction et améliorer les communications entre les niveaux national, régional et mondial.

Etat d'avancement

- Une présentation PowerPoint standard sur IHP+ et une brochure mise à jour, claires et cohérentes dans leurs messages, sont désormais accessibles sur le site web et disponibles en versions imprimées²⁰. La publication de bulletins trimestriels pour le grand public se poursuit²¹.
- Des documents concernant l'évaluation conjointe des stratégies nationales ont été élaborés. Certains des principaux documents d'IHP+ ont fait l'objet de révisions, et parmi eux le guide sur l'accès aux subventions de pays IHP+²². Davantage de documents sont disponibles en français.
- Le site web d'IHP+ a été redessiné; il continue à faire l'objet de mises à jour régulières. Les minutes des réunions du SuRG et de l'équipe de direction y sont toujours postées.

Enseignements tirés de l'expérience

- L'OMS et la Banque mondiale, dans le cadre du secrétariat, ont communiqué davantage et se sont efforcées avec succès d'obtenir plus souvent une compréhension commune de la part des agences.
- La communication n'est pas la responsabilité du seul secrétariat. Il faudrait que le partenariat mette davantage à profit toutes les occasions qui se présentent via les partenaires – aux sièges et via les personnels dans les pays. La mise en œuvre de l'évaluation conjointe a provoqué un accroissement du nombre de missions dans les pays, avec des répercussions positives en termes de communication : elles ont permis de faire connaître plus largement les objectifs d'IHP+ et ses méthodes de travail.
- Une plus grande « rigueur » dans les réunions de l'équipe de direction et du SuRG a amélioré leur qualité. Les ordres du jour sont plus centrés, les documents plus courts et distribués plus longtemps à l'avance. Davantage de personnes s'impliquent, les perspectives sont plus ouvertes et les conclusions des réunions plus claires.

²⁰ Présentation et brochure: <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about>

²¹ L'ensemble des documents est accessible sur le site: www.internationalhealthpartnership.net

²² Subventions de pays IHP+ – Note d'orientation révisée
http://www.internationalhealthpartnership.net/en/documents/category/ihp_progress_reports

Opportunités, défis et risques pour IHP+ en 2010

Si l'on se base sur une analyse de ce pour quoi IHP+ a été conçu, ce passage en revue de l'année écoulée indique que le Partenariat continue d'évoluer et qu'il fait des progrès réels, même si ces derniers ne sont pas aussi rapides qu'on le souhaiterait. La taille du Partenariat a doublé depuis son démarrage. Un groupe plus important d'agences et de pays est désormais activement engagé dans les divers axes de travail. La dynamique autour de « l'évaluation conjointe de stratégies nationales », processus dans lequel s'engage un nombre croissant de pays, est importante. Le nombre de nouveaux pactes prévus pour 2010 est entre six et huit. Des efforts sont à l'œuvre pour promouvoir la responsabilité mutuelle, avec toute une série d'agences et de pays en développement actuellement engagés dans le groupe de travail. Il y a désormais un bon nombre de produits validés par un dispositif inter-agences (le SuRG), dont l'utilisation pourrait être élargie; ce sont de véritables biens publics. L'équipe de direction et le SURG ont des réunions plus représentatives et des discussions plus animées. Les sources de financement se sont diversifiées. L'état des dépenses pour 2009 témoigne du fait que le coût d'IHP+ n'est en réalité pas si élevé (Annexe 1).

Mais l'on sent dans les faits que les pays avancent plus vite que les partenaires au développement – ce qui provoque une frustration légitime des pays face à des changements de comportement insuffisants chez leurs partenaires. « Les partenaires au développement sont-ils réellement engagés ? » est une question couramment posée. Avec la quête permanente de résultats rapides, IHP+ se trouve également soumis à une pression sensible pour se comporter davantage comme un projet que comme un catalyseur de changement organisationnel.

La voie à suivre

1 Poursuivre les efforts pour qu'IHP+ soit partie prenante des solutions, pas des problèmes

- L'objet d'IHP+ est de catalyser des changements dans les procédures et les comportements au sein d'organisations comme les ministères de la santé/autres institutions gouvernementales, mais surtout parmi les agences partenaires au développement. Plus IHP+ se comporte comme un projet indépendant, plus il sera difficile d'obtenir de tels changements, et plus il risque de devenir un élément du problème, pas de la solution. Le principe de fonctionner à travers les personnels des agences membres du partenariat - sans mettre en place un secrétariat important - doit être maintenu. Il est vrai que travailler au travers d'institutions existantes exige davantage de la part de personnes déjà très occupées et provoque un certain manque de visibilité pour le Partenariat - mais si la visibilité est un but en soi, il faudra traiter la question autrement. Ce qui compte est que les réalisations d'IHP+ soient le résultat d'expertises mises à disposition par un large éventail de partenaires.
- Il est également nécessaire de mettre à nouveau l'accent sur le fait que tous les signataires ont une responsabilité dans la réussite d'IHP+ et que tous les partenaires doivent maintenir l'élan initial afin de respecter leurs engagements.
- IHP+ doit continuer à répondre aux évolutions nouvelles comme le lancement de la récente « Global Health Initiative » du Président Obama, la plateforme de financement des systèmes de santé ou le Plan d'action commun du Secrétaire Général des Nations Unies²³.
- Il faut continuer à encourager une compréhension de plus en plus large de l'utilisation des « produits IHP+ » - outil JANS et autres - généralisables au-delà du Partenariat lui-même.

2 Se concentrer davantage sur deux domaines concrets en 2010: JANS et responsabilité mutuelle

L'évaluation conjointe de stratégies nationales faisant appel à la démarche et à l'outil JANS, est largement perçue comme quelque chose de tangible, d'à propos et dont les bénéfices potentiels sont nombreux.

²³ *Projet pour consultation*, « Investir dans un avenir commun », Plan d'action commun en faveur de la santé de la femme et de l'enfant M. Ban Ki-moon, Secrétaire Général des Nations Unies http://www.un.org/french/sg/health2010_actionplan.pdf

- Une certaine pression s'est fait sentir au niveau mondial pour avancer plus vite dans ce domaine, mais il est crucial qu'IHP+ respecte ses propres principes en s'adaptant aux cycles de planification des pays eux-mêmes et en se soumettant aux autres principes présentés plus haut, dans la section sur l'évaluation conjointe. Dans la pratique, une dynamique semble s'établir après un démarrage lent, ce qui semblerait justifier la démarche adoptée. Il est nécessaire de créer davantage de liens avec les efforts pour mettre en place des systèmes de rapports communs.
- Il y a un nombre considérable d'approches concernant cette évaluation conjointe en évolution. Un élément essentiel de ce programme de travail est de documenter de façon systématique les expériences des divers pays, et ce qui se passe suite à l'évaluation. Cela comporte un examen du rôle de la société civile dans les processus d'évaluation. Le travail de documentation se termine au Népal, il est préparé pour l'Ouganda et l'Éthiopie.
- L'évaluation conjointe démarre également via des activités des agences de développement partenaires, assez indépendamment du programme de travail immédiat d'IHP+. C'est une évolution à encourager.

Responsabilité mutuelle

IHP+ est conçu d'une manière telle qu'elle crée des occasions supplémentaires de mettre en pratique une responsabilité mutuelle plus grande. Cela s'est cependant avéré assez difficile à réaliser en pratique. Malgré les difficultés, IHP+ doit continuer à se concentrer sur ce domaine:

- A travers un appui à la mise au point d'une démarche simplifiée et plus systématique pour la deuxième phase du suivi indépendant réalisé par IHP+ results, concernant les progrès par rapport aux engagements pris dans les pactes.
- En utilisant davantage les réunions virtuelles comme une plateforme permettant de capter/faire connaître les changements intervenant au sein des agences.
- En utilisant de façon stratégique les réunions « réelles ». Elles sont coûteuses, leur organisation demande du temps et pour beaucoup, il y a déjà trop de réunions ; les partenaires au sein d'IHP+ ont cependant, maintenant, un éventail de plus en plus important d'expériences concrètes de pays à assimiler. IHP+ saisira les occasions qui se présentent, comme celle d'organiser une réunion en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé. Une troisième réunion des équipes de pays sera organisée fin 2010 et des dates seront fixées pour une réunion ministérielle en 2011.
- Les organisations de la société civile ont un rôle particulier à jouer pour faire progresser la responsabilité mutuelle; elles doivent également faire face à un défi intéressant: comment assurer que les CSO elles-mêmes rendent également des comptes.

3 Maintenir en permanence une gestion et des communications actives

Assurer une communication efficace est un défi permanent pour IHP+. En termes de communication **stratégique**, la difficulté est de bien faire passer les messages qu'IHP+ n'est pas un projet mais qu'il s'agit de mettre en pratique un ensemble de principes et d'engagements que tous les signataires ont approuvés, et que les activités d'IHP+ vont effectivement produire des résultats sans tarder. Ces messages doivent atteindre un large public. Il y a, en second lieu, des questions concernant la communication plus **opérationnelle**. Durant le reste de l'année 2010, on s'attachera essentiellement à continuer de communiquer en direction de tous les partenaires et à encourager de meilleures communications au sein même des agences – entre le niveau du siège et celui des pays par exemple.

Annexe 1: Rapport financier intermédiaire: budget, ressources disponibles, fonds manquants, priorités. Phase II du plan de travail : avril 2009 - décembre 2011. Budget total approuvé: 17 420 000 dollars.

Avril 2009 - mars 2010

1. Poursuite des décaissements de fonds engagés au cours de la phase I

A la fin de la phase I, 70% des fonds disponibles avaient fait l'objet de transferts à des activités diverses et 37% des fonds disponibles avaient été décaissés – les décaissements les plus faibles concernant les subventions de pays. Fin mars 2010, 85% des fonds de la phase I avaient fait l'objet de transferts et 81%, de décaissements.

2. Engagements supplémentaires et dépenses, avril 2009 - mars 2010

Plusieurs bailleurs de fonds ont pris des engagements pour la phase II mais les fonds ne furent disponibles qu'en mars 2010. D'avril 2009 à mars 2010, IHP+ a fonctionné en fait sur les reports de fonds de la phase I, auxquels se sont ajoutés quelques financements ciblés de la Norvège et du Royaume Uni²⁴. Un total de 2 968 400 dollars fut disponible sur cette période. La conséquence principale a été de reporter ou de supprimer des allocations de fonds à divers éléments du plan de travail, tout en protégeant autant que possible les activités dans les pays.

Phase II du plan de travail: dépenses sur fonds disponibles, avril 2009 - mars 2010

Domaine	Fonds disponibles pour le plan de travail	Fonds engagés, par domaine \$	Fonds dépensés par domaine \$
1	Activités au niveau pays* : Nouvelles subventions de pays; mise en œuvre du JANS; opérationnalisation du cadre commun de suivi et d'évaluation; subventions de pays pour l'engagement des CSO	1 822 913 (61%)	1 386 993
2	Activités au niveau mondial : Groupe de travail sur le chiffrage	150 000 (5%)	150 000
3	Responsabilité mutuelle (IHP+ Results, réunions internationales)	272 018 (9%)	272 018
4	Gestion et communication** Appui au secrétariat; revue du dispositif de gestion; développement des communications	595 000 (20%)	595 000
Total	2 968 400 (100%)	2 839 931 (95%)	2 404 011 (81%)

* 1 million de dollars attribués à de nouvelles subventions de pays, dont 564,080 sont dépensés à ce jour.

** Ce chiffre n'inclut pas les contributions « en nature » de l'OMS et de la Banque mondiale au fonctionnement du secrétariat

Priorités à partir d'avril 2010

En avril 2010, la moitié environ du budget de la phase II (soit 8 300 000 dollars) est disponible. L'Australie, DFID et la Suède ont confirmé de nouvelles contributions volontaires. La Commission européenne et l'Espagne ont donné des indications concernant des fonds supplémentaires fin 2010 ou en 2011 – il n'y a pas de certitude quant aux montants exacts mais un minimum de 2 millions de dollars de fonds additionnels est attendu. Les priorités à venir seront les activités au niveau des pays, liées en particulier à l'évaluation conjointe de stratégies nationales et aux subventions de pays, et la responsabilité mutuelle.

Phase II du plan de travail: budget approuvé, ressources disponibles et priorités pour les fonds nouveaux

Domaine	Budget approuvé au début de la phase II, \$	Allocations prévues des recettes connues \$, avril 2010
1	Activités au niveau pays : subventions de pays; mise en œuvre du JANS et du cadre commun de suivi et d'évaluation; subventions de pays pour l'engagement des CSO	4 448 200
2	Activités au niveau mondial : groupes de travail – par ex sur l'outil de chiffrage (Nations Unies) ou les prestations de santé ; groupe consultatif sur la société civile	498 000
3	Responsabilité mutuelle (IHP+ Results, réunions internationales)	2 075 000
4	Gestion et communication	1 245 000
Total	17 420 000	8 300 000

²⁴ Les chiffres indiqués dans ce rapport ne tiennent pas compte des contributions « en nature » de nombreux partenaires qui prennent part à des activités liées à IHP+

Rapport concernant les subventions IHP+ de pays

A son démarrage, IHP+ introduisit des subventions « catalytiques » de pays non renouvelables, pour aider à améliorer la coordination de l'aide en matière de santé et appuyer l'analyse des contraintes auxquelles se heurte le « passage à l'échelle » des services de santé. L'OMS gère ces subventions pour le compte du partenariat. Une revue des huit premières subventions de pays menée en février 2009, a conclu que les différents pays avaient proposé des activités qui, bien qu'appropriées dans l'ensemble, ne pourraient vraisemblablement conduire à un changement « radical » pour les raisons suivantes: lenteur des transferts de fonds, lenteur de la mise en œuvre, activités fortement centrées sur l'analyse plutôt que sur la coordination elle-même et implication insuffisante des membres de « l'équipe de pays » dans la mise en œuvre et la supervision. Onze pays ont fait des demandes de subvention depuis le démarrage d'IHP+.

Avancées depuis mars 2009

- Les pays ayant fait des demandes de subvention depuis mars 2009 sont la RDC, le Niger, le Nigeria, l'Ouganda et la Zambie. Les rapports indiquent en général, dans les pays, une augmentation progressive de la consultation entre les partenaires, et avec les ministères de la santé, concernant l'utilisation des subventions IHP+ « catalytiques » de pays.
- Depuis début 2009, le transfert des fonds du secrétariat d'IHP+ aux pays est plus rapide.
- Dans la majorité des pays la première tranche est engagée à plus de 80%. Les décaissements réels sont assez souvent plus lents que prévu. Cela s'explique, entre autres, par des activités qui avancent plus lentement qu'on l'attendait et/ou par des évolutions sur le plan politique pouvant perturber les activités prévues.
- Les fonds ont été principalement utilisés pour renforcer la capacité de coordination des partenaires, pour soutenir des événements divers ou des processus liés au partenariat, pour des processus de planification au niveau infra national, y compris concernant le calcul des coûts, pour renforcer l'engagement de la société civile, pour des instruments ou des processus de suivi du secteur, y compris le suivi du partenariat, et enfin pour soutenir certaines études, évaluations et analyse de carences dans le secteur.
- Avec l'arrivée de nouveaux pays au sein d'IHP+ et du fait des fonds manquants, le montant des subventions de pays disponibles pour les nouveaux arrivants a dû être réduit. Cela n'est en fait pas vu comme un problème, étant donné le coût assez peu élevé de la plupart des activités soutenues par ce type de subvention.

Annexe 2: Partenaires au sein d'IHP+ et points focaux au 1er mai 2010

Pays / Organisation partenaire	Membre depuis	Point focal d'IHP+
Allemagne	septembre 2007	Simon Koppers
Australie	mai 2008	Timothy Poletti
Banque africaine de développement	septembre 2007	Ilunga Tshinko
Banque mondiale	septembre 2007	Julian Schweitzer
Belgique	janvier 2010	Ignace Ronse
Bénin	septembre 2009	Valère Goyito
Burkina Faso	octobre 2009	à confirmer
Burundi	septembre 2007	Longin Gashubije
Cambodge	septembre 2007	à confirmer
Canada	septembre 2007	Nicolas Gilbert
Commission européenne	septembre 2007	Juan Garay
Djibouti	octobre 2009	Abdourahman Mohamed
Espagne	janvier 2010	Sergio Galan
Ethiopie	août 2008	Roman Tesfay
Finlande	mai 2008	à confirmer
Fondation Bill and Melinda Gates	septembre 2007	Dan Kress
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	septembre 2007	Ian Pett
Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)	septembre 2007	Jacqueline Mahon
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	septembre 2007	Rifat Atun
France	septembre 2007	Gustavo Gonzalez-Canali
GAVI	septembre 2007	Geoff Adlide
Italie	septembre 2007	Enrico Vicenti
Kenya	septembre 2007	Prof. James Ole Kiyiapi
Madagascar	mai 2008	à confirmer
Mali	septembre 2007	Salif Samake
Mauritanie	mai 2010	à confirmer
Mozambique	septembre 2007	Gertrud Machatine
Népal	septembre 2007	Laxmi Raj Pathak
Niger	mai 2009	Mahaman Hamissou Ouedraogo
Nigeria	mai 2008	Mohamed Lecky
Norvège	septembre 2007	Paul Fife
Organisation internationale du travail	septembre 2007	Xenia Scheil-Adlung
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	septembre 2007	Carissa Etienne
Ouganda	février 2009	Christine Tashobya
Pays-Bas	septembre 2007	Monique Kamphuis
Portugal	septembre 2007	à confirmer
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA)	septembre 2007	Tim Martineau
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	septembre 2007	à confirmer
République Démocratique du Congo	novembre 2009	à confirmer
Royaume Uni	septembre 2007	James Droop
Rwanda	février 2009	Stephen Karengera
Sénégal	octobre 2009	à confirmer
Sierra Leone	janvier 2010	à confirmer
Société civile - Nord	février 2008	Sue Perez
Société civile - Sud	janvier 2009	Lola Dare
Suède	mai 2008	Anders Molin
Togo	janvier 2010	à confirmer
Vietnam	février 2010	à confirmer
Zambie	septembre 2007	Collins Chansa

Annexe 3 : Communiqué de la revue ministérielle du 5 février 2009
Actions prévues et résumé des avancées

Domaine	Action ayant fait l'objet d'un accord	Avancées	Perspectives
Améliorer l'application des accords pris dans le cadre de pactes de pays et étendre le partenariat	10 nouveaux pactes, d'ici septembre 2009	4 nouveaux pactes signés, plus celui de la Zambie, qui a pris du retard; on considère que le Kenya et le Cambodge ont l'équivalent. 47 signataires au total actuellement	7 pactes ou équivalents, nouveaux ou révisés, durant l'année 2010
Processus conjoint d'évaluation de stratégies et de plans nationaux de santé et de lutte contre le VIH/Sida dans les pays	approbation définitive du processus d'évaluation pour les futurs plans nationaux de santé, d'ici septembre 2009	outil et guide provisoires approuvés; 8 pays avaient indiqué leur intérêt fin 2009 / début 2010	Le processus aura été mis en œuvre dans 3-4 pays d'ici la mi 2010
Accélération des changements prévus dans les pactes concernant les comportements des partenaires au développement	l'ensemble des fonds mobilisés doivent apparaître dans les budgets nationaux; engagement de la part d'autres Etats membres de l'Union Européenne (UE), des Etats Unis et du Japon	Etats membres de l'UE: la Belgique et l'Espagne ont rejoint le partenariat; engagement actif auprès du Gouvernement des Etats Unis dans le contexte de la « Global Health Initiative »	
Mise au point d'un cadre solide concernant la responsabilité mutuelle	existence d'un suivi annuel indépendant des signataires d'IHP+ et d'une revue des progrès par rapport aux engagements pris dans les pactes et dans le présent communiqué	IHP+ Results a effectué un premier suivi dans 9 pays et a remanié son approche pour la phase suivante	accord sur les modifications à apporter aux méthodes et au processus du consortium
Appui à l'engagement de la société civile à tous les niveaux	cela concerne tous les aspects liés au développement de pactes, au suivi et à l'évaluation, aux processus de planification nationale	réalisé au niveau mondial - dans les organes de gestion d'IHP+, au sein d'IHP+Results et au niveau des pays - c'est un élément explicite de l'évaluation conjointe	des subventions de pays aux CSO, pour leur engagement dans le dialogue sur les politiques, sont en cours
Harmonisation des politiques d'approvisionnement	tous les partenaires s'efforcent d'aboutir à une approche commune en matière d'approvisionnements	accord concernant la « langue de contrat standard » entre la Banque mondiale et l'UNICEF	un document de travail est en préparation (OMS et UNICEF) et un groupe de travail a démarré

Pour toutes questions ou commentaires, veuillez contacter :

Nicole Klingen

IHP+ Core Team
Banque Mondiale, Washington D.C.
nklingen@worldbank.org
Tél : +1 202 458 7413

Phyllida Travis

IHP+ Core Team
Organisation mondiale de la Santé, Genève
travisp@who.int
Tél : +41 22 791 2566

www.internationalhealthpartnership.net

