

Le Partenariat
international pour la santé
et les initiatives apparentées

Rapport de l'Équipe de base

2012-2013





Table des matières

1. Environnement actuel	2
2. Aperçu des réalisations du IHP+ en 2012-2013	2
3. Principaux domaines de travail : progrès accomplis et enseignements tirés de l'expérience	3
3.1. Des processus de planification et d'évaluation conjointe (JANS) plus ouverts	3
3.2. Le rôle des pactes nationaux pour le développement de partenariats efficaces	4
3.3. L'harmonisation de la gestion financière	6
3.4. Une plate-forme unique pour le suivi et la redevabilité en matière de résultats	7
3.5. Le rôle de la société civile dans le IHP+	10
4. Gestion et communication	11
4.1 Dispositifs de gestion	11
4.2 Communication au sein du IHP+ et avec l'extérieur	11
5. Les finances du IHP+	13
5.1 Phase III revenus et dépenses, janvier 2012 – mars 2013	13
5.2 Subventions du IHP+ aux pays, janvier 2012 – mars 2013	14
6. Perspectives d'avenir : s'aligner pour de meilleurs résultats	15
Annexes	17
Annexe 1 : Message adressé aux responsables du IHP+ par les participants à la quatrième Réunion des équipes IHP+	18
Annexe 2 : Partenaires IHP+ au 31 mars 2013	20
Annexe 3 : Situation des pactes nationaux et partenariats du même type au mois d'avril 2013	21
Annexe 4 : IHP+Results Rapport annuel 2012 sur la performance, résumé des conclusions	22
Annexe 5 : Membres de l'Équipe de direction au 31 mars 2013	24



1. Environnement actuel

Le IHP+ a été créé en 2007 pour accélérer la réalisation de meilleurs résultats en matière de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire en mettant en pratique les Principes de Paris sur l'efficacité de l'aide. Depuis cette date, un certain nombre de développements importants ont pris place qui façonnent l'environnement dans lequel opère le IHP+. Le Partenariat mondial pour une coopération au développement efficace, convenu lors du quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide, est désormais en place et fonctionne. Il reflète une nouvelle façon de penser, laquelle s'écarte de la conception Nord-Sud des flux d'aide et favorise une approche plus large et ouverte de la coopération au développement, et particulièrement des relations Sud-Sud et des relations triangulaires. Depuis 2010, l'aide internationale au développement en matière de santé (en anglais DAH) plafonne aux environs de 28 milliards de dollars: malgré les difficultés économiques rencontrées par de nombreux pays traditionnellement donateurs, l'aide internationale au développement en matière de santé n'a pas diminué de façon significative. Les ressources intérieures continuent de représenter la plus grande part du total des dépenses en matière de santé. Une proportion croissante de l'aide au développement provient de sources non traditionnelles telles que les BRIC¹. L'accent mis sur la réalisation des OMD liés à la santé d'ici à 2015 s'est renforcé, et les consultations sur le programme de développement de l'après-2015 sont déjà bien avancées.

Le IHP+ bénéficie du nouvel élan politique insufflé par les responsables mondiaux en matière de santé. Ceux-ci ont entrepris de remédier aux obstacles à une coopération au développement plus efficace, lesquels ont été identifiés lors de la Quatrième Réunion des équipes chargées du secteur de la santé dans les pays dans le cadre du IHP+ de 2012. Un message clé de cette Réunion est qu'il faut renforcer les liens entre l'efficacité du développement et les résultats. Le plan de travail actuel du IHP+, entamé en janvier 2012, est en cours d'adaptation.

2. Aperçu des réalisations du IHP+ en 2012-2013

- *Un nombre croissant de preuves sur les résultats de la coopération au développement dans le domaine de la santé.*
 - » Le Rapport 2012 sur la performance du IHP+Results a été publié, avec des données issues de 36 signataires. Il a conclu que le IHP+ a aidé à améliorer l'efficacité de l'aide au développement en matière de santé mais que les progrès restaient lents ; que les pays ont progressé plus loin que les partenaires du développement dans la mise en pratique des Principes.
 - » Un ensemble de documents résumant l'expérience accumulée avec les outils relatifs à la coopération en matière de santé – examens annuels conjoints, pactes, et autres manières de travailler ensemble pour améliorer les résultats.
- *Une plus grande appropriation par les pays du programme de développement en matière de santé*, laquelle est visible dans les cadres de travail visant à mieux gérer l'aide à la santé:
 - » 20 pays disposent maintenant de pactes nationaux : en 2012-13, le Burkina Faso, le Burundi et la Mauritanie en ont signé, et un nouveau protocole d'accord a été signé en Zambie. Plus de 70% des nouveaux pactes ont été également ratifiés par des acteurs nationaux non étatiques et des organisations de la société civile.
 - » La plupart des pays du IHP+ disposent de cadres de suivi de la performance : 20 disposent de feuilles de route ou sont en train d'en développer pour renforcer les plates-formes nationales de suivi et de redevabilité.
- *De nouvelles avancées en matière d'évaluations conjointes des stratégies nationales (JANS)*. Des JANS ont eu lieu au Soudan, au Kenya et au Rwanda en 2012. Ces évaluations, ainsi que l'examen des besoins des parties prenantes au JANS, jettent les bases pour des processus JANS améliorés et plus institutionnalisés.

¹ Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, 2011.

- *Les approches pour une gestion financière plus harmonisée ont progressé.* L'expérience tirée de l'évaluation conjointe de la gestion financière commence à se traduire par des orientations sur ces processus.
- *La quatrième Réunion des équipes chargées de la santé dans le cadre du IHP+ a réuni des représentants de 29 pays ainsi que des agences du développement et des organisations de la société civile.* Les messages de la Réunion ont été diffusés auprès des responsables nationaux et mondiaux en matière de santé et ils vont déterminer l'orientation future du IHP+.
- *Un élan mondial renouvelé en faveur du IHP+, et trois axes prioritaires.* Les partenaires du IHP+ ont convenu de mettre davantage l'accent sur la mise en œuvre et les résultats ; le changement de comportement des partenaires internationaux du développement, et le renforcement de la coopération Sud-Sud.

Encadré 1 : Les partenaires du IHP+

Partenaires du IHP+ 2007-2012	Septembre 2007	Mars 2013
Pays à faible revenu	8	32
Bailleurs de fonds bilatéraux	8	13
Organisations et fondations internationales	11	12
Total	27	57

Le plus récent partenaire du IHP+ est la Guinée Bissau.

3. Principaux domaines de travail : progrès accomplis et enseignements tirés de l'expérience

3.1. Des processus de planification et d'évaluation conjointe (JANS) plus ouverts

L'approche JANS a été révisée pour aider les pays et leurs partenaires du développement à améliorer les stratégies nationales pour la santé, accroître la confiance qui leur est accordée, et réduire les coûts de transaction.

Encadré 2 : Qu'est-ce que le JANS ?

L'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé, ou JANS², consiste en une approche partagée de l'évaluation des points forts et des points faibles d'une stratégie nationale de santé (ou d'un plan). Les pays utilisent les JANS principalement pour : a) renforcer la qualité et la pertinence des stratégies nationales de santé; b) renforcer la confiance en la stratégie et contribuer à éclairer les décisions de financement en s'assurant que ce dernier est bien aligné sur la stratégie nationale de santé; c) réduire les coûts de transaction au niveau national et diminuer le nombre de processus d'évaluation et d'examen menés par les différentes agences.



Progrès accomplis et enseignements tirés de l'expérience durant la période 2012-13

Durant l'année 2012, suite à une réunion tenue à Hammamet en Tunisie pour examiner l'expérience acquise avec le JANS, le IHP+ a mis l'accent plus particulièrement sur deux aspects du JANS :

- Travailler avec les pays intéressés à conduire des JANS sectoriels d'une manière qui tienne compte des questions programmatiques prioritaires et y réponde davantage – désigné sous le nom de « JANS unique ».
- Développer une meilleure compréhension des besoins des diverses parties prenantes en matière de JANS.

Des évaluations conjointes des nouvelles stratégies nationales pour la santé ont été menées au Kenya, au Rwanda et au Soudan³. Au Soudan en particulier, un examen approfondi de certaines stratégies liées à des programmes prioritaires a été conduit dans le cadre de l'évaluation globale de la nouvelles stratégie sectorielle. Nous sommes en train de dégager les enseignements qui en découlent pour les futurs processus JANS afin de les partager avec les partenaires principaux.

Les principales conclusions de l'examen des besoins des parties prenantes en matière de JANS⁴ sont les suivantes :

- La plupart ont estimé que le JANS était un mécanisme utile et qu'il avait particulièrement aidé à améliorer la qualité des stratégies nationales pour la santé.
- Les différentes parties prenantes (gouvernements, agences de financement, organisations de la société civile) n'ont pas les mêmes attentes.
- L'évaluation technique d'une stratégie nationale pour la santé, telle que le JANS, n'est qu'un élément parmi d'autres dans les décisions de financement des partenaires du développement, mais les pays ont souligné avoir besoin de plus de clarté sur la façon dont les partenaires du développement comptent utiliser les conclusions du JANS dans leurs décisions de financement.
- Il existe des moyens pratiques par lesquels le JANS pourrait mieux satisfaire les besoins des différentes parties prenantes. Tout changement dans les processus du JANS devraient être mesurés à l'aune de leur impact sur deux objectifs : réduire les coûts de transaction pour les pays ; améliorer l'harmonisation des décisions de financement des partenaires du développement.
- Un ensemble d'interventions ont été identifiées pour satisfaire ces besoins, certains relativement rapides à mettre en place, d'autres à plus long terme.

3.2. Le rôle des pactes nationaux pour le développement de partenariats efficaces

Les pactes nationaux et les accords de partenariat du même genre⁵ visent à définir le rôle rempli par les gouvernements, les partenaires du développement et les partenaires de mise en œuvre dans l'amélioration des systèmes de santé et la réalisation de meilleurs résultats en matière de santé, par une utilisation plus efficace des ressources. Ils décrivent comment les ressources intérieures et extérieures pour le secteur de la santé seront coordonnées et gérées pour mieux appuyer la stratégie (ou le plan) nationale pour la santé. Les pactes comprennent les engagements pris par chaque signataire. Ils ne sont pas juridiquement contraignants, mais ont la force morale d'un accord négocié.

3 Les trois rapports JANS mentionnés se trouvent à l'adresse suivante : Enseignements tirés des JANS Partenariat International pour la Santé

4 JANS Examen de l'expérience acquise récemment, Partenariat International pour la Santé, 2010

5 Les accords de partenariat entre les gouvernements et les partenaires du développement sont désignés sous des noms différents tels que pacte national, accord de partenariat, protocole d'accord, memorandum d'entente ou code de conduite. Pour faciliter la lecture, nous utilisons le terme pacte.

Progrès accomplis et enseignements tirés de l'expérience durant la période 2012-13

Vingt pays du IHP+ disposent désormais d'un pacte ou d'un accord équivalent. Ces pays ont chacun leur histoire en termes de coordination de l'aide au développement : certains ont préservé des accords existants, d'autres ont négocié des accords actualisés, et d'autres ont développé un pacte pour la première fois.

Encadré 3 : Situation actuelle en matière de développement de pacte⁶

Pacte / accord de partenariat	Pays	Total
Ratifié avant janvier 2012	Bénin, Cambodge, Tchad*, RDCongo**, Éthiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Rwanda, Sierra Leone, Ouganda, Viet Nam; Zambie	15
Nouveaux pactes ratifiés entre janvier 2012 et avril 2013	Nouveaux : Burkina Faso, Burundi, Mauritanie, Togo, Actualisé : Zambie (protocole d'accord)	5
Nouveau pacte en prévision ou devant être révisé en 2013	En préparation : Côte d'Ivoire, Gambie, Sénégal, Soudan En prévision : Cap Vert, Djibouti, Guinée À actualiser: Cambodge, Mozambique, Viet Nam, et peut-être Bénin	4

* pré-pacte ** mémorandum d'entente

Deux tendances peuvent être observées dans les pactes les plus récents. Les acteurs non étatiques et la société civile ratifient le plus souvent les pactes, et un plus grand nombre de pactes incluent désormais des indicateurs explicites concernant le suivi des engagements.

La Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant a d'autre part recommandé deux types d'engagements : des rapports transparents par les partenaires extérieurs sur les dépenses engagées, et l'utilisation de plates-formes nationales d'examen pour promouvoir la redevabilité mutuelle. En pratique, bien que les deux tiers des pactes établissent un système d'examen des engagements souscrits, la plupart du temps par le biais d'un examen annuel conjoint, les engagements souscrits par les partenaires du développement font rarement l'objet d'un examen lors de ces exercices. Cette situation pourrait commencer à changer (voir la section 3.4).

L'expérience acquise par le biais des pactes nationaux a été examinée à la fin de l'année 2012⁷ (voir l'encadré 4 pour les principaux points). La conclusion générale était qu'ils valaient la peine d'être mis en œuvre, mais qu'en eux-mêmes ils ne mènent pas à un « changement majeur » dans le comportement des partenaires du développement.

6 Voir l'annexe 3 : situation des pactes au 31 mars 2013

7 Développement d'un Pacte national : ressources et avantages, Dec 2012



Encadré 4 : principaux points tirés de l'examen 2012 des pactes nationaux

1. Les pactes ont amélioré la qualité du dialogue et du partenariat pour la coordination de l'aide. Les pactes ont permis aux pays de mieux comprendre la nature de l'appui extérieur qu'ils reçoivent et de l'aligner sur les plans nationaux.
2. La valeur des pactes réside dans le fait qu'ils servent de guide pour établir les orientations et les objectifs de haut niveau du partenariat visant à améliorer l'utilisation efficace de toutes les ressources en matière de santé.
3. Remplir les engagements établis dans un pacte exige un travail continu pour développer et mettre en œuvre des outils et des instruments spécifiques comme des accords de cofinancement, des rapports communs, et une aide technique harmonisée.
4. Les pactes peuvent amener légitimité et une force morale internationales aux efforts nationaux de coordination de l'aide.
5. Les engagements et les indicateurs visant à améliorer le partenariat et l'efficacité de l'aide convenus dans les pactes ne font pas l'objet de rapports réguliers car ils reposent sur la redevabilité mutuelle.
6. Peu d'éléments attestent que les partenaires du développement fournissent une aide au développement en matière de santé plus efficace une fois un pacte ratifié, comme indiqué dans l'examen des indicateurs quantitatifs du Rapport 2012 sur la performance du IHP+Results.

3.3. L'harmonisation de la gestion financière

Le terme gestion financière renvoie à la capacité à préparer des budgets et à en garantir une publication opportune ; à maintenir des comptes transparents et à jour sur les dépenses, et à assurer une vérification des dépenses et un suivi des résultats. L'harmonisation et l'alignement de la gestion financière permettent de réduire les coûts de transaction et d'améliorer la transparence, la redevabilité, l'efficacité et l'utilisation des ressources. Les ministères et les unités en charge de la gestion financière de manière générale doivent prendre de nombreuses questions liées à ce sujet en considération – que ce soit au niveau du gouvernement ou des agences. Cela entraîne des défis spécifiques pour aller de l'avant au niveau sectoriel.

Progrès accomplis et enseignements tirés de l'expérience durant la période 2012-13

En 2011-12, la Banque mondiale, l'Alliance GAVI et le Fonds mondial ont examiné les opportunités qui existaient en matière d'harmonisation et d'alignement des activités liées à la gestion financière. L'équipe a conclu que les évaluations individuelles de la gestion financière (ou FMA en anglais) donnaient lieu à un dédoublement des coûts et des efforts, et a identifié les évaluations conjointes de la gestion financière comme un point de départ à une harmonisation améliorée⁸. En 2012-13, une évaluation conjointe complète de la gestion financière a été menée en Sierra Leone avec l'appui d'une équipe nationale. Cela devrait permettre d'aboutir au développement d'un accord fiduciaire conjoint en Sierra Leone. Cet exercice contribuera à éclairer la révision du Rapport sur l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière (y compris des orientations concernant la façon de mener des évaluations conjointes dans ce secteur). Cette approche exige :

- Une évaluation conjointe complète de la gestion financière, avec la portée et la nature nécessaires
- Un cadre de travail commun pour la gestion financière, sous la forme d'un accord fiduciaire conjoint

- Un mécanisme d'aide technique unique et complet et un programme de renforcement des capacités
- Une supervision coordonnée et commune de la gestion financière durant la mise en place.

La gestion financière a fait l'objet de discussions lors de la quatrième Réunion des équipes chargées de la santé au niveau des pays dans le cadre du IHP+. Les commentaires reçus incluaient les suivants :

- L'harmonisation et l'alignement de la gestion financière sont des éléments importants qui peuvent déboucher sur des bénéfices substantiels pour les pays et les partenaires du développement.
- Il est essentiel que les partenaires du développement utilisent davantage les systèmes de gestion financière des pays, mais on ne doit pas attendre que le système national ait été complètement renforcé avant de l'utiliser.
- Il convient de créer une solide équipe nationale pour la gestion financière et d'obtenir un appui politique de haut niveau.
- Les questions liées à la gestion financière sont souvent mal comprises et une meilleure communication est nécessaire.

En 2013, un Groupe de travail IHP+ dédié à la gestion financière sera formé. Ce groupe déterminera la prochaine étape en matière d'harmonisation et d'alignement de la gestion financière. Ses principales activités incluront :

- Rédaction et approbation des éléments génériques d'un mémorandum d'entente sur les accords fiduciaires conjoints, et assistance systématique pour la mise en œuvre d'une approche harmonisée au niveau des pays.
- Développement d'un document questions-réponses sur l'harmonisation de la gestion financière afin d'améliorer la communication entre les agences ainsi qu'au niveau national.
- Consolidation des capacités aux niveaux national et régional pour activer un appui Sud-Sud en matière d'harmonisation et d'alignement de la gestion financière.

3.4. Une plate-forme unique pour le suivi et la redevabilité en matière de résultats

Le IHP+ encourage l'utilisation d'une plate-forme nationale commune pour le suivi de la mise en œuvre des stratégies nationales pour la santé, et en tant que fondement pour une plus grande redevabilité en matière de résultats. Cet engagement en faveur de la redevabilité mutuelle est également un des principes les plus importants du IHP+.

Progrès accomplis et enseignements tirés de l'expérience durant la période 2012-13

Comme évoqué dans le précédent rapport de l'Équipe de base du IHP+, les efforts visant à renforcer le suivi des résultats en matière de santé vont de pair avec la redevabilité mutuelle. Les synergies s'amplifient entre les deux domaines d'activités appuyés par le IHP+, ce qui s'explique par un accent commun sur une redevabilité nationale accrue en matière de résultats.

- Une plate-forme de suivi et d'examen unique pour les stratégies nationales pour la santé
- Des engagements visant à assurer le suivi de l'efficacité de l'aide souscrits par les gouvernements et les partenaires du développement



Une plate-forme de suivi et d'examen unique pour les stratégies nationales pour la santé

L'attention accordée à ce thème a été stimulée par la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant. L'année 2012 a été marquée par une intense activité de soutien à l'auto-évaluation des systèmes d'informations et de redevabilité en place, et de création de « feuilles de route » pour leur amélioration, feuilles de route auxquelles les partenaires du développement peuvent ensuite apporter leur appui. Les efforts visant à renforcer la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant se situent dans le cadre de la responsabilisation pour l'ensemble du secteur⁹.

Encadré 5 : pays du IHP+ ayant développé des évaluations de la redevabilité et des feuilles de route à la fin du mois de mars 2013

Évaluations de la redevabilité terminées ou planifiées : Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Gambie, Guinée, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, RDCongo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Togo, Viet Nam, Zambie

Feuilles de route sur la redevabilité terminées ou en cours : Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Djibouti, Guinée, Kenya, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Népal, Ouganda, Pakistan, RDCongo, Rwanda, Sierra Leone, Soudan, Togo, Viet Nam, Zambie

L'utilisation d'examens annuels conjoints pour le secteur de la santé en tant que mécanisme d'évaluation de la performance et des résultats a bénéficié d'un regain d'attention. En 2012, le IHP+ a commandé un examen de l'expérience acquise par le biais des examens annuels conjoints réalisés dans 10 pays pendant les dix dernières années.

Encadré 6 : points saillants de l'étude des examens annuels conjoints (JAR) du secteur de la santé¹⁰

- Tous les acteurs interrogés dans le cadre de cette étude ont trouvé les JAR utiles
- Les JAR sont faits sur mesure spécifiquement pour chaque pays et cela est une force : il n'y a pas de modèle universel
- Les JAR ont en commun un certain nombre d'aspects : tous font partie d'un cycle annuel de suivi et d'évaluation; ils examinent en général la mise en œuvre du programme de travail annuel; ils tendent à devenir plus ouverts au fil du temps
- Leur valeur ajoutée est la suivante :
 - » Les JAR tendent à renforcer le dialogue politique, l'alignement, la redevabilité, la mise en œuvre du plan et l'allocation des ressources intérieures. Mais le JAR n'est qu'un des nombreux facteurs qui y contribuent
 - » Les JAR peuvent potentiellement améliorer les plans, mobiliser des ressources supplémentaires et promouvoir la redevabilité mutuelle
 - » Les JAR sont moins réputés en ce qui concerne l'amélioration de l'harmonisation, la mise en place de nouveaux objectifs, et la réduction des coûts de transaction
- Les facteurs déterminants pour le succès d'un JAR incluent une direction forte de la part du gouvernement, un haut degré d'appropriation locale, une participation substantielle et massive de toutes les parties prenantes, un climat constructif et un dialogue ouvert en matière de politique
- Les principaux défis portent sur la disponibilité en temps opportun de données de bonne qualité et correctement validées, l'intégration des recommandations des JAR aux plans opérationnels et l'équilibre entre une participation accrue et un meilleur dialogue en matière de politiques

⁹ Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plate-forme de pays pour l'information et la redevabilité

¹⁰ Examens annuels conjoints du secteur de la santé : analyse de l'expérience acquise, Partenariat international pour la Santé, 2012

Suivi des progrès réalisés par rapport aux engagements pris en matière d'efficacité de l'aide

Le troisième Rapport sur la performance du IHP+Results, publié à la fin 2012, a examiné les progrès réalisés au regard des 10 indicateurs convenus par les gouvernements et les partenaires du développement. Les conclusions ont été reprises dans des fiches d'évaluations (« scorecards ») individuelles, ainsi que dans un rapport de synthèse (Annexe 4). Des efforts concertés ont été déployés pour diffuser les résultats : par le biais de la société civile ; des événements organisés par les agences ; du Partenariat mondial pour une coopération au développement efficace, et de la Réunion des équipes chargées de la santé dans le cadre du IHP+.

Encadré 7 : Points saillants du Rapport annuel sur la performance 2012 du IHP+Results¹¹

- le IHP+ a aidé à améliorer l'efficacité de l'aide au développement pour la santé mais les progrès restent lents.
- Les pays ont davantage progressé que les partenaires du développement dans la mise en pratique des Principes.
- Des progrès importants ont été accomplis pour renforcer l'appropriation nationale de l'aide au développement, comme en témoignent le développement de plans nationaux pour la santé, de cadres de travail pour la performance et de pactes nationaux, et l'incorporation de ces outils au dialogue mené avec les partenaires du développement et aux évaluations conjointes qui s'y rattachent.
- À ce jour, les partenaires du développement dans leur ensemble n'ont pas encore opéré le « changement majeur » lié à l'efficacité de l'aide, anticipé lorsque le IHP+ a été créé. Seuls 3 des 12 objectifs ont été remplis.
- La redevabilité mutuelle reste un outil sous-utilisé pour stimuler les améliorations en matière d'efficacité de l'aide pour la santé.

Fin 2012, une consultation sur la future approche du IHP+ pour le suivi de l'efficacité de l'aide a été menée en trois étapes : une rencontre d'une journée du Groupe de travail du IHP+ sur la redevabilité mutuelle ; une consultation électronique ouverte à tous les signataires du IHP+, et une session organisée lors de la quatrième Réunion des équipes pays chargées de la santé dans le cadre du IHP+. Le travail entrepris avec l'OCDE sur la future approche de suivi se poursuit depuis lors.

Encadré 8 : Accord sur le futur suivi de l'efficacité du développement en matière de santé convenu à Nairobi¹²

- Le suivi de l'efficacité du développement spécifiquement dans le secteur de la santé devrait être maintenu par le biais du IHP+ mais il devrait rester volontaire
- Le suivi devrait être incorporé aux processus nationaux de suivi et de redevabilité, comme cela est le cas dans le cadre du Partenariat mondial en faveur d'une coopération au développement efficace, avec lequel le IHP+ devrait former des liens plus étroits
- Des rapports réguliers au niveau mondial devraient être conservés mais il ne devrait plus y avoir d'enquêtes globales
- Le suivi sera assuré pour les six questions reconnues comme pertinentes, importantes et mesurables
- La diffusion des conclusions et les discussions à leur sujet seront intensifiées.

11 Rapport annuel sur la performance 2012, IHP+Results

12 Rapport de la Quatrième Réunion des équipes chargées du secteur de la santé dans les pays dans le cadre du IHP, 2012



3.5. Le rôle de la société civile dans le IHP+

Le Pacte mondial du IHP+ mentionne explicitement le rôle important joué par la société civile dans le développement et la mise en œuvre de plans nationaux pour la santé, et dans la responsabilisation des partenaires.

Progrès accomplis et enseignements tirés de l'expérience durant la période 2012-13

- *Engagement des organisations nationales de la société civile dans les processus nationaux en matière de politiques.* Le Rapport 2012 du IHP+Results a révélé que la société civile était impliquée dans les processus nationaux de planification et d'examen dans 14 des 19 pays examinés. Une analyse effectuée par l'Équipe de base concernant la participation de la société civile aux JANS et aux pactes nationaux a conclu que la société civile avait été incluse dans presque tous les JANS, et que les nouveaux pactes sont de plus en plus souvent ratifiés par les organisations de la société civile¹³. Cependant, le IHP+Results a fait observer que les données disponibles quant à la nature et la portée de l'engagement de la société civile dans les processus de politiques de santé restaient limitées.
- *Le programme de petites subventions du Fonds d'action pour une politique de santé.* Ces subventions ont pour but de soutenir l'engagement des organisations de la société civile dans les processus de dialogue et de suivi en matière de politiques. Durant le second cycle, 2012-2013, dix organisations issues de 8 pays du IHP+ ont bénéficié de subventions à hauteur de 30.000 dollars. Un effort concerté a été déployé pour atteindre un plus grand nombre des coalitions formées par les organisations de la société civile. Le comité technique en charge du projet a estimé que la qualité des propositions était meilleure que lors du premier cycle (2010-2011). Le rapport à mi-parcours est disponible sur le site Internet¹⁴. Les activités incluent : peser sur les débats parlementaires relatifs à la santé ; examiner les budgets ; assurer la communication des politiques de santé et des droits auprès des communautés locales.
- *Les représentants de la société civile auprès du IHP+ ont appuyé la documentation et la diffusion des conclusions du rapport du IHP+Results* et ont contribué à des documents du IHP+ concernant la façon dont la société civile pourrait s'impliquer davantage dans l'amélioration de l'efficacité de l'aide pour le secteur de la santé¹⁵.
- *Le Groupe consultatif du IHP+ pour la société civile a été rétabli.* Il s'agit d'un groupe consultatif pour les représentants de la société civile du IHP+ qui inclut à la fois des membres du Sud et du Nord¹⁶. Il se réunit le plus souvent par téléconférence. En décembre 2012, la rencontre annuelle a représenté une opportunité de partager les expériences acquises en matière d'engagement de la société civile dans les processus nationaux et mondiaux de politiques de santé ; de convenir de messages pour la quatrième Réunion des équipes pays chargées de la santé dans le cadre du IHP+ ; et d'élaborer un plan d'action pour 2013.
- *La communication concernant la société civile s'est améliorée.* L'existence de points focaux à temps partiel signifie que l'information est maintenant partagée par le biais de deux listes de diffusion Listserv, du Forum dédié aux organisations de la société civile du IHP+ pour les organisations du Nord, et de la plate-forme de santé des organisations de la société civile pour les organisations du Sud. La page Internet du IHP+ a été mise à jour.

13 70% des pactes récents comprenaient des organisations de la société civile parmi leur signataires.

14 Fonds d'action pour une politique de santé (HAPAF) *Narrative Mid-Term Progress Report: 15 April 2012 – 15 January 2013*

15 Document du IHP+Results sur la participation de la société civile

16 AfriCASO, Aga Khan University, AMREF, Communication for Development Centre, Ethiopian CSO Health Forum, MEDiCAM, OXFAM, REPAOC, réseau d'ONG Rwanda NGO Forum on AIDS and Health Promotion, Save the Children, Sightsavers International, Uganda Catholic Medical Bureau

4. Gestion et communication

4.1 Dispositifs de gestion

Gouvernance globale du IHP+. Le principal organisme responsable pour l'approbation des orientations politiques globales, le Groupe de référence pour le passage à l'échelle supérieure (SuRG de l'anglais *Scaling-up Reference Group*), comprend tous les signataires du IHP+. Le Partenariat est désormais trop grand pour qu'il soit encore possible d'organiser des téléconférences réunissant les 57 signataires. Les consultations électroniques ne sont utilisées que rarement, comme par exemple en 2012 pour obtenir l'avis de tous sur le futur suivi de l'efficacité du développement par le biais du IHP+. La quatrième Réunion des équipes chargées de la santé dans les pays du IHP+ a donné l'occasion de discuter des futures orientations du IHP+ avec tous les partenaires.

L'Équipe de direction du IHP+. Celle-ci se réunit chaque mois pour faire le point sur des sujets précis ; assurer une surveillance régulière des activités liées au IHP+ et partager les informations avec les agences. Des changements ont eu lieu dans la représentation des agences bilatérales au début de l'année 2013 (une liste à jour est disponible dans l'annexe 3). Pour les pays, la Sierra Leone et le Soudan participent régulièrement aux réunions. Les téléconférences mensuelles sont très suivies, et des notes relatives aux réunions sont librement disponibles sur le site Internet.

L'Équipe de base du IHP+. Une petite équipe commune à l'OMS et la Banque mondiale gère les opérations du Partenariat¹⁷. Une fois que les orientations du IHP+ pour les deux années à venir ont été entérinées, les fonctions et les compétences de l'Équipe sont examinées.

4.2 Communication au sein du IHP+ et avec l'extérieur

Les activités liées à la communication menées depuis janvier 2012 sont les suivantes :

- Le nouveau site web du IHP+ a été lancé en mai 2012 : il inclut des nouveautés sur les pays et les activités globales
- Le Rapport 2012 sur la Performance du IHP+Results a été diffusé à tous les signataires du IHP+ ; aux co-présidents du Partenariat mondial en faveur d'une coopération au développement efficace ; et aux réseaux des organisations de la société civile.
- Le message préparé lors de la quatrième Réunion des équipes IHP+ en décembre 2012 a été envoyé aux ministres et chefs d'agence
- Le bulletin d'information bimensuel a été rétabli (en novembre 2012) ; une brochure sur le IHP+ a été mise à jour en avril 2013
- Les expériences acquises sont partagées avec les partenaires et les autres partenariats par le biais d'examens ; du site Internet ; de l'Équipe de direction et d'autres événements et réunions (voir l'encadré 9)

17 The Core Team is led by Phyllida Travis travisp@who.int, and Finn Schleimann fschleimann@worldbank.org



Encadré 9 : Réunions ayant comporté des sessions d'informations sur l'efficacité du développement pour la santé et le IHP+ en 2012-2013

Février 2012: *Towards shared principles for assessment and reporting of the health impacts of development aid Workshop* organisé par EAGHA, Commission européenne et The Lancet, Bruxelles

Mars 2012: Seconde retraite et dialogue de *Alliance of Southern Civil Society in Global Health*, Accra

Mars 2012: Forum 'Aid and Beyond' de *COHRED Health Research*, Capetown

Mai 2012: Réunion IHP+ en marge de l'Assemblée mondiale pour la Santé, Genève

Juillet 2012: Rapport coûts/avantages, durabilité et responsabilisation dans le secteur de la santé. Dialogue de haut niveau entre les Ministères des Finances et de la Santé, Tunisie

Septembre 2012: Séminaire régional pour l'Afrique de la Commission européenne sur le dialogue en matière de politiques dans le secteur de la santé, Bruxelles

Septembre 2012: Réunion informelle des responsables mondiaux en matière de santé, New York

Octobre 2012: Groupe parlementaire multipartite du Royaume-Uni sur le paludisme et les maladies tropicales négligées, Londres

Décembre 2012: Réunion du Groupe consultatif du IHP+ sur les organisations de la société civile, Nairobi

Décembre 2012: quatrième Réunion des équipes chargées de la santé dans les pays dans le cadre du IHP+ à Nairobi : plus de 200 représentants de gouvernements (47%), d'organisations nationales de la société civile (23%) et de partenaires du développement (30%) de 29 pays

Février 2013: Réunion des organisations de la société civile africaines, Genève

Avril 2013: Forum de partenaires pour la santé de l'Organisation ouest africaine de la Santé, Cap Vert

Avril 2013: Réunion du Groupe consultatif de la Banque mondiale sur la société civile, Washington, DC

Avril 2013: Réunion informelle des responsables mondiaux en matière de santé, Washington, DC

5. Les finances du IHP+

5.1 Phase III revenus et dépenses, janvier 2012 – mars 2013

Le budget approuvé pour la Phase III du IHP+ 2012-2013 est de 9,85 millions de dollars. Au début de l'année 2012, le plan de travail de la Phase III n'était financé qu'à hauteur d'un tiers, et un certain nombre de promesses de financement n'avaient pas encore été reçues. Depuis lors, toutes les promesses ont été remplies et le plan de travail est entièrement financé. Les bailleurs de fonds du IHP+ sont la Commission européenne, DFID, l'Allemagne, la Norvège, la Suède et l'Espagne.

Résumé des revenus et dépenses

Revenus depuis le 1er janvier 2012	\$15.058.000
Dépenses de janvier 2012 à mars 2013	\$5.763.100
Solde au 31 mars 2013	\$9.294.900

Dépenses effectuées par rapport aux domaines du plan de travail liés à la Phase III, 1 janvier 2012 – 31 mars 2013

		Budget (en dollars)	Dépenses (en dollars)
Domaine 1	Renforcement de l'alignement avec un plan unique au niveau national* Subventions aux pays ; JANS ; soutien aux pactes	3.550.000	1.688.600
Domaine 2	Renforcement et accélération du changement par le biais d'interventions au niveau mondial Harmonisation de la gestion financière ; engagement accru avec les initiatives mondiales connexes ayant trait à la santé ; rapports sur les enseignements tirés de l'expérience	650.000	305.300
Domaine 3	Amélioration de l'engagement de la société civile dans le IHP+** Groupe consultatif du IHP+ sur la société civile ; communications de la société civile sur l'approche du IHP+ ; Fonds d'action pour une politique de santé de la société civile	700.000	690.900
Domaine 4	Amélioration de la redevabilité en matière de résultats Plate-forme unique pour le suivi et l'évaluation ; suivi indépendant des progrès accomplis par rapport aux engagements ; quatrième Réunion des équipes chargées de la santé dans les pays dans le cadre du IHP+	2.700.000	986.200
Domaine 5	Gestion du IHP+ et communications Opérations de l'Équipe de base et communications	2.250.000	2.092.100
	TOTAL (en dollars)	9.850.000	5.763.100

* 85% ont été alloués aux subventions accordées aux pays

** Le Fonds d'action pour une politique de santé a représenté la principale dépense

Le tableau montre que les dépenses sont bien engagées et que, dans l'ensemble, elles sont conformes aux allocations prévues. Tout aussi important, certaines sources de financements peuvent être reportées à 2014 et ainsi garantir un excès de liquidités lorsque le IHP+ passera à l'étape suivante de sa progression.

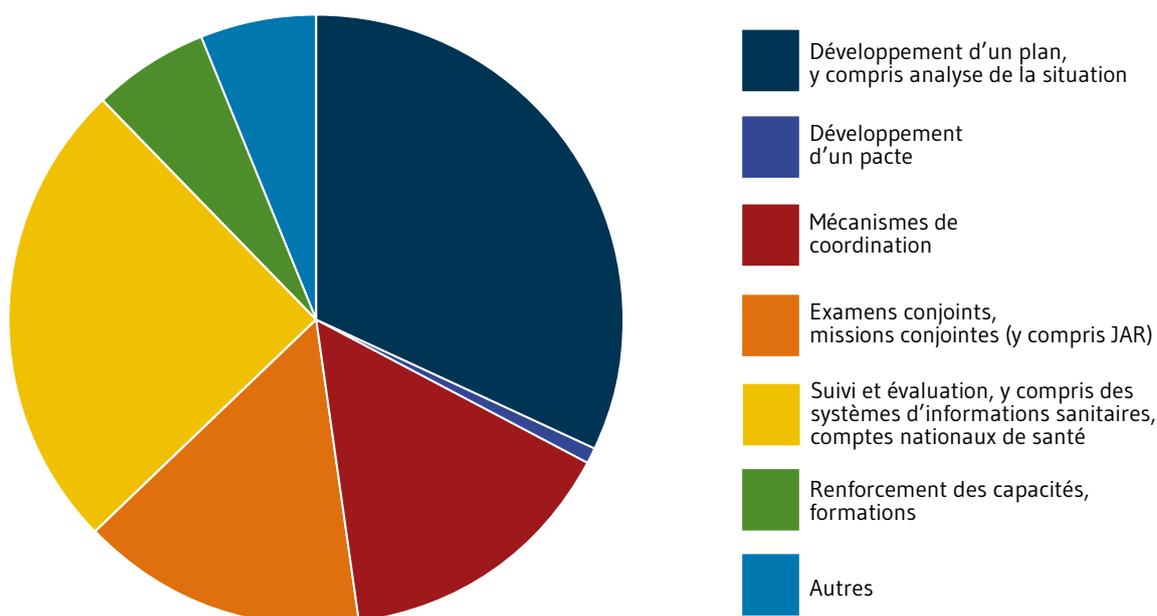


5.2 Subventions du IHP+ aux pays, janvier 2012 – mars 2013

Depuis janvier 2012, 17 subventions ont été accordées aux pays pour un total de 1.441.300 dollars¹⁸. La plupart constituaient des prolongement de subventions existantes, mais trois pays ont reçu des subventions pour la première fois : le Bénin, La Côte d'Ivoire et le Rwanda. Les subventions tournent aujourd'hui autour des 50.000 à 100.000 dollars – soit bien moins que durant les débuts du IHP+. Les pays qui se sont vu octroyer plusieurs financements sont encouragés à trouver des sources de revenu alternatives au niveau local et reçoivent des sommes moins importantes. Cependant, nombre d'entre eux apprécient les subventions du IHP+ en tant que source flexible de fonds pour les types d'activités fréquemment sous-financés. Les taux d'exécution sont élevés (82% au 1er avril 2013 pour toutes les subventions). Des rapports financiers et narratifs sont rendus chaque année.

Les types d'activités pour lesquelles les pays choisissent d'utiliser les fonds du IHP+ sont présentées dans le diagramme ci-après : de façon générale, les fonds sont investis principalement dans des activités liées au développement du plan national, au renforcement du système d'information, aux examens annuels conjoints ainsi qu'aux mécanismes de coordination des partenaires et au renforcement de ces derniers.

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



¹⁸ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Côte d'Ivoire; Djibouti, Éthiopie, Mauritanie, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, RDCongo, Rwanda, Tchad, Sénégal, Soudan

6. Perspectives d'avenir : s'aligner pour de meilleurs résultats

Les deux messages principaux qui ressortent du Rapport sur la performance publié en octobre 2012 par le IHP+Results sont les suivants : des progrès ont été accomplis en ce qui concerne l'efficacité de l'aide et du développement en matière de santé mais ceux-ci restent trop lents ; les pays ont mieux réussi que les partenaires internationaux du développement dans la mise en pratique des principes efficaces de développement. La quatrième Réunion des équipes chargées de la santé dans le cadre du IHP+, qui s'est tenue à Nairobi en décembre 2012, a identifié les domaines sensibles dans lesquels il est nécessaire que tous les partenaires du développement opèrent des changements afin de progresser plus rapidement dans la réalisation des OMD liés à la santé. Ces changements sont les fondements sur lesquels s'appuieront les orientations et les activités du IHP+ lors des deux années à venir, alors que tous vont redoubler d'efforts pour atteindre les OMD et que le programme de développement de l'après-2015 continue de prendre forme.

Le nouvel élan politique dont bénéficie le IHP+ au niveau mondial renforce l'accent mis sur ces changements et intensifie le degré d'ambition de tous les partenaires du IHP+. Ces derniers ont convenu d'accroître leurs efforts dans trois domaines essentiels :

- Augmenter l'alignement avec un plan unique pour la santé, et ainsi faire en sorte que les approches communes deviennent la façon habituelle de travailler
- Renforcer et utiliser les systèmes nationaux, particulièrement ceux consacrés à la gestion financière et à la passation de marchés
- Utiliser une plate-forme unique pour le suivi et la redevabilité en matière de résultats
- Les partenaires du IHP+ ont également convenu de mettre davantage l'accent sur :
 - La prestation de services et les résultats, particulièrement en faveur des populations pauvres et marginalisées
 - Le changement parmi les agences de développement, afin qu'elles soient plus sensibles aux besoins des pays
 - Favoriser une plus grande coopération Sud-Sud, et des approches d'apprentissage plus systématiques tant au plan national qu'au plan international.

Il est évident que des mesures énergiques doivent être prises par tous les partenaires du développement : qu'il s'agisse des gouvernements, des acteurs non étatiques y compris les organisations de la société civile et les partenaires internationaux du développement. Un certain nombre de comportements des partenaires internationaux, considérés comme un problème chronique, se trouvent dans la liste des domaines sensibles identifiés à Nairobi. Depuis lors, une liste de sept comportements à améliorer a été dressée, laquelle, si elle était mise en œuvre de manière efficace, pourrait déboucher sur des résultats visibles. Elle a fait l'objet de discussions parmi les chefs d'agence, lesquels soutiennent fermement l'adoption de mesures énergiques à leur égard. Le plus important se jouera au niveau de la mise en œuvre et des résultats obtenus sur le terrain.



Encadré 10 : Sept comportements des partenaires internationaux du développement qui, s'ils sont mis en œuvre de manière efficace, auront pour effet des résultats visibles

1. Les évaluations conjointes, y compris celles portant sur les stratégies sectorielles et sous-sectorielles, qui aboutissent à des accords sur les priorités sont reflétées dans la stratégie nationale pour la santé et dans le nombre réduit d'exercices indépendants.
2. Les apports en ressources sont rapportés dans le budget et concordent avec les priorités nationales.
3. Les systèmes de gestion des finances sont harmonisés et alignés ; le renforcement des capacités est terminé ou en cours ; les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.
4. Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; les systèmes parallèles sont éliminés ; les systèmes nationaux sont renforcés, mettant l'accent sur le meilleur rapport qualité-prix, et utilisés. L'appropriation nationale peut comprendre le fait de bénéficier d'un approvisionnement au niveau mondial.
5. Le suivi collectif de la mise en œuvre et des résultats repose sur une plate-forme unique de suivi et d'évaluation et de redevabilité, (y compris les examens annuels conjoints), laquelle définit les activités qui sont ensuite mises en œuvre et renforce la redevabilité mutuelle.
6. Les opportunités pour un apprentissage systématique entre les pays sont développées et appuyées par les agences (Sud-Sud/coopération triangulaire).
7. La fourniture d'une aide technique planifiée de façon stratégique et bien coordonnée.

Deux ensembles d'activités interdépendants ont été engagés et seront poursuivis. Le premier porte sur les mesures prises par les agences au sujet des sept comportements ci-dessus, et le second sur le travail à faire, dans les pays intéressés, pour « accélérer » la mise en œuvre et la réalisation des résultats et tirer des enseignements des bénéfices qui en découleront, y compris en ce qui concerne la façon dont ils ont été obtenus.

Le IHP+ intensifiera ses efforts en faveur d'une redevabilité mutuelle accrue en matière de résultats de deux façons. Premièrement en mettant davantage l'accent sur les mécanismes nationaux de redevabilité mutuelle – ceci est lié au changement d'orientation initié par le Partenariat mondial en faveur d'une coopération au développement efficace, lequel met désormais l'accent sur une approche centrée sur les pays pour le suivi des engagements. Ensuite en conservant, au niveau mondial, un système de rapports réguliers sur la performance pour tous les partenaires.

Comme cela a été rapporté dans le message de Nairobi adressé aux responsables du IHP+, il est urgent, dans les pays où les Principes du IHP+ se sont enracinés, que les principaux acteurs accroissent leurs efforts pour mettre ces principes pleinement en pratique, tant au niveau national qu'au niveau infranational. Étant donné que ces méthodes de travail sont pertinentes pour tous les partenaires du développement, qu'ils aient signé ou non le Pacte mondial du IHP+, l'objectif global est de faire en sorte que ces principes et approches deviennent la façon habituelle de conduire les affaires également pour ceux qui n'ont pas ratifié le Pacte.





Annexe 1 : Message adressé aux responsables du Partenariat international pour la Santé (IHP+) par les participants à la quatrième Réunion des équipes IHP+

Nairobi, décembre 2012

Plus de 200 représentants des gouvernements, des partenaires du développement et des organisations de la société civile se sont réunis à Nairobi du 12 au 14 décembre 2012, afin d'analyser les progrès accomplis par le biais du IHP+ dans l'amélioration de l'efficacité du développement dans le secteur de la santé, et d'identifier les obstacles, les incitations, et les interventions nécessaires pour accélérer les progrès afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Les équipes pays comprenaient des représentants des gouvernements (47%, principalement venus des ministères de la santé mais également des ministères des finances), des organisations nationales de la société civile (23%) et des partenaires du développement (30%).

Les participants ont exprimé leur vive appréciation pour le nouvel élan politique apporté par le IHP+ au niveau mondial. Ils ont également souligné les contributions du IHP+ dans l'amélioration de l'efficacité du développement dans le secteur de la santé aux niveaux mondial et national depuis son lancement il y a cinq ans, en dépit de la crise économique mondiale actuelle. Le nombre de pays qui ont souscrit au pacte mondial du IHP+ a quadruplé, démontrant par là même une appropriation croissante par les pays. L'IHP+ est reconnu pour encourager les pays à exercer un plus grand pouvoir décisionnel en matière de santé, et de nombreux pays ont rapporté que le Partenariat les a aidés à bâtir une coalition de soutien autour de leurs plans de santé nationaux. Le IHP+ est également reconnu pour avoir mis la priorité des questions relatives à la santé avant celle des autres secteurs dans la mise en œuvre des principes en matière d'efficacité du développement. Celui-ci servira de moteur principal pour poursuivre l'Accord de partenariat de Busan en matière de santé, et contribuera à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) d'ici 2015 ainsi qu'au programme pour le développement de l'après-2015. Toutefois, les participants ont exprimé leur déception quant à la lenteur des progrès accomplis. Le Rapport 2012 du IHP+ Results a révélé que les partenaires du développement n'avaient rempli que 3 des 12 objectifs en matière d'efficacité du développement.

Les participants ont identifié un certain nombre de domaines critiques dans lesquels des progrès plus rapides et plus efficaces s'imposent, et pour lesquels l'intervention des responsables est nécessaire tant au niveau mondial qu'au niveau national. Les messages clés sont les suivants:

- **Renforcer les liens entre l'efficacité du développement, la couverture de santé universelle et de meilleurs résultats en matière de santé.** Encourager les initiatives mondiales en matière de santé à utiliser l'approche préconisée par le IHP+ : la mise en pratique des principes d'efficacité de développement incarnés par le IHP+ permettra aux programmes et initiatives sanitaires de réaliser les résultats escomptés de façon non seulement plus rapide mais également plus durable. L'accent devrait être mis sur la contribution aux résultats plutôt que sur l'attribution.
- **Maintenir expressément l'accent sur la direction nationale et parvenir à un alignement concret sur les stratégies et plans de santé nationaux.** Des progrès ont été accomplis mais il faut aller encore plus loin. Nombreux sont les cas où l'alignement n'existe que sur le papier. Les pays demandent instamment aux partenaires du développement de participer à l'élaboration de leurs plans nationaux pour le secteur de la santé ; de s'aligner ensuite véritablement sur les priorités définies ; de comptabiliser leurs dépenses, tant extérieures qu'intérieures, dans les budgets nationaux ; et de s'adapter aux cycles nationaux de budgétisation et de planification. Il a été convenu que les cadres de politiques et les outils élaborés par le biais du IHP+ – tels que les pactes nationaux, l'examen conjoint des stratégies nationales (JANS) et les cadres conjoints de suivi et d'évaluation – étaient utiles pour améliorer le dialogue et la qualité et inspirer la confiance des partenaires, et qu'il était nécessaire de leur donner une plus grande priorité et un soutien accru.

- **Accroître l'utilisation des systèmes nationaux de passation de marchés et de gestion financière.** Le rapport des résultats du IHP+Results montre que même les systèmes nationaux qui répondent aux normes internationales ne sont pas utilisés par tous les partenaires du développement. Les participants ont insisté sur le fait que les systèmes nationaux ne seront renforcés que si les partenaires s'en servent réellement. Les risques qui en découlent doivent être maîtrisés, mais ne doivent pas faire obstacle à leur utilisation. Il a également été noté que changer de politiques et de pratiques pour s'aligner sur les systèmes nationaux pourrait nécessiter une intervention qui irait au-delà du secteur de la santé et que les partenaires du développement devraient appuyer activement le renforcement de ces systèmes.
- **Répondre plus efficacement aux demandes visant au renforcement des capacités des pays et des organisations de la société civile.** Le besoin d'appui pour renforcer les capacités des gouvernements dans de nombreux domaines a été clairement identifié, y compris en ce qui concerne l'amélioration des données, le renforcement des évaluations en matière de qualité et des systèmes de passation des marchés et financiers, ainsi que du développement des ressources humaines. Les organisations de la société civile ont réclamé davantage de soutien pour améliorer leur participation concrète aux questions relatives aux politiques de santé aux niveaux national et mondial. Une plus grande clarté est nécessaire quant à ce que cela signifie en pratique. C'est là que le IHP+ pourrait jouer un rôle important.
- **Intensifier les efforts vers une responsabilité mutuelle accrue.** Davantage de redevabilité nationale est nécessaire pour parvenir à une plus grande efficacité en matière de développement et de résultats, par exemple par le biais des parlements et des organisations de la société civile. Les participants sont d'avis que les partenaires du développement devraient, tout comme les gouvernements, être redevables lors des revues annuelles conjointes du secteur de la santé. Les examens annuels seront plus efficaces s'ils intègrent une participation active de parties prenantes au gouvernement autres que le ministère de la santé, ainsi que d'organisations de la société civile et du secteur privé. Plusieurs participants ont demandé le maintien des mécanismes de redevabilité tant nationaux que mondiaux, et le renforcement des liens du IHP+ avec le processus de suivi de l'après-Busan.
- **Assurer une plus grande collaboration Sud-Sud.** Les pays accumulent une expérience croissante sur les différentes façons de travailler avec des partenaires multiples afin d'améliorer les résultats en matière de santé. Le IHP+ a lancé un appel à l'action pour encourager une collaboration Sud-Sud plus structurée, y compris par le biais de plates-formes régionales et interrégionales existantes.
- **Améliorer la cohérence des messages prônant qu'un meilleur alignement s'accompagne de meilleurs résultats à tous les niveaux et dans tous les forums.** Les partenaires du développement doivent veiller à une plus grande cohérence dans leurs communications entre leur siège et le personnel pays, ainsi que lors des conseils d'administration des différentes initiatives mondiales en matière de santé, de manière à ce que les partenaires et les initiatives soient mieux alignés avec les stratégies nationales.

Le IHP+ a prouvé qu'il était une excellente plate-forme pour le dialogue en matière de politique au niveau national et l'engagement parmi les intervenants clés des gouvernements, de la société civile, du secteur privé et des partenaires internationaux, dans le secteur de la santé et au-delà. Cette plate-forme est bien placée pour aider les pays à accélérer leurs efforts afin d'atteindre les OMD relatifs à la santé et d'élaborer le programme pour la santé et le développement de l'après-2015.

Pour aller de l'avant, il est urgent, dans les pays où les principes du IHP+ se sont enracinés, que les principaux acteurs accroissent leurs efforts pour mettre ces principes pleinement en pratique, tant au niveau national qu'au niveau infranational. Pour les pays qui ne sont pas encore signataires, l'approche et les principes du IHP+ pourra cependant être introduite et devrait progressivement devenir la façon habituelle de conduire les affaires.

Pour marquer cette cinquième année, les participants ont exprimé l'importance de faire en sorte que les responsables des pays et des partenaires du développement envoient des signaux forts à l'intention de leurs équipes pour que celles-ci réaffirment leur soutien à la mise en œuvre des principes du IHP+, et prennent des mesures concrètes pour faire face aux goulets d'étranglement qui font obstacle à la réalisation de programmes de santé plus efficaces, obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, et accélérer les progrès pour 2015 et au-delà.



Annexe 2 : Partenaires IHP+ au 31 mars 2013

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

Annexe 3 : Situation des pactes nationaux et partenariats du même type au mois d'avril 2013

Pays	Pacte ou accord similaire	Situation
Bénin	Pacte	Signé en 2010
Burkina Faso	Pacte	Signé en 2013
Burundi	Mémorandum d'entente	Signé en 2012
Cambodge	Accord de partenariat conjoint	Signé en 2008
Cameroun	--	--
Cap Vert	--	Prévu pour 2013
Côte d'Ivoire	--	Prévu pour 2013
Djibouti	--	--
Éthiopie	Pacte	Signé en 2008
Gambie	--	Processus entamé
Guinée	--	--
Guinée Bissau	--	--
Kenya	Code of conduite	Signé en 2007
Le Salvador	--	--
Madagascar	--	--
Mali	Pacte	Signé en 2009
Mauritanie	Pacte	Signé en 2012
Mozambique	Pacte	Signé en 2008
Népal	Partenariat de développement sanitaire	Signé en 2009
Niger	Pacte	Signé en 2011
Nigéria	Pacte	Signé en 2010
Ouganda	Pacte	Signé en 2011
Pakistan	--	--
RDC	Mémorandum d'entente	Signé en 2009
Rwanda	Mémorandum d'entente	Signé en 2007
Sénégal	Pacte	Signé en 2013
Sierra Leone	Pacte	Signé en 2011
Soudan	--	Processus entamé
Tchad	Pré-pacte	Signé en 2011
Togo	Pacte	Signé en 2012
Viet Nam	Document de partenariat	Signé en 2013
Zambie	Mémorandum d'entente	Signé en 2012



Annexe 4 : IHP+Results Rapport annuel 2012 sur la performance, résumé des conclusions

Standard Performance Measure	Benin	Burkina Faso	Burundi	DRC	Djibouti	El Salvador	Ethiopia	Mali	Mauritania	Mozambique	Nepal	Niger	Nigeria	Rwanda	Senegal	Sierra Leone	Sudan	Togo	Uganda
1G IHP+ Compact or equivalent mutual agreement in place	✓	→	✓	✓	!	!	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	✓	!	→	✓
2Ga1 National Health Sector Plans/ Strategy in place with current targets & budgets	✓	→	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	→	→	→	✓
2Ga2 National Health Sector Plans/ Strategy in place with current targets & budgets that have been jointly assessed	✓	→	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	→	→	→	✓
2Gb Costed and evidence based HRH plan in place that is integrated with the national health plan	✓	→	✓	✓	!	✓	✓	✓	→	✓	→	✓	✓	✓	✓	!	→	→	✓
3G Proportion of public funding allocated to Health	!	✓	→	?	→	✓	→	→	→	!	→	!	→	✓	?	→	→	!	!
4G Proportion of health sector funding disbursed against the approved annual budget	!	✓	✓	?	✓	✓	?	✓	✓	✓	!	!	!	?	?	✓	?	✓	✓
5Ga Country public financial management systems for the health sector either (a) adhere to broadly accepted good practices or (b) have a reform programme in place to achieve these	✓	✓	✓	!	!	?	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	✓
5Gb Country procurement systems either (a) adhere to broadly accepted good practices or (b) have a reform programme in place to achieve these.	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
6G An agreed transparent and monitorable performance assessment framework is being used to assess progress in the health sector	✓	✓	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	✓	→	!	→	✓
7G Mutual Assessments, such as Joint Annual Health Sector Reviews, have been made of progress implementing commitments in the health sector, including on aid effectiveness	?	!	!	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	→	✓	✓
8G Evidence that Civil Society is meaningfully represented in health sector policy processes – including Health Sector planning, coordination & review mechanisms	✓	✓	✓	✓	!	→	→	✓	→	→	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Standard Performance Measure	AfDB	AusAID	Belgium	EC	GAVI	GFATM	Germany	Netherlands	Norway	Spain	Sweden	UK	UNAIDS	UNFPA	UNICEF	WHO	World Bank
1DP Proportion of IHP+ countries in which the partner has signed commitment to (or documented support for) the IHP+ Country Compact or equivalent agreement	!	✓	✓	✓	→	→	✓	✓	→	✓	→	✓	→	→	→	✓	✓
2DPa Percent of aid flows to the health sector that is reported on national health sector budgets	✓	✓	→	✓	?	→	✓	✓	✓	→	✓	→	!	✓	!	→	✓
2DPb Percent of current capacity-development support provided through coordinated programmes consistent with national plans/strategies for the health sector	✓	?	✓	✓	—	—	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2DPc Percent of health sector aid provided as programme-based approaches	✓	✓	→	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	!	→	✓	✓	✓	✓	✓
3DP Percent of health sector aid provided through multi-year commitments	!	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	→	!	✓	✓	!	✓	→	→	✓
4DP Percent of health sector aid disbursements released according to agreed schedules in annual or multi-year frameworks	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5DPa Percent of health sector aid that uses country procurement systems	!	—	✓	—	!	?	?	—	—	!	—	?	—	!	!	!	✓
5DPb Percent of health sector aid that uses public financial management systems	!	—	→	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	→	→	!	✓	✓
5DPc Number of parallel Project Implementation Units (PIUs) per country	!	✓	!	→	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	→	✓	→	✓	✓	→
6DP Proportion of countries in which agreed, transparent and monitorable performance assessment frameworks are being used to assess progress in the health sector	→	✓	→	→	✓	?	✓	✓	→	→	→	→	✓	→	→	✓	→
7DP Proportion of countries where mutual assessments have been made of progress implementing commitments in the health sector, including on aid effectiveness	!	✓	✓	→	→	?	✓	→	→	→	→	✓	✓	→	→	✓	→
8DP Evidence of support for Civil Society to be meaningfully represented in health sector policy processes - including health sector planning, coordination and review mechanisms	→	✓	✓	✓	→	?	✓	→	✓	✓	→	→	✓	→	→	✓	✓

✓ Target achieved
 → Progress made towards achieving target
 ! No progress or regression
 ? Data not provided
 — Measure not applicable



Annexe 5 : Membres de l'Équipe de direction au 31 mars 2013

Institution	Nom	Suppléant
DfID	James Droop	
Commission européenne	Andrea Milkowski	
Allemagne	Ole Doetinchem	
Pays-Bas (suppléant)		Monique Kamphuis
Suède SIDA (suppléant)		Anders Molin
Représentant de la société civile du Sud	Mayowa Joel	Innocent Laison
Représentant de la société civile du Nord	Elaine Ireland	Louise Holly
Rwanda	Regis Hitimana	
Sierra Leone	Directeur de la planification et de l'information	Teniin Gakuruh
Soudan	Imad Kayona	Malik Abassi
Alliance GAVI**	Bakhuti Shengelia	Mursaleena Islam
Fonds mondial**	Johannes Hunger	
ONUSIDA	Bradley Hersh	
OMS	Marie-Paule Kieny	Ties Boerma
UNICEF	Renee Van De Weerd	
UNFPA	Laura Laski	
Banque mondiale	Armin Fidler	Nicole Klingen

**Le GAVI et le Fonds mondial occupent leur siège à tour de rôle pour une période d'un mois ; les autres agences alternent deux fois par an.

info@internationalhealthpartnership.net
www.internationalhealthpartnership.net

