

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

Equipes de pays : S'inspirer des bonnes pratiques et se tourner vers l'avenir

Martin Taylor

Table des matières

	Pages
Résumé	2
1. Equipes de pays dans les pays du Partenariat IHP	3
2. Organisation et responsabilités des équipes de pays	3
3. Facteurs de l'efficacité des équipes de pays.....	10
4. Structures essentielles des équipes de pays.....	16
5. Bonnes pratiques dans les domaines de travail essentiels des équipes de pays	20
6. Références choisies	22
Annexe 1 : Liste des personnes consultées.....	25

Le présent rapport a été établi à partir des entretiens menés avec plus de 60 personnes dans les pays signataires du Partenariat et les institutions de développement, de leurs contributions écrites, et d'un examen approfondi de la littérature sur le sujet, notamment un document élaboré par Andrew Harmer, consultant pour le Centre de Ressources sanitaires du DFID (Ministère du Développement international britannique). Il s'accompagne d'un inventaire des outils utilisés dans le cadre des activités des équipes de pays.

Résumé

Le Partenariat IHP+ a été lancé en 2007 pour répondre à l'engagement « de travailler de manière efficace conjointement, avec un sens renouvelé de l'urgence de la situation, pour construire des systèmes de santé durables et améliorer les résultats sanitaires dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ». ¹ Les équipes de pays sont le principal mécanisme au niveau du pays capable de donner l'impulsion nécessaire au programme ambitieux qui consiste à améliorer la coordination de l'aide internationale pour soutenir les stratégies nationales visant à obtenir des résultats dans le domaine de la santé. Le présent document propose un résumé de la situation actuelle des équipes de pays dans les pays signataires du Partenariat IHP+ et souligne les bonnes pratiques dans leurs structures et méthodes de travail. Il s'appuie sur un examen approfondi de la littérature, des entretiens menés avec plus de 60 personnes qui travaillent actuellement ou possèdent une expérience de travail au sein des équipes de pays, et les contributions écrites apportées par ces personnes.

Les équipes de pays établies de longue date et les plus efficaces se situent dans les pays où le gouvernement national joue un rôle directeur important dans le secteur de la santé et où il existe une volonté politique nationale d'améliorer l'efficacité de l'aide dans tous les secteurs. Elles participent aux processus de planification et d'examen nationaux et mettent au point des cadres de résultats uniques qui établissent des liens avec les stratégies nationales pour la réduction de la pauvreté. Elles disposent d'objectifs clairement définis et leur composition inclut la société civile et, de manière occasionnelle si ce n'est de manière régulière, le secteur privé. Elles ont généralement une structure complexe organisée en groupes de travail sur les questions techniques et les questions transversales auxquels sont délégués les travaux ; elles sont reliées à un mécanisme de financement groupé ou à un accord d'appui budgétaire sectoriel, ou assurent le suivi de celui-ci, et disposent de mécanismes de responsabilité mutuelle en vigueur.

¹ Pacte mondial IHP+, 2007.

1. *Équipes de pays dans les pays du Partenariat IHP+*

La note d'orientation sur l'« élaboration d'un pacte national » met l'accent sur trois éléments d'une équipe de pays. Il s'agit en premier lieu de l'éventail des parties prenantes qui doivent y prendre part. Une équipe de pays est l'équipe regroupant les parties prenantes issues du gouvernement, des organismes multilatéraux et internationaux, des donateurs, de la société civile et du secteur privé qui sont chargés d'élaborer, de mettre en oeuvre un pacte national IHP+ et d'en assurer le suivi. En deuxième lieu, la note d'orientation décrit les éléments essentiels d'un pacte national qui relèvent de la responsabilité de l'équipe nationale dans sa mission de soutien au pays : élaboration d'une stratégie nationale unique de la santé, d'un cadre unique de résultats, d'une grille politique unique, d'un budget unique, d'un processus d'évaluation et de validation unique établi dans le pays pour la stratégie nationale de la santé, et dans certains cas, d'un cadre unique de gestion ou d'atténuation du risque fiduciaire avec une procédure commune d'achat et de gestion financière, alignée sur les systèmes nationaux. En troisième lieu, la note d'orientation précise que « le processus d'élaboration dans le pays est l'aspect le plus important du pacte en établissant la confiance et un système commun, des manières de travailler et une responsabilité mutuelle. Il faut voir ce processus comme un engagement constructif ouvert à tous les partenaires et parties prenantes (y compris la société civile et le secteur privé), cela étant fondamental pour la réalisation des OMD ». L'équipe de pays est un mécanisme important pour favoriser ce processus d'intégration.

La terminologie d'« équipe de pays » est nouvelle, mais la notion de groupe réunissant de multiples parties prenantes qui coordonne conjointement leurs activités dans le secteur de la santé ne l'est pas. Les pays ayant une approche sectorielle de la santé (SWAp) disposent depuis quelque temps de mécanismes de coordination qui évoluent. La note du Partenariat indique que les équipes de pays doivent tirer parti de ces mécanismes existants. Bon nombre des équipes existantes déterminent actuellement quelles sont les tâches supplémentaires relevant du Partenariat qu'elles vont assumer, et de quelle manière.

2. *Organisation et responsabilités des équipes de pays*

Pratiquement tous les pays du Partenariat ont une équipe de pays d'un certain type, mais les responsabilités et la composition de celles-ci varient. Certaines peuvent ne pas se considérer comme des équipes mais plutôt comme des groupes informels. Elles sont extrêmement diverses de par leur mode de direction, leur composition, leurs structures et méthodes de travail, la fréquence de leurs réunions ou l'étendue de leurs responsabilités.

On peut classer les équipes de pays en fonction de trois niveaux d'organisation :

1. *Les équipes établies de longue date très structurées.* Elles ont généralement pour origine les mécanismes SWAp qui existent depuis longtemps et disposent d'un groupe clair et bien défini de représentants avec un solide rôle directeur joué par le gouvernement, une structure de soutien précise ayant des liens de qualité avec les méthodes d'action au niveau national, un recours efficace aux groupes de travail et des réunions régulières (habituellement chaque mois) (c'est par exemple le cas au Mozambique, au Cambodge, en Zambie, au Ghana, au Mali et au Burkina Faso).
2. *Les équipes en place.* On retrouve dans celles-ci bon nombre mais non l'ensemble des éléments qui caractérisent les équipes établies de longue date. Leur composition est généralement claire, bien qu'elles ne réunissent pas toujours toutes les parties prenantes, et une véritable direction peut parfois leur faire défaut ou manquer de cohérence. Elles réunissent certains seulement des éléments suivants : des liens avec les méthodes d'action au niveau national, le recours aux groupes de travail pour mener à bien les activités, et un suivi des accords de financement groupé ou de financement sectoriel. Les réunions peuvent être moins fréquentes et les méthodes de

travail convenues sont parfois obsolètes et ont besoin d'être renouvelées, ou bien sont nouvelles et encore en gestation (il s'agit par exemple du Népal, du Burundi, de l'Ethiopie et du Kenya).

3. *Les équipes nouvelles ou équipes spéciales.* Il ne s'agit pas d'équipes clairement définies, le gouvernement et les partenaires du développement se réunissant en fonction des besoins lorsque des questions doivent être résolues. L'équipe peut être en cours de création (par exemple à Madagascar, au Nigéria ou au Bénin).

Ce classement permet d'évaluer le degré de précision et d'organisation de la structure et des méthodes de travail de l'équipe de pays. Il ne s'agit pas d'une évaluation rigoureuse des résultats ou de l'efficacité des équipes. Il donne certaines indications quant à la probabilité pour une équipe d'être en mesure de remplir ses objectifs en partant de l'hypothèse selon laquelle une équipe efficace aura mis en place les structures et méthodes essentielles. Il n'existe pas de critère unique pouvant être utilisé pour délimiter les catégories, mais on peut utiliser un ensemble d'indicateurs clés qui, conjointement, donneront une indication du caractère fonctionnel de l'équipe. Parmi les principaux indicateurs montrant que l'équipe dispose d'objectifs partagés et a mis au point des liens et structures afin d'être en mesure d'atteindre ses objectifs et de mener à bien ses activités figurent notamment : la clarté des objectifs de l'équipe, le niveau de précision et le caractère exhaustif de la composition de l'équipe, la fréquence des réunions, les liens avec le processus national de développement, le suivi du financement sectoriel ou groupé et le recours aux groupes de travail pour mener à bien les activités de façon détaillée.

Situation actuelle des équipes de pays²

Pays	Réunion mensuelle	Réunion trimestrielle/semestrielle	Groupe de partenaires du développement	Groupes de travail	Document	Processus d'examen conjoint	Financement groupé/appui budgétaire sectoriel	Société civile dans l'équipe de pays	Secteur privé dans l'équipe de pays	Mécanisme formel de responsabilité mutuelle
Burundi	Oui			Oui	CP, M, MA	Oui		Oui		Dans le cadre de l'examen annuel
Cambodge	Oui		Oui	Oui	Non	Oui	Financement groupé	Oui		Enquête nationale PD
Ethiopie	Oui		Oui	Non	Pacte, Guide	Oui	Financement groupé	Oui		Groupe indépendant
Kenya		Oui	Oui	Oui	CC	Oui	SWAp	Oui	Intérêt	Plan dans le cadre de l'examen annuel
Madagascar	Planification		Oui	Oui		Oui	Planification SWAp			
Mali	Bimensuelle		Oui	Oui		Oui	ABS, SWAp	Oui	Intérêt	
Mozambique	Oui		Oui	Oui	Pacte, MA, CC	Oui	ABG, financement groupé	Oui		Enquête nationale PD
Népal		Oui	Oui		DI	Oui	Fonds commun	Groupe INGO		
Nigéria			Informel	Informel						Rapports annuels au groupe de donateurs
Zambie	Oui		Oui	Oui	MA, M	Oui	Financement en commun, ABS et ABG	Oui	Intérêt	

² Source : Rapports d'évaluation dans les pays établis pour la réunion IHP+ tenue en Zambie en février 2008, examen de la littérature concernant les équipes chargées du secteur de la santé dans les pays par Andrew Harmer (HLSP), documents disponibles dans les pays et entretiens.

Pays	Réunion mensuelle	Réunion trimestrielle/semestrielle	Groupe de partenaires du développement	Groupes de travail	Document	Processus d'examen conjoint	Financement groupé/appui budgétaire sectoriel	Société civile dans l'équipe de pays	Secteur privé dans l'équipe de pays	Mécanisme formel de responsabilité mutuelle
Bénin		Semestrielle	Oui			Oui			Intérêt	
Burkina Faso		Oui	Oui	Oui		Oui	Financement en commun		Intérêt	
Ghana	Oui		Oui	Oui	M, CC	Oui	Financement groupé, ABS	Oui		Rapport annuel concernant le plan d'action d'harmonisation

Les indications relatives à la fréquence des réunions proviennent des principaux documents et représentent des réunions programmées plutôt que des réunions effectives

MA – Mémoire d'accord, CC – Code de conduite, M – Mandat, CP – Cadre de partenariat, DI – Déclaration d'intention

Financement groupé – Accord de financement groupé, ABG – Appui budgétaire général, ABS – Appui budgétaire sectoriel, SWAp – Approche sectorielle (sans mécanisme de financement)

Equipes établies de longue date très structurées

Les équipes établies de longue date, par exemple au Burkina Faso, au Cambodge, au Ghana, au Mali, au Mozambique ou en Zambie, ont des responsabilités clairement définies vis-à-vis des organes nationaux et des autres mécanismes de coordination ; elles utilisent les groupes de travail pour trouver conjointement des solutions aux problèmes, établissent un lien entre l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé et les processus de développement nationaux, examinent régulièrement l'efficacité de l'aide et visent constamment à l'améliorer. Ces équipes se sont construites progressivement dans le cadre de la mise en place d'une approche sectorielle de la santé et du suivi de celle-ci, allant de pair avec un financement groupé ou des mécanismes d'appui budgétaire sectoriel. L'approche sectorielle et l'équipe bénéficient d'un fort appui politique du ministère de la santé, conséquence d'un solide engagement des autorités au plus haut niveau de l'Etat en faveur du développement national et de la réduction de la pauvreté.

Au Burkina Faso, il existe un comité de suivi du plan national de développement sanitaire (PNDS) et un comité de suivi des éléments sanitaires du plan d'actions prioritaires dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté (PAP). Ce dernier tient des réunions trimestrielles et regroupe des partenaires extérieurs du développement, la société civile et des associations du secteur privé. Il existe également un sous-groupe auquel participent les partenaires du financement en commun ainsi que de nombreux groupes de travail techniques. Un cadre de résultats unique, lié à un sous-ensemble d'indicateurs figurant dans le plan d'actions prioritaires, a été mis en place pour le secteur de la santé.

Au Cambodge, un groupe de travail technique pour la santé figure parmi les 19 groupes représentant l'ensemble des partenaires du dialogue pour le développement. Bien que cela soit inhabituel pour ce type de groupe de travail dont la structure est bien définie, il ne dispose pas de mandat établi, mais celui-ci est clairement compris de tous les partenaires. Le groupe de travail se réunit chaque mois ; il intègre la société civile et représente un mécanisme satisfaisant d'échange d'informations et de compte rendu sur les activités menées. Il est appuyé par un secrétariat plus réduit, composé des représentants des principales parties prenantes qui se réunissent également chaque mois et travaillent davantage sur le fond.

Au Ghana, le groupe chargé de la santé et du VIH/sida s'est fixé les cinq objectifs suivants : i) mener un dialogue politique cohérent et coordonné, ii) participer activement à la prise de décision sur l'orientation des politiques et des stratégies concernant la santé et le VIH/sida, iii) suivre les engagements pris par les différentes parties prenantes, iv) améliorer l'harmonisation et l'alignement des partenaires du développement vis-à-vis du budget, des priorités, des systèmes et procédures du Gouvernement afin d'assurer une mise en oeuvre efficace de la stratégie du secteur, et v) travailler à l'amélioration de la prévisibilité des fonds.³ Le mandat du groupe définit les liens entre les sous-secteurs de la santé et du VIH/sida, les mécanismes de coordination des partenaires du développement et de représentation unique, un processus clairement défini de planification annuelle et d'examen conjoints, et l'obligation d'établir un rapport annuel sur la mise en oeuvre d'un plan d'action pour l'harmonisation.

Au Mali, la coordination des donateurs est solidement pilotée par le Gouvernement et remonte à la création d'un programme sectoriel au début des années 1990. Le Programme quinquennal de développement sanitaire et social PRODESS II est le cadre usuel de référence pour toutes les interventions dans le pays. Il existe une structure de suivi, des comités techniques et régionaux et un comité directeur, aux tâches et responsabilités distinctes et définies. La société civile participe à tous ces comités qui se réunissent à intervalles réguliers (le plus fréquent étant tous les deux mois). Il y a au niveau gouvernemental une forte volonté d'harmonisation, qui prend notamment la forme d'un secrétariat présidé par le Ministère des Finances qui veille à l'harmonisation de l'ensemble de l'aide au développement.

³ Mandat du groupe pour la santé et la lutte contre le VIH/sida, juin 2008.

Au Mozambique, le pacte national précise que le principal objectif est « de créer un cadre pour une augmentation et une plus grande efficacité de l'aide, qui va de pair avec une administration et une gestion stratégiques de cette aide par le Gouvernement de manière plus efficace et plus rationnelle, afin de permettre au Mozambique de faire plus rapidement des progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ». Il complète le mémorandum d'accord existant (2008) et s'inspire de celui-ci ainsi que du code de conduite avec les partenaires du développement (2003), du code de conduite avec les ONG (2006), entre autres accords antérieurs. L'équipe du Mozambique se réunit chaque mois, comporte 26 partenaires, dont la société civile, et dispose de 10 groupes de travail. Parmi l'un des sous-groupes essentiels figurent les donateurs du Fonds commun PROSAUDE.

En Zambie, le groupe consultatif pour le secteur de la santé a vu le jour à partir de l'approche sectorielle déjà ancienne établie en 1993. L'équipe a trois fonctions : i) soutenir l'engagement et le rôle directeur du Gouvernement concernant le plan national pour le secteur de la santé et encourager une forte coordination pilotée par le Ministère de la Santé ; ii) promouvoir un dialogue politique coordonné à l'échelle du secteur et un soutien technique sur les questions sanitaires stratégiques avec le Ministère de la Santé, les partenaires de la coopération et toutes les parties prenantes ; et iii) veiller à ce que le soutien des partenaires au secteur de la santé de la République de Zambie soit de plus en plus fréquemment fourni de manière régulière, prévisible, harmonisée et coordonnée.⁴ Le groupe consultatif définit ses pratiques de travail dans un mémorandum d'accord qui prévoit un financement en commun ou groupé, un groupe de partenaires organisé s'exprimant d'une seule voix, un rapport annuel sur les progrès en matière d'harmonisation et un processus de planification annuelle et d'examen conjoints clairement défini. Le groupe possède des groupes de travail techniques et des sous-comités.

Equipes en place

Il existe un groupe de pays où sont en place des équipes qui ont bon nombre mais non l'ensemble des caractéristiques des équipes très structurées. Il s'agit du Burundi, de l'Ethiopie, du Kenya et du Népal. Ces équipes disposent toutes de processus d'examen annuels conjoints et d'une certaine forme de financement groupé ou de soutien budgétaire, ou bien elles ont fait part de leur intention et commencé de mettre en place un tel mécanisme de financement. Leurs méthodes de travail convenues sont parfois obsolètes et ont besoin d'être renouvelées, ou bien sont nouvelles et encore en gestation. Il est également possible qu'elles soient en cours d'adaptation aux changements politiques qu'a connus le pays. Ces équipes disposent rarement de mécanismes de responsabilité mutuelle.

Au Burundi, il existe un système de coordination relativement nouveau mais qui se développe bien et, en 2008, le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers agissant pour le secteur de la santé ont signé un cadre de partenariat. En 2007, le Gouvernement a établi un Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) afin de « faciliter la coordination du soutien technique, matériel et financier nécessaire à la mise en oeuvre du plan national de développement sanitaire (PNDS) afin d'atteindre les objectifs nationaux et les objectifs du Millénaire pour le développement qui figurent dans le CSLP et dans le Programme d'actions prioritaires (PAP) du Gouvernement.⁵ Le Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement se réunit chaque mois et la société civile y participe. En 2007, il a entamé un processus d'examen annuels conjoints et, en 2008, a mis sur pied quatre groupes de travail thématiques. Le Cadre de concertation vient juste d'entreprendre un examen de ses résultats et a l'intention de continuer à se renforcer en 2009.

⁴ Mémorandum d'accord conclu entre le Gouvernement de la République de Zambie, le Ministère de la Santé et les partenaires de la coopération en avril 2006.

⁵ Cadre de concertation entre le Gouvernement de la République du Burundi et les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, 2008.

En Ethiopie, le pacte national s'inspire du Guide d'harmonisation des programmes de développement dans le secteur de la santé (HHM) qui existait auparavant et qui précise que le Comité directeur central conjoint est le mécanisme de coordination essentiel qui « décide, oriente, supervise et facilite la mise en oeuvre du Programme de développement du secteur de la santé (HSDP) ». Il fait également office de « forum de dialogue et de consultation sur les questions générales relatives aux politiques et aux réformes et sur les questions institutionnelles se posant dans le domaine du secteur de la santé entre le Gouvernement, les partenaires du développement et les autres parties prenantes ». ⁶ Le Gouvernement a un rôle directeur important par l'intermédiaire d'une structure claire comprenant planification annuelle et examens conjoints, et s'est prononcé en faveur d'un soutien budgétaire sectoriel ou d'un financement groupé pour le secteur de la santé. Le pacte comporte des dispositions relatives à un mécanisme de responsabilisation mutuelle indépendant, mais il ne dispose pas de groupes de travail techniques ou intersectoriels réguliers.

Au Kenya, le code de conduite de l'approche sectorielle pour le secteur de la santé, adopté en 2007, insiste sur les principes de coopération et sur l'objectif qui consiste à « assurer que l'appropriation, l'alignement et le partenariat dans le cadre de l'approche sectorielle de la santé au Kenya se font conformément à la Déclaration de Paris ». ⁷ Le code de conduite mentionne les accords de gestion communs et le choix du Gouvernement en faveur d'un financement par l'intermédiaire d'un appui budgétaire sectoriel ; il précise les processus de planification et de suivi annuels ainsi que le rôle du Comité de coordination du secteur de la santé. Il doit se réunir chaque mois, bien que les troubles politiques et les changements qu'a connus le Gouvernement en 2007 et 2008 aient perturbé ces réunions. La société civile est membre du Comité de coordination du secteur de la santé. A l'heure actuelle au Kenya, l'approche sectorielle ne constitue pas un mécanisme de financement mais plutôt un outil permettant à tous les partenaires de coopérer en respectant certains principes.

Au Népal, le Forum des partenaires du développement du secteur de la santé (HSDPF) est un groupe dirigé par le Gouvernement qui comprend des donateurs et des agences multilatérales et qui réunit chaque trimestre le Gouvernement, les organismes multilatéraux et les donateurs bilatéraux ; la participation de la société civile et du secteur privé est également prévue. Des réunions mensuelles des partenaires extérieurs du développement ont lieu et la déclaration d'intention adoptée en 2004 prévoit une répartition du travail entre les partenaires. Un processus régulier de planification nationale et de réunions d'examen annuel conjointes est établi. Il n'existe pas de groupes de travail techniques structurés, mais certains éléments de la responsabilité mutuelle figurent dans l'aide-mémoire annuel produit dans le cadre de l'examen annuel conjoint.

Les équipes nouvelles ou équipes spéciales

Un petit nombre de pays disposent de mécanismes de coordination qui sont nouveaux, adaptés à des occasions précises ou informels. Il s'agit du Bénin, de Madagascar et du Nigéria. Dans ces pays, ont lieu occasionnellement des réunions informelles visant à promouvoir le partage de l'information et la coordination, qui peuvent être utilisées comme base de départ. Toutefois, ces équipes de pays ont rarement des objectifs clairement définis, des programmes de réunions régulières ou un mandat.

Le Bénin met en place actuellement les fondations de futures activités conjointes. Le pays coordonne des examens annuels conjoints qui rassemblent les principaux partenaires. Un certain nombre de partenaires extérieurs du développement ont approuvé l'objectif de la mise au point d'une approche sectorielle et travaillent en ce sens. Ils tiennent des réunions mensuelles de coordination entre donateurs en vue notamment de parler d'une seule voix lors des réunions avec le Ministère de la Santé.

⁶ Health Sector Development Programme Harmonisation Manual (HHM), Ministère fédéral de la Santé, Ethiopie, 2007.

⁷ Kenya Health Sector Wide Approach Code of Conduct, 2007.

Au Nigéria, il n'existe pas d'équipe de pays définie et le niveau important de décentralisation du système politique fédéral ainsi que la faible dépendance vis-à-vis de l'aide laissent supposer qu'une équipe aurait des objectifs et des défis à relever différents de ceux des autres pays du Partenariat IHP+. Certains signes attestent de la volonté et de la possibilité d'une coordination plus systématisée : le Ministère de la Santé a récemment tenu un forum sur le système de santé, certains partenaires du développement étudient les mécanismes de l'approche sectorielle au niveau de l'Etat et, réunis au sein d'un groupe informel de partenaires extérieurs du développement, ils ont commencé à tenir des réunions. Il existe une expérience de travail conjoint, notamment en ce qui concerne le paludisme, sur laquelle il serait possible de faire fond.

A Madagascar, la création d'une équipe est en cours, ainsi que la définition de ses objectifs, de sa composition et de ses méthodes de travail. Le Gouvernement a commencé à diriger des examens annuels conjoints du secteur de la santé en 2007. Ceux-ci ont lieu chaque semestre et rassemblent le Gouvernement, les partenaires extérieurs du développement et la société civile. Des plans prévoient d'accroître les mécanismes de coordination par l'instauration d'une réunion mensuelle entre les autorités gouvernementales et les partenaires extérieurs du développement. Il existe déjà une répartition du travail entre les principaux partenaires, à savoir la Banque mondiale, l'UNICEF et l'Office allemand de la Coopération technique (GTZ).

Equipes de pays dans le cadre des approches sectorielles

La documentation sur les approches sectorielles de la santé accorde peu d'attention aux entités du type équipe de pays qui ont ou non existé. Cela laisse penser que même si diverses équipes, divers groupes ou comités ont pu exister dans différents pays, leur potentiel en tant que moyen d'améliorer la coordination et le dialogue dans le secteur n'a pas été pleinement utilisé. La Zambie et le Ghana sont deux pays du Partenariat IHP+ où les approches sectorielles existent depuis longtemps et qui disposent d'équipes de pays aux objectifs, à la composition et aux méthodes et structures de travail clairement définis. La documentation relative au Bangladesh et à l'Ouganda, deux autres pays où des approches sectorielles de la santé ont été établies de longue date, brosse un tableau plus mitigé du travail d'équipe. Une étude réalisée en 2007 sur l'approche sectorielle de la santé en Ouganda faisait référence aux efforts entrepris pour réduire de manière considérable le nombre des groupes de travail du fait qu'il existait un « réseau très imbriqué et complexe de groupes de travail et de méthodes similaires ». ⁸ Les études portant sur l'approche sectorielle de la santé au Bangladesh qui ont été menées en 2006 et 2007, ont mis en lumière la nécessité de réunions de coordination efficaces et régulières entre le Ministère de la Santé et des Affaires familiales et les partenaires du développement extérieurs. ^{9,10} L'approche sectorielle de la santé au Bangladesh s'est depuis toujours appuyée sur des examens annuels complets bien organisés, faisant appel à des consultants extérieurs pour analyser les progrès réalisés et formuler des recommandations. Ils ont représenté un forum d'échanges qui, jusqu'à récemment, n'a pas été complété par des réunions plus régulières. En l'absence de telles réunions de coordination, il a été difficile de construire des relations à plus long terme et de résoudre les problèmes de manière conjointe.

3. Facteurs de l'efficacité des équipes de pays

Pour que les équipes de pays soient efficaces, il faut que le gouvernement joue un rôle directeur fort, que les partenaires extérieurs du développement soient bien organisés, que la participation y soit exhaustive et qu'elles réunissent un ensemble structuré de compétences dans le domaine sanitaire comme dans le domaine non sanitaire afin d'être en mesure de résoudre les questions complexes liées au renforcement des systèmes de santé et à la réalisation de progrès dans le domaine sanitaire. Cette partie du document s'intéresse à ces

⁸ Claes Ortendahl, The Uganda health SWAp: new approaches for a more balanced aid architecture, 2007.

⁹ Howard White, The Bangladesh Health SWAp: Experience of a New Aid Instrument in Practice, 2007.

¹⁰ Bangladesh Health, Nutrition & Population Sector Programme, Annual Programme Review, 2006.

aspects, tandis que la partie suivante portera sur la manière dont les équipes de pays sont structurées pour mener à bien leurs activités.

Un rôle directeur fort de la part du gouvernement est indispensable

Le rôle directeur joué par le gouvernement est essentiel et les bonnes pratiques suggèrent que pour les équipes de pays ce rôle directeur se compose de quatre éléments clés. En premier lieu, le gouvernement doit exercer son autorité politique à la fois pour améliorer la santé et pour améliorer la coordination et l'efficacité de l'aide internationale consacrée à la santé. Des modes opératoires solides dirigés par le gouvernement pour la prestation de l'ensemble de l'aide internationale au niveau national requièrent un travail de l'équipe de pays mais renforcent aussi celle-ci. Au Cambodge, en Tanzanie et au Mozambique, l'équipe de pays rend compte à un organisme de niveau plus élevé qui relève du gouvernement et des partenaires du développement. En Zambie, le groupe de travail chargé de la stratégie nationale d'assistance conjointe a établi un mandat générique pour les groupes sectoriels des partenaires du développement et a demandé que le secteur de la santé, comme d'autres secteurs, utilise celui-ci comme référence pour établir le mandat des groupes sectoriels. Au Mali, le Plan sanitaire national a été révisé (PRODESS II) afin qu'il soit harmonisé avec le Cadre stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté du gouvernement (CSCR). A Madagascar, le Ministère de la Santé dirige actuellement un processus visant à mettre en place une équipe de pays. En deuxième lieu, une autorité politique émanant du Ministère de la Santé, et plus particulièrement du Ministre, mais qui soit également épaulée par d'autres autorités de haut niveau du Ministère ainsi que par les leaders régionaux dans le domaine de la santé est indispensable pour qu'un message logique et cohérent soit transmis à tous les partenaires du développement.

En troisième lieu, une équipe de pays efficace doit recevoir des orientations techniques claires de la part du gouvernement qui s'articulent en stratégies sanitaires nationales, en plans nationaux et en décisions techniques prises pour guider la mise en oeuvre. Cette autorité technique est particulièrement importante dans le cadre des discussions des groupes de travail sur les questions techniques qui font rapport à l'équipe de pays. En dernier lieu, il existe dans le cadre des travaux annuels d'une équipe de pays, des événements clés pour lesquels l'autorité gouvernementale est indispensable : il s'agit en particulier de la définition des stratégies nationales, de la direction des processus de planification (annuelle), de la direction des examens conjoints, et du fonctionnement des mécanismes de responsabilité mutuelle.

Les équipes de pays efficaces ont un noyau central fort et leur composition peut être élargie

La plupart des pays signataires du Partenariat IHP+ disposent d'équipes de pays qui incluent le gouvernement, les organisations internationales, les donateurs bilatéraux et une représentation ou une participation de la société civile, mais elles sont très peu à inclure le secteur privé. Il existe des différences dans la taille des équipes, et dans de nombreux pays l'équipe n'est pas réellement une équipe, mais plutôt un rassemblement de nombreuses parties prenantes une ou deux fois par an.

Les équipes de pays efficaces se composent d'une entité de taille aisément gérable qui représente le noyau central chargé de la prise de décision et se réunit régulièrement. La participation à ce noyau repose généralement sur la représentation d'un groupe, par exemple celui des partenaires extérieurs du développement ou de la société civile. Les organisations représentées au sein de ces équipes sont généralement une vingtaine, mais rarement plus de 30. Au Mozambique, le groupe des partenaires de la santé réunit l'ensemble des partenaires de l'approche sectorielle (organismes, société civile, ONG internationales et ONG locales pour un total de 22 représentants). Au Népal, le Forum des partenaires du développement du secteur de la santé regroupe 18 membres provenant de divers ministères et de partenaires extérieurs du développement, des dispositions prévoyant également la participation de la société civile et du secteur privé. Au Cambodge, le groupe de travail technique pour la santé est composé de 74 membres. Cette taille est utile pour l'échange d'informations et la communication, mais elle l'est moins pour le dialogue et la prise de décision. Le groupe est soutenu par un secrétariat qui se compose de six représentants des principales parties prenantes, qui se réunit également chaque mois, mène à bien les travaux de fond puis rend compte auprès du

groupe de travail au complet. Ce mécanisme permet à l'équipe de pays élargie de déléguer ses travaux à un sous-groupe. La plupart des équipes de pays saisissent également l'occasion des réunions de planification annuelle et des examens conjoints pour permettre la participation d'un nombre plus important et plus large de parties prenantes. Ainsi, au Ghana, le sommet semestriel sur la santé et, en Ethiopie, la réunion annuelle d'examen réunissent un nombre beaucoup plus important de parties prenantes parmi lesquelles figurent des représentants de la société civile et des associations professionnelles.

Engagement significatif de la société civile dans les équipes de pays IHP+

La note d'orientation IHP+ indique qu'il faut voir le processus d'élaboration du pacte dans le pays « comme un engagement constructif ouvert à tous les partenaires et parties prenantes (y compris la société civile et le secteur privé), cela étant fondamental pour la réalisation des OMD ». Les personnes interrogées dans le cadre de la présente étude laissent entendre que l'expérience est mitigée et que tandis que la société civile est généralement représentée dans les équipes de pays, sa participation à l'élaboration des pactes nationaux est plus limitée.

Il existe deux méthodes utilisées par la société civile pour être représentée au sein des équipes de pays, des dispositifs de coordination de pays (CCM) et des comités nationaux de lutte contre le sida (NAC). Elle a recours en premier lieu aux organisations cadres qui représentent leurs membres au sein de l'équipe. Ainsi, au Cambodge, MEDICAM est une organisation cadre pour les associations de la société civile qui se compose de 130 membres et, au Kenya, HENNET est un forum rassemblant les ONG qui travaillent dans le domaine de la santé dans le pays. En deuxième lieu, la représentation de la société civile est organisée suivant un processus de sélection, comme par exemple en Zambie où la représentation de la société civile au sein des groupes de travail sur le VIH et le sida obéit à un processus de sélection mis au point par la société civile elle-même et supervisée par l'ONUSIDA en tant qu'organisation indépendante. Dans certains pays, les représentants de la société civile sont nommés par le gouvernement et peuvent par conséquent manquer de légitimité ou de la capacité à s'exprimer de façon indépendante en tant que représentants de la communauté.

De nombreuses personnes ayant contribué à la présente étude ont constaté que bien que la société civile soit fréquemment représentée au sein des équipes de pays, sa capacité à s'engager de façon significative est limitée par le manque d'accès à l'information, la crainte ou la réticence lorsqu'il s'agit de s'exprimer de manière indépendante afin de faire part des préoccupations des communautés, et la difficulté à s'engager pleinement. Malgré ces préoccupations d'ordre général, les représentants de la société civile font preuve, au sein des équipes de pays, d'un engagement significatif qu'il est possible de renforcer.

En premier lieu, les représentants de la société civile participent aux mécanismes nationaux de coordination. Au Kenya, HENNET est signataire du code de conduite convenu en 2007 et participe aux discussions en vue de l'élaboration de l'approche sectorielle pour la santé.¹¹ Dans de nombreux pays, les ONG sont des membres actifs des groupes de travail qui sont responsables des questions techniques. En Zambie, la société civile participe aux réunions politiques mensuelles et à la réunion de consultation annuelle avec toutes les parties. Au Cambodge, MEDICAM participe activement aux sous-groupes de travail et on trouvera sur le site Web de l'organisation des liens qui renvoient aux travaux de ceux-ci.¹² Au Mozambique, les représentants de la société civile prennent part à l'examen annuel conjoint et au Népal, la société civile est de plus en plus fréquemment invitée à se joindre aux réunions clés ; elle a ainsi activement participé aux consultations qui ont entouré la signature du partenariat IHP+. Au Mali, la société civile (aux niveaux international et national) est représentée au sein des mécanismes de coordination. Finalement, dans de nombreux pays, la société civile joue un rôle indispensable dans le cadre des forums nationaux sur la santé ou des examens annuels

¹¹ <http://www.hennet.or.ke/sublink.php?SubLinkID=c41c8ec8c9e4991ec242dc18691231e8&LinkID=0c3c8322b833376d737f14a98a77d998>

¹² <http://www.medicam-cambodia.org/>

conjoints. En Zambie et en Ethiopie, une large variété et un grand nombre d'organisations de la société civile prennent part à ces réunions nationales et mettent en lumière les travaux qu'elles réalisent, tout en attirant l'attention du Gouvernement sur les questions auxquelles, selon elles, davantage d'intérêt et de ressources doivent être consacrés.

Il existe un certain nombre d'exemples de cours de formation à la disposition des représentants de la société civile afin qu'ils participent à la planification et à l'établissement des budgets au niveau national et à l'élaboration des cadres de dépenses à moyen terme et qu'ils renforcent leurs capacités pour que les consultations qu'ils entreprennent avec leur communauté et leur représentation de celle-ci soient efficaces. L'initiative « BackUP » de l'Office allemand de la Coopération technique (GTZ) offre un soutien et une formation aux représentants de la société civile, et des ONG telles que Treatment Action Group organisent aussi des programmes de formation à l'intention des représentants de la société civile qui participent aux processus nationaux de décision.

La participation du secteur privé aux équipes de pays

Les exemples de participation significative du secteur privé aux équipes de pays restent peu nombreux, mais dans certains pays le gouvernement comme les autres partenaires reconnaissent la nécessité de cette participation et sont prêts à l'amorcer. La contribution potentielle du secteur privé aux équipes de pays est importante étant donné le rôle qu'il joue dans la prestation des soins de santé dans tous les pays signataires du Partenariat IHP+. En outre, le secteur privé apporte souvent une capacité à encourager l'innovation et à résoudre les problèmes qui serait appréciable au sein d'une équipe de pays. On trouve un exemple de cette volonté de faire participer le secteur privé au Kenya où des associations d'hôpitaux et de médecins commencent à être reconnues et leurs représentants à être invités à participer à certaines réunions. De même, au Mali, le Gouvernement envisage de faire participer le secteur privé aux mécanismes de coordination. Au Népal, des personnalités influentes ayant un lien avec le secteur privé participent au processus d'examen annuel conjoint, mais non nécessairement en tant que représentants officiels du secteur privé.

Une organisation et une représentation satisfaisantes des partenaires extérieurs du développement sont vitales pour l'équipe de pays

Dans la plupart des pays signataires du Partenariat IHP+, le nombre des organismes donateurs multilatéraux et bilatéraux est important. D'où des coûts de transaction non négligeables pour le gouvernement qui doit trouver le temps de coordonner et de mener le dialogue avec chacun. Les partenaires extérieurs du développement ont commencé à réduire ces coûts par l'intermédiaire de groupes organisés les réunissant qui s'expriment d'une seule voix et transmettent un avis consensuel. Au Kenya, le groupe des partenaires du développement pour la santé au Kenya (Development Partners in Health in Kenya TPKH) se réunit chaque mois et l'OMS fait office de secrétariat pour le groupe dont la présidence est tournante. Le Bénin organise des réunions mensuelles de coordination des donateurs et l'objectif du groupe est également de s'exprimer d'une seule voix. Au Népal, le groupe des partenaires extérieurs du développement se réunit chaque mois avec une présidence par rotation, et Madagascar est sur le point de mettre sur pied une réunion mensuelle des partenaires du développement. Au Cambodge, les partenaires du secteur de la santé se réunissent chaque mois deux semaines avant le groupe de travail technique sur la santé afin d'adopter une position commune, l'OMS jouant un rôle de rassembleur et de coordonnateur.

Les mécanismes de coordination des partenaires extérieurs du développement les plus structurés se situent dans les pays où il existe, de longue date, des mécanismes d'approche sectorielle. Il s'agit là d'exemples que les partenaires extérieurs du développement des pays IHP+ pourraient suivre, sur la manière d'améliorer leur coordination, d'oeuvrer à s'exprimer de manière consensuelle au sein des équipes de pays, et de réduire le nombre des donateurs actifs si leur nombre sur le terrain est excessif. En Tanzanie, en Zambie et au Ghana, les partenaires extérieurs du développement sont dirigés par une troïka, c'est-à-dire une équipe composée de trois représentants de différentes institutions. Ils établissent un roulement annuel, assurent un rôle directeur vis-à-vis des partenaires extérieurs du développement et représentent leur opinion consensuelle lors des

réunions des équipes de pays. Ces troïkas réunissent généralement à la fois des donateurs bilatéraux et des organisations multilatérales. Dans chacun de ces pays, l'organisation du groupe obéit à un mandat précis. En Zambie, les Pays-Bas et la Suède ont travaillé ensemble conformément au mode opératoire européen, les Pays-Bas apportant le financement mais restant un partenaire silencieux dans le cadre d'un processus qui sera progressivement mené à terme, la Suède assumant seule les responsabilités. Au Ghana, le Royaume-Uni est représenté par les Pays-Bas. En Tanzanie, le groupe des partenaires du développement pour la santé (DPGH) regroupe 21 organismes bilatéraux et multilatéraux dirigés par une troïka de trois personnes, 16 partenaires actifs qui contribuent au travail des sous-groupes et deux partenaires délégués. Une autre contribution de ce groupe consiste à élaborer une stratégie unique pour l'assistance conjointe dans le pays : celle-ci rassemble l'ensemble du soutien technique et financier fourni par les institutions en une seule stratégie qui est conforme au cadre et aux priorités de la stratégie gouvernementale nationale. Il s'agit d'un outil de coordination utile, ainsi que d'un moyen d'identifier et de remettre en cause les projets non alignés.

L'application du principe de l'unité d'action des Nations Unies offre un autre modèle pour améliorer la coordination des organismes de développement et par conséquent rationaliser la participation au sein des équipes de pays. Les éléments fondamentaux de ce principe sont les suivants : un programme unique, un cadre budgétaire unique, un leader unique et un bureau unique. Il a conduit à une plus grande harmonisation et à une approche commune aux Nations Unies pour le Mozambique et Madagascar. A Madagascar, la mise au point du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) (2008-2011) a été utilisée pour définir une répartition du travail entre les institutions du système des Nations Unies. Les principales caractéristiques qui présentent un intérêt pour une équipe de pays consistent dans l'organisation d'un groupe d'institutions autour d'un programme unique, avec un cadre budgétaire unique et un dirigeant unique. Ces caractéristiques sont semblables à celles des groupes de partenaires du développement qui s'expriment d'une seule voix et qui disposent d'un plan d'assistance au pays unique. Si elles étaient adoptées dans d'autres pays, elles permettraient d'accroître le niveau de coordination et d'organisation des organismes du développement, et d'améliorer l'alignement avec les stratégies et les plans nationaux.

Pour permettre la coordination et l'organisation de la participation des partenaires du développement aux équipes de pays, il faut qu'au moins une institution ait les capacités et les compétences requises pour diriger, faciliter et coordonner les travaux. Dans de nombreux pays, on compte sur l'OMS pour jouer ce rôle. Au Cambodge, l'OMS joue un rôle important dans la coordination, la présidence des groupes et la représentation au sein du groupe de travail technique sur la santé et du secrétariat de ce groupe. En Zambie, l'OMS fait partie de la troïka qui pilote l'ensemble des partenaires du développement. L'OMS n'est pas toujours dotée des capacités nécessaires pour remplir ce rôle. L'ONUSIDA assume cette fonction pour la coordination des institutions participant à la lutte contre le VIH/sida. Le mandat et le rôle de l'ONUSIDA consistent pour une grande part à diriger et à faciliter la coordination entre les différentes institutions des Nations Unies au sein de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le sida et le personnel qui dans le pays est chargé de cette tâche et dispose d'outils pratiques à cet effet. Il s'agit notamment d'outils permettant de constituer les équipes conjointes des Nations Unies sur le sida, d'évaluer les résultats des équipes et de mener des examens annuels conjoints. L'ONUSIDA a utilisé ces outils en Zambie pour faciliter l'amélioration de la coordination entre les institutions des Nations Unies et les autres partenaires du développement.

Inciter le Fonds mondial et l'Alliance GAVI à participer aux équipes de pays

Selon les personnes rencontrées, l'Alliance GAVI et le Fonds mondial figurent rarement parmi les membres des équipes de pays du fait de leur manque de représentants au niveau local et de l'absence de voie de communication officielle entre l'équipe et leurs secrétariats à Genève. La plupart des personnes interrogées indiquent qu'elles tireraient parti d'une amélioration des communications et de l'échange d'informations avec le Fonds mondial et l'Alliance GAVI du fait du volume important du financement qu'ils octroient sous forme de dons.

S'agissant de l'attribution des fonds dans le cadre d'une équipe de pays, on peut citer l'exemple de la nomination d'une personne à temps partiel au Mozambique pour effectuer le lien avec le Fonds mondial pour

le financement en provenance du DFID. Cette personne ne faisait pas office de représentant du Fonds mondial dans le pays, mais jouait un rôle pour la communication avec le secrétariat de l'Alliance afin de donner des informations plus précises (dans les deux sens), de résoudre les problèmes et de permettre aux financements alloués à l'Alliance d'être utilisés plus aisément. Un tel rôle n'est probablement pas une solution à long terme étant donné qu'un dispositif de coordination de pays (CCM) ou un secrétariat de ce type de dispositif fonctionnant correctement peut assumer ces responsabilités, mais il s'agit d'un modèle utile pour les pays confrontés à des problèmes de coordination et de communication à court terme.

Expertise et compétences de l'équipe de pays

Une équipe de pays efficace a besoin de personnes hautement qualifiées, disposant de l'expérience, des compétences et de l'expertise appropriées pour être des membres actifs de l'équipe. Il faut aussi disposer d'un pool de compétences plus large dont il sera possible de tirer parti dans différentes disciplines, sanitaires et autres, pour les activités des équipes de pays.

Les équipes de pays, qu'elles supervisent des pactes, des approches sectorielles ou des dispositifs de coordination de pays, voient leurs membres reconnus en premier lieu en tant que représentants d'organisations particulières jouant un rôle (financier) dans le secteur de la santé. Les représentants dans le pays sont nommés avant tout en tant que représentants d'un organisme plutôt qu'en tant que membres d'une équipe de pays. Au Ghana et en Zambie, ce problème a été partiellement résolu par la procédure de sélection des représentants des partenaires extérieurs du développement au sein de l'équipe du secteur de la santé. Le représentant est choisi sur la base de critères relatifs à son expertise et à son niveau de connaissance du pays, et ces critères sont inscrits dans le mandat de l'équipe dans le cadre des accords de coordination. L'objectif est de faire en sorte que la représentation des partenaires extérieurs du développement apporte une expertise technique et une connaissance du pays avant une participation à des processus complexes en matière de coordination et de politique. Ces mécanismes n'offrent pas une garantie, mais devraient avec le temps permettre d'améliorer la qualité de la représentation.

Les deux principaux modèles utilisés par les partenaires extérieurs du développement pour contribuer à apporter compétences et expertise au travail de l'équipe de pays consistent pour le premier à permettre au personnel de participer aux groupes de travail et aux équipes chargées des activités et pour le second à établir une unité de compétences spécialisées. Au Mozambique et en Tanzanie, les partenaires du développement utilisent le premier modèle en faisant participer leur personnel à d'autres groupes de travail. En Tanzanie, il existe un pool de 16 partenaires actifs qui participent à des groupes sous-sectoriels portant sur les ressources humaines pour la santé, le suivi et l'évaluation, les produits pharmaceutiques, le paludisme, le VIH/sida ou la santé maternelle, néonatale et infantile. Au Mozambique, ce modèle est utilisé pour permettre à l'équipe de pays de tirer parti de compétences essentielles dans des domaines autres que sanitaires, et notamment d'établir des liens entre la planification et la budgétisation dans le secteur de la santé d'une part et les cycles de planification et les cadres de dépenses à moyen terme au niveau national d'autre part. Dans le second modèle, utilisé au Bangladesh, les partenaires du développement qui contribuent au financement groupé apportent leur soutien au bureau d'appui au programme sanitaire qui est situé dans les locaux de la Banque mondiale et doté de personnel employé par la Banque, et qui peut par conséquent tirer parti des compétences de celui-ci. Cela présente à la fois l'avantage de permettre l'utilisation de l'ensemble des compétences de la Banque mondiale et l'inconvénient du poids trop important exercé par une institution.¹³

Documents relatifs aux modalités de travail des équipes de pays

Les pays utilisent divers documents pour codifier les accords passés sur les modalités de travail. Le Burundi, le Mozambique et la Zambie disposent de mémorandums d'accord qui décrivent les objectifs, les principes et

¹³ Howard White, *The Bangladesh Health SWAp: Experience of a New Aid Instrument in Practice*, 2007.

la portée des travaux conjoints, et les principaux engagements. Le Kenya dispose d'un code de conduite à cet effet. Le Mozambique a un code de conduite qui porte sur les accords relatifs aux comportements des partenaires. Au Burundi, il y a un accord de partenariat qui décrit le cadre global de l'accord et un mandat pour l'équipe de pays. En Zambie, un mandat a également été défini pour l'équipe de pays. Au Ghana, le mandat porte sur les objectifs généraux, les principes, la portée des activités conjointes et les engagements clés des groupes travaillant pour la santé et luttant contre le VIH/sida. L'Ethiopie dispose d'un guide d'harmonisation. De cet ensemble relativement confus émergent deux éléments de bonnes pratiques. En premier lieu, il est plus aisé de s'approprier, de respecter et d'accepter un document de coordination mis au point moyennant un processus de discussion et de négociation faisant intervenir l'ensemble des parties prenantes. En deuxième lieu, l'importance du titre du document est très relative, les contenus étant largement similaires d'un document à l'autre. Parmi les éléments essentiels de ce contenu figurent les objectifs du partenariat et de l'équipe de pays d'une manière générale, les déclarations du gouvernement et les rôles et responsabilités des partenaires du développement, la portée de l'accord, les principales modalités de travail (par exemple les processus de planification et d'examen annuel) et les engagements pris par les parties. Les équipes de pays les plus avancées prévoient des mécanismes de responsabilité mutuelle et un examen annuel permettant de revoir les engagements.

4. Structures essentielles des équipes de pays

Des équipes de pays efficaces doivent disposer de structures performantes pour mener à bien leurs travaux et pour relier ceux-ci au processus de développement national au sens large. La présente partie met l'accent sur quatre éléments structurels essentiels à l'efficacité des équipes de pays. En premier lieu, elle met en lumière l'importance des liens entre l'équipe de pays et le processus de développement national au sens large ainsi que les organes de coordination. En deuxième lieu, elle s'attache aux liens entre les équipes de pays et les autres mécanismes de coordination dans le domaine de la santé et du VIH/sida, tels que les dispositifs de coordination de pays (CCM), les comités nationaux de lutte contre le sida (NAC) ou les comités de coordination interinstitutions (ICC) pour la vaccination. En troisième lieu, elle s'intéresse aux groupes de travail et aux secrétariats chargés de la coordination utilisés avec succès par les équipes de pays pour mener à bien leurs travaux. En dernier lieu, elle examine les bonnes pratiques concernant les mécanismes de responsabilité mutuelle.

Les équipes de pays doivent être bien intégrées aux mécanismes de planification nationale, de budgétisation et de coordination de l'aide au développement

Les équipes de pays font partie d'un réseau beaucoup plus vaste qui englobe les gouvernements nationaux et les parlements, les processus de budgétisation et de planification au niveau national, et les mécanismes de haut niveau de coordination de l'aide. Les équipes de pays établies de longue date ont des liens efficaces avec ces processus de développement qui permettent de replacer la planification et la budgétisation pour la santé dans le cadre des cycles nationaux de planification et de budgétisation. Elles entretiennent également des liens avec d'autres équipes sectorielles dans le pays afin de pouvoir résoudre les questions transversales telles que les questions relatives à la gestion financière et aux achats publics ou aux ressources humaines pour la santé, et finalement de pouvoir intégrer les mesures relatives à l'efficacité de l'aide aux mesures de ce type pilotées au niveau national. Au Cambodge, l'équipe de pays est l'un des 19 groupes de travail techniques et sectoriels relevant du Comité gouvernemental de coordination des donateurs (GDCC). Dans de nombreux pays comme au Mali, le plan sanitaire (PRODESS II) a été élaboré de telle sorte qu'il s'adapte au Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté puis a été élargi pour être conforme au nouveau Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté. Au Mozambique et en Tanzanie, l'équipe de pays définit un ensemble d'indicateurs sanitaires essentiels qui sont intégrés au plan national de développement avec les indicateurs en provenance d'autres secteurs. Le Mozambique dispose d'une architecture de coordination de l'aide très avancée qui combine une autorité venant du niveau le plus élevé et

des processus de responsabilité mutuelle forts.¹⁴ Au Burkina Faso, le plan national de développement sanitaire (PNDS) est relié à la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et au comité y afférent ; celui-ci se réunit chaque trimestre et examine la mise en oeuvre de la composante sanitaire de la stratégie de réduction de la pauvreté. Un sous-ensemble de 20 indicateurs du PNDS est inclus dans le plan d'action contre la pauvreté. Les pays où l'autorité nationale qui veille à l'efficacité de l'aide est forte disposent d'équipes plus solides dans le secteur de la santé et de mécanismes dans le cadre desquels ces équipes vont rendre compte de leurs activités. Au Cambodge, le rapport 2007 sur l'efficacité de l'aide s'inspire de rapports fournis par différents groupes sectoriels, y compris le groupe de travail sur la santé.¹⁵ L'élément marquant tient dans ce cas au fait que l'équipe du secteur de la santé soit tenue de rendre des comptes auprès d'un groupe de coordination du développement au niveau national. Cette bonne pratique a un effet de renforcement mutuel et a permis qu'une attention plus importante soit accordée à l'harmonisation et à l'alignement lorsqu'il existe une autorité et une coordination gouvernementales de haut niveau.

Coordination avec d'autres mécanismes de coordination du secteur de la santé

De nombreux pays sont dotés de mécanismes multiples pour coordonner l'aide nationale et internationale au sein du secteur de la santé : il s'agit notamment des dispositifs de coordination de pays (CCM) pour les dons du Fonds mondial, des comités de coordination interinstitutions (ICC) pour les dons de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et des comités nationaux de lutte contre le sida (NAC) qui coordonnent les interventions de lutte contre le VIH/sida. Rares sont les méthodes officielles utilisées pour veiller à ce que ces mécanismes de coordination multiples soient eux-mêmes coordonnés. Dans de nombreux pays, il existe des moyens informels de coordination et de communication entre les mécanismes et dans un petit nombre de pays, on s'efforce de formaliser ce lien. Dans certains pays, les personnes interrogées ont constaté que la communication entre l'équipe de pays et le CCM ou l'ICC est satisfaisante du fait que de nombreuses personnes siègent à la fois dans les deux groupes. Au Burkina Faso, des représentants de l'équipe de pays sont également membres du CCM et de l'ICC, faisant office de lien de coordination. Le mécanisme de supervision du financement groupé au Burkina Faso, auquel l'Alliance GAVI contribue, est un autre moyen de coordination entre l'ICC et l'équipe de pays. Au Népal, les rapports destinés à l'Alliance sont inclus dans l'examen annuel conjoint du secteur de la santé et il existe une réunion de déjeuner mensuelle informelle entre l'équipe de pays, le CCM et le Conseil national de lutte contre le sida.

Peu nombreux sont les pays qui ont formalisé les liens moyennant une représentation croisée ou des accords de notification formelle, et aucun n'a essayé de réduire le nombre des mécanismes de coordination bien que certains l'envisagent. Au Cambodge, le groupe de travail technique sur la santé et le CCM ont récemment officialisé les liens établis de sorte que le groupe technique pourra jouer un rôle dans le processus d'approbation des propositions préparées à l'intention du Fonds mondial par le CCM. Au Mozambique, l'équipe de pays a clairement réparti le travail, le CCM étant chargé uniquement de la préparation des demandes destinées au Fonds mondial. Dans un certain nombre de pays, une représentation et une communication transversales sont établies moyennant la présence du président de l'un des groupes aux réunions de l'autre et vice versa. En Zambie, l'ONUSIDA préside le comité des finances du CCM et assure le lien avec le groupe du secteur de la santé en tant que membre de celui-ci. Au Cambodge, l'OMS joue un rôle en tant que principal partenaire du développement à la fois dans les groupes chargés de la santé et de la lutte contre le VIH. Au Nigéria, la situation est différente de celle des autres pays dans la mesure où il existe un dispositif de coordination de pays et un comité de coordination interinstitutions mais pas d'équipe de travail efficace.

¹⁴ Handley, G. Mutual Accountability at the Country Level: Draft Mozambique Country Case Study. Centre for Aid and Public Expenditure, ODI. 2008.

¹⁵ The Cambodia Aid Effectiveness Report 2007, Cambodian Rehabilitation and Development Board Council for the Development of Cambodia.

Les équipes de pays ont d'importantes responsabilités et ont besoin de groupes de travail et de secrétariats assurant la coordination pour les aider à assumer celles-ci

Les équipes de pays les plus structurées délèguent des tâches techniques précises aux groupes de travail. Ces groupes sont généralement dirigés et présidés par des représentants du gouvernement, la coprésidence étant fréquemment assurée par un partenaire de la société civile ou un partenaire extérieur du développement. Ils mènent à bien une partie significative des activités ayant trait au secteur de la santé dans le pays et représentent le mécanisme indispensable pour tirer parti des compétences supplémentaires en matière sanitaire ou autres apportées par les partenaires. Il existe deux types de groupes de travail : en premier lieu, les groupes de travail techniques sur la santé travaillant dans les domaines de la vaccination, du VIH, du paludisme, de la tuberculose ; en deuxième lieu, les groupes de travail transversaux sur les systèmes de santé s'intéressant aux ressources humaines, au financement de la santé, au suivi et à l'évaluation, aux questions de sexospécificité, ou encore les groupes de travail sur l'efficacité de l'aide qui cherchent explicitement à améliorer l'harmonisation et l'alignement.

Le nombre de groupes de travail varie mais se situe généralement entre 10 (au Mozambique, par exemple) et 20 (au Kenya). En Zambie, il existe un certain nombre de sous-comités et de groupes de travail techniques qui établissent des rapports pour le groupe consultatif sectoriel (SAWG) ou directement pour les comités gouvernementaux. Le Burundi a récemment établi cinq groupes de travail et au Burkina Faso, on trouve divers groupes de travail infrasectoriels. Au Mozambique, un fonctionnaire du Gouvernement et un partenaire du développement se partagent la présidence des groupes de travail sur diverses questions telles que l'achat de médicaments, la vérification des comptes et le financement, la planification des ressources humaines, les interventions face aux maladies prioritaires, la santé maternelle, les questions de sexospécificité, etc. Le groupe de travail chargé du suivi et de l'évaluation travaille actuellement à la révision des indicateurs pour le cadre national de résultats (PAF). De nombreux pays signataires du Partenariat IHP+ disposent d'accords de soutien budgétaire sectoriel ou de financement groupé que les donateurs bilatéraux, la Banque mondiale et les institutions des Nations Unies utilisent pour financer le secteur de la santé. Dans ces pays, il existe généralement un sous-groupe ou un sous-comité de l'équipe de pays qui supervise cet accord de financement. Le Mozambique et la Zambie ont tous deux ce type d'accord pour contrôler le financement groupé.

Les données factuelles relatives aux CCM et aux NAC laissent penser qu'un secrétariat doté d'un personnel approprié est essentiel pour soutenir le travail des équipes de pays. Il est demandé au secrétariat de préparer l'ordre du jour, les documents et les comptes rendus des réunions. Certains ministères ont un département chargé de la coopération internationale et d'autres nommeront un responsable au sein d'un département chargé de la planification. Généralement, il existe au ministère de la santé des membres du personnel chargés de la coordination soit au sein d'un bureau jouant ce rôle (par exemple le Département de la coopération internationale au Ministère de la Santé du Cambodge) soit dans le cadre de leurs fonctions de supervision de la planification et de la programmation (par exemple au Ghana ou en Zambie). Au Cambodge, on trouve un secrétariat plus élaboré auquel participent de multiples parties prenantes. Le groupe de travail technique sur la santé fonctionne comme un mécanisme de coordination composé de 74 fonctionnaires. Il est appuyé par le secrétariat du groupe technique de taille plus limitée qui regroupe 6 représentants du Gouvernement, l'OMS, le principal donateur bilatéral, une ONG et le principal donateur multilatéral. Le secrétariat du groupe technique facilite les travaux du groupe et prépare ses réunions mensuelles.

Les équipes du secteur de la santé ont recours à divers mécanismes de responsabilité mutuelle

La Déclaration de Paris et le Partenariat IHP+ soulignent que la responsabilité mutuelle est un élément essentiel du partenariat pour le développement. Cependant, la littérature fait peu état des mécanismes de responsabilité mutuelle. La responsabilité mutuelle est un élément de l'éventail des responsabilités au niveau du pays qui inclut également la responsabilité interne des gouvernements vis-à-vis de leurs citoyens (par l'intermédiaire des parlements, etc.) et la responsabilité conjointe de l'ensemble des partenaires pour l'obtention de résultats en vue de la réalisation des OMD liés à la santé. Il est important que la responsabilité

mutuelle renforce et soutienne la responsabilité interne, et qu'elle n'empiète pas sur celle-ci.¹⁶ Les mécanismes de responsabilité mutuelle sont utiles pour reconnaître et célébrer les réalisations et les progrès, mais aussi pour mettre en lumière les engagements non satisfaits et y remédier. Le partage de l'information quant aux progrès et aux succès obtenus est source de progrès et de succès nouveaux.

Les mécanismes qui ont été utilisés pour promouvoir la responsabilité mutuelle sont notamment les suivants :

1. Organiser des réunions fréquentes des équipes de pays pour encourager une meilleure circulation des informations et permettre de reconnaître et de tirer parti des réalisations.
2. Mettre au point un plan conjoint d'aide qui suit le cadre et les chapitres des plans sanitaires nationaux ou des stratégies de réduction de la pauvreté, et rassemble l'ensemble du soutien au gouvernement dans un seul document. Cet outil élaboré par les partenaires extérieurs du développement est utile pour exercer une pression conjointe afin que le soutien soit aligné, ainsi que pour permettre au gouvernement de voir clairement dans quelle mesure les partenaires respectent cet engagement. La Tanzanie utilise ce type de plan.
3. Incorporer les engagements relatifs à l'efficacité de l'aide spécifiques aux agences dans le cadre du processus de planification et d'examen conjoint annuel et intégrer ces engagements à l'examen annuel. C'est ce que fait le Burundi, et le Kenya s'apprête à le faire.
4. Elaborer des engagements relatifs à l'efficacité de l'aide spécifiques aux agences et examiner ceux-ci chaque année dans le cadre de l'équipe de pays.
5. Etablir un groupe de suivi indépendant afin d'examiner la réalisation des engagements et/ou d'étudier les raisons pour lesquelles ils ne sont pas satisfaits. Le pacte national éthiopien le prévoit.
6. Confier une évaluation indépendante du respect des engagements à une organisation extérieure (par exemple une ONG ou un institut de recherche). C'est ce qu'a fait la Tanzanie.
7. Etablir des liens avec les processus d'examen annuel de la mise en oeuvre au niveau national de la Déclaration de Paris et faire état des progrès sanitaires auprès des organismes de coordination de l'aide au niveau national. Le Mozambique a choisi cette option.

La responsabilité mutuelle est un principe nouveau et peut apparaître comme une menace parce qu'elle signifie parfois mettre en lumière la médiocrité des résultats et y apporter une réponse. Les pays qui disposent d'outils différents semblent progresser davantage que ceux dont l'ensemble des efforts de responsabilité mutuelle reposent sur un mécanisme unique. En Tanzanie, parmi les mécanismes utilisés figurent notamment : le plan conjoint d'assistance de tous les partenaires extérieurs du développement qui fonctionne davantage comme un mécanisme de responsabilité sous le contrôle des pairs, le rapport annuel du groupe de donateurs partenaires de la santé sur les résultats, et une évaluation indépendante extérieure des activités des partenaires du développement dans leur ensemble (et non uniquement pour le secteur de la santé). Alliés aux réunions régulières avec le Ministère de la Santé, ces mécanismes permettent aux problèmes d'être soulevés de nombreuses façons différentes. Le pacte national pour l'Ethiopie définit un ensemble clair d'engagements au niveau national pour le Gouvernement et les partenaires du développement. Le pacte inclut également une disposition prévoyant l'établissement d'un groupe de suivi indépendant qui examinera pourquoi certaines obligations ne sont pas satisfaites et établira un rapport chaque année. Le pacte

¹⁶ Handley, G. Mutual Accountability at the Country Level: Draft Mozambique Country Case Study. Centre for Aid and Public Expenditure, ODI. 2008

pour le Mozambique a permis à chaque agence de définir les mesures spécifiques qu'elle adopterait pour améliorer l'alignement, ce qui permet aux agences de définir des étapes réalistes tout en reconnaissant les différentes limites existantes en matière d'harmonisation ou d'alignement. Ces mesures doivent obéir à certains délais, ce qui constitue le fondement de la responsabilité.

5. *Bonnes pratiques dans les domaines de travail essentiels des équipes de pays*

On trouvera dans cette partie certains des principaux exemples de bonnes pratiques dont témoignent les équipes de pays dans les pays signataires du Partenariat IHP+ dans le cadre de l'élaboration des plans nationaux, de l'examen des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de ces plans et dans l'élaboration et l'utilisation d'un cadre de résultats unique.

Contribution des équipes de pays au processus de planification nationale

Contribuer aux stratégies de santé nationale et aux plans sanitaires annuels est une responsabilité essentielle des équipes de pays. Il est vital qu'il existe un processus clair de participation des équipes de pays afin de veiller à un processus de fonctionnement coordonné et sans heurt. Le pacte national pour l'Ethiopie précise que « les partenaires du développement participeront aux processus de planification et de budgétisation pour la santé au niveau national tels qu'ils sont prévus dans le calendrier de l'examen conjoint du budget et de l'aide (JBAR) et du guide de l'harmonisation ». Au Ghana, le mandat du groupe sectoriel chargé de la santé et du VIH/sida précise l'organisation des réunions pour les groupes des sous-secteurs de la santé et du VIH/sida. Le Ministère de la Santé dirige les sommets consacrés à la santé et les sommets consacrés à la lutte contre le VIH/sida deux fois par an en avril-mai et octobre-novembre. Le sommet d'avril-mai fait office de forum dans le cadre duquel sont débattus les résultats de l'examen annuel d'évaluation du secteur tandis que le sommet d'octobre-novembre est axé sur le programme de travail de l'année suivante. Les deux sommets sont préparés par un comité réunissant le gouvernement, la société civile et les partenaires du développement. En Zambie, le Ministère de la Santé prévoit également et dirige deux réunions annuelles du Groupe consultatif sectoriel (SAG) sur une base similaire, l'une étant axée sur l'examen des progrès réalisés, la seconde consacrée à la planification future. Le Ministère de la Santé zambien dirige également une réunion consultative annuelle afin de débattre du projet de plan d'action annuel et des budgets basés sur les activités. Au Kenya, le code de conduite pour l'approche sectorielle de la santé décrit également le rôle du comité de coordination du secteur de la santé qui est d'examiner et d'approuver les révisions des plans opérationnels annuels, du projet de cadre de dépenses à moyen terme pour le secteur de la santé et du projet de budget.

Rôle de l'équipe de pays dans les examens annuels conjoints

Les examens conjoints sont un élément fondamental du travail des équipes de pays puisqu'ils permettent d'évaluer les progrès réalisés et d'améliorer la gestion dans l'optique du développement. L'ONUSIDA a mis au point des lignes directrices pour l'examen des interventions nationales de lutte contre le sida et l'OCDE dispose également de lignes directrices pour mener des évaluations conjointes. Dans les pays signataires du Partenariat IHP+, il existe de bonnes pratiques concernant l'organisation des examens conjoints qu'il pourrait être utile de rassembler et à partir desquelles pourraient être élaborées des lignes directrices pour les examens conjoints dans le secteur de la santé. Au Ghana, un mandat clair portant sur les objectifs et la portée de l'examen qui fait l'objet d'un accord des parties prenantes avant l'examen est mis au point sous la direction du Ministère de la Santé. Le processus global d'examen est supervisé par un comité composé des différentes parties prenantes. Au Burundi, un sous-groupe du CBSD supervise le processus de préparation de l'examen annuel. Madagascar a commencé à mener des examens conjoints en 2007 tandis qu'au Bénin, des examens annuels conjoints sont menés et des examens sectoriels semestriels organisés, avec la participation de personnes en provenance du secteur privé qui sont invitées aux réunions clés.

Les processus et réunions d'examen annuel conjoint sont considérés par de nombreux pays signataires du Partenariat IHP comme une occasion de faire participer une grande variété de partenaires de la société civile et du secteur privé. L'Éthiopie tient une réunion annuelle d'examen et le Ghana un sommet. Certains pays du Partenariat IHP+ utilisent le processus d'examen annuel conjoint du secteur de la santé pour examiner les travaux conjoints et l'efficacité de l'aide. L'équipe chargée de la lutte contre le VIH/sida en Zambie a intégré l'outil d'harmonisation et d'alignement national à l'examen conjoint afin de renforcer les travaux en commun. Au Burundi, l'examen annuel 2008 prévoyait un examen du fonctionnement du CPSD, et au Kenya, l'examen annuel conjoint portera également sur la conformité avec le code de conduite.

Les équipes de pays travaillent à l'élaboration et à l'amélioration du cadre de résultats unique

La Déclaration de Paris invite ses signataires à aligner la programmation nationale sur un cadre d'évaluation des performances nationales efficace et à s'inspirer dans la mesure du possible des cadres de notification et de suivi orientés sur les résultats des pays partenaires. De nombreux pays signataires du Partenariat IHP+ ont mis en place un cadre unique conjoint de résultats et d'autres en ont entrepris l'élaboration. Obtenir des résultats est la préoccupation essentielle des équipes de pays, et des pays comme le Mozambique et le Kenya ont établi des groupes de travail du suivi et de l'évaluation, tandis que le Burundi a mis en place un groupe de travail sur les systèmes d'information sanitaire. Nombreux sont les pays du Partenariat IHP+, bien que ce ne soit pas la totalité d'entre eux, qui bénéficient de l'appui du Réseau de métrologie sanitaire afin d'évaluer leurs systèmes d'information sanitaire et de planifier des améliorations.

Un autre élément clé des bonnes pratiques consiste dans les liens existants entre les cadres de résultats sanitaires et les cadres de développement au niveau national. La Tanzanie dispose d'un cadre de résultats précis qui est subdivisé en différents niveaux, le premier étant la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Les données et les résultats sont également utilisés au niveau du district pour concevoir la programmation et orienter l'allocation des ressources. Parmi les pays signataires du Partenariat, le Mozambique dispose d'un cadre unique de résultats au niveau national (PAF) pourvu de 40 indicateurs répartis en 7 domaines thématiques. Cinq de ces indicateurs issus du cadre unique de résultats sanitaires sont inclus dans le cadre général. Le groupe de travail du suivi et de l'évaluation révisé actuellement ces indicateurs afin de corriger ceux qui sont le moins aisément mesurables. D'autres pays disposant de cadres de résultats uniques, tels que le Mali, révisent actuellement l'ensemble des indicateurs pour qu'ils soient moins nombreux, plus faciles à gérer et à mesurer, tandis que des pays comme la Zambie s'efforcent d'améliorer les liens entre le cadre de résultats et les intrants et objectifs de la stratégie nationale.

6. *Références choisies*

Les rapports d'évaluation des pays participant au Partenariat sont riches en informations sur le travail des équipes de pays.

http://www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_countries.html

Programme d'action d'Accra. Septembre 2008.

<http://siteresources.worldbank.org/ACCRAEXT/Resources/4700790-1217425866038/FINAL-AAA-in-French.pdf>

Bangladesh Health, Nutrition & Population Sector Programme, Annual Programme Review..2006.

www.hnpinfobangladesh.com

Cadre de concertation des partenaires pour la sante et le développement (CPSD). Burundi.

Cambodian Rehabilitation and Development Board Council for the Development of Cambodia. The

Cambodia Aid Effectiveness Report 2008. 2008. http://www.cdc-crdb.gov.kh/cdc/aid_management/AER%20Report%202008%20FINAL.pdf

Conway, S. Harmer, A & Spicer, N. Examen Externe 2008 du Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes. 2008.

http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP_External_review_2008_FR.pdf

De Renzio, P, Booth, D, Rogerson, A, and Curran, Z. Incentives for Harmonisation and Alignment in Aid Agencies. Overseas Development Institute Working Paper 248. 2005.

<http://www.odi.org.uk/resources/odi-publications/working-papers/248-incentives-harmonisation-alignment.pdf>

Organisation mondiale de la Santé, OCDE, Banque mondiale. Une aide efficace pour une meilleure santé : rapport établi pour le Forum de haut niveau d'Accra sur l'efficacité de l'aide, 2-4 septembre 2008.

http://www.oecd.org/document/3/0,3343,fr_2649_33721_41311964_1_1_1_1,00.html

Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen. Code de conduite de l'UE sur la division du travail dans la politique de développement. Bruxelles, 2007.

<http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/r13003.htm>

Federal Ministry of Health. Compact between the Government of the Federal Democratic Republic of Ethiopia and the Development Partners on Scaling Up for Reaching the Health MDGs through the Health Sector Development Programme. Août 2008.

http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/04_Ethiopia_IHP_Compact_August_2008_FINAL.pdf

Federal Ministry of Health, Ethiopia. Health Sector Development Programme Harmonisation Manual. 2007.

http://www.moh.gov.et/index.php?option=com_remository&Itemid=47&func=select&id=4

The Global Fund Implementer Series. A Report on the Country Coordination Mechanism Model. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. 2008.

<http://www.theglobalfund.org/en/ccm/studies/?lang=en>

Handley, G. Mutual Accountability at the Country Level: Mozambique Country Case Study - Draft. Centre for Aid and Public Expenditure, ODI. 2008.

<http://www.oecd.org/dataoecd/52/35/41178552.pdf>

Harmer, A. International Health Partnerships (IHP+) Country Health Sector Teams: Background Literature Review. DFID Health Resource Centre. Novembre 2008.

Harnmeijer J, and Bijlmakers L. Incentives for Aid Effectiveness with reference to donors in the domain of HIV/AIDS. 2008.

Note d'orientation IHP+ : élaboration d'un pacte national. 2008.

<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/08-2179f.pdf>

IHP+ Guidance on Civil Society Engagement in Country Health Sector Teams.
<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Guidance%20CS.pdf>

Partenariat international pour la santé. Pacte mondial pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. 5 septembre 2007.
<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/090424.pdf>

Partenariat international pour la santé et initiatives connexes (IHP+). Harmonisation de l'action de santé en Afrique (HHA). La voie à suivre *in* Rapport de la Réunion interrégionale interinstitutions des équipes chargées du secteur de la santé dans les pays. 28 février-1er mars 2008.
http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP_Lusaka_WayForward.pdf

Joint Reviews of National AIDS Responses: A Guidance Paper. ONUSIDA. 2008.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1627_review_nationalaids_eng_en.pdf

Kenya Health Sector Wide Approach Code of Conduct, 2007.
<http://www.hdwg-kenya.com/new/>

Memorandum of Understanding between the Government of the Republic of Zambia / Ministry of Health and Cooperating Partners. Avril 2006.

Ministry of Health Response to the Joint Assistance Strategy Zambia, Terms of Reference for Cooperating Partner Coordination in the Health Sector. Mai 2006 (Projet).

Mozambique Compact. 2008.
http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/07_Mozambique_IHP_Compact_Statement_15_Sept_2008.pdf

OECD-DAC Joint Venture on Management for Development Results. Incentives for Aid Effectiveness in Donor Agencies: Good practice and self-assessment tool. Organisation de coopération et de développement économiques. 2008.
<http://www.oecd.org/dataoecd/51/41/41177902.pdf>

Örtendahl, C. The Uganda health SWAp: new approaches for a more balanced aid architecture? HLSP Institute Technical Approach Paper. Octobre 2007.
www.hlspinstitute.org/files/project/178485/UgandaHealthSWAp_Oct07.pdf

Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement: Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle. Paris, mars 2005.
<http://www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf>

Partnership Framework Between The Government of the Republic of Burundi and the Technical and Financial Partners in the Health Sector, for the implementation of a sectoral approach to health development to achieve the goals of the PRSP and the MDGs in health. 2008.

Self-Assessment Framework for the performance of Joint UN Team on AIDS “Making a difference as One”. Concept note and instructions for facilitators. ONUSIDA. 2008.

Sundewall, J and Sahlin-Anderson, K. Translations of Sector-Wide Approach Programmes. Octobre 2003. http://www.sti.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/swap/swap335.pdf

Termes de référence des Groupes thématiques dans le cadre du CPSD. Burundi.

Terms of Reference, Health, HIV and AIDS Sector Group. Ghana. Juin 2008.

White, H. The Bangladesh Health SWAp: Experience of a New Aid Instrument in Practice. 2007. Development Policy Review, 2007, 25(4): 451-472.

Wood, B: D. Kabell; F. Sagasti; N. Muwanga. Rapport de synthèse sur la première phase de l'évaluation de la mise en oeuvre de la Déclaration de Paris, Copenhague, juillet 2008. <http://www.oecd.org/dataoecd/56/47/41136715.pdf>

Annexe 1: Liste des personnes consultées sur le travail des équipes de pays

Les personnes ci-après ont généreusement donné de leur temps et fait part de leur opinion soit au cours d'un entretien soit en apportant une contribution écrite à la présente étude.

Emeline Saunier	DFID (Ministère britannique du développement international) Burundi
O'Leary Dr - Michael	Représentant de l'OMS au Cambodge
Paul Whelan	OMS Cambodge
Toomas Palu	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Cambodge
Ali Forder	DFID Ethiopie
Semu Ketema Teferra	Christian Relief and Development Association (CRDA)
Okello Dr - David Ojut	Représentant de l'OMS au Kenya
Michael Mills	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Kenya
Tony Daly	DFID Kenya
Tonia Marek	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Mali
Lubna Bhayani	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Madagascar
Dr Humberto Cossa Sr	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Mozambique
Neil Squires	DFID Mozambique
Cesar Mufanequico	Mozambique AIDS Treatment Access Movement (MATRAM)
Ramesh Govindaraj	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Nigeria
Jane Miller	DFID Nigeria
Nastu Sharma	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Népal
Susan Clapham	DFID Nepal
Shanta Lal Mulmi	Directeur exécutif, Resource Centre for Primary Health Care
Ms. Ugochi Daniels	Représentant du FNUAP au Népal
Mr. Stierle	Directeur de programme, Programme de soutien au secteur de la santé (MoHP/GTZ)
Dyness Kasungami	DFID Zambie
Mr. Solomon Kagulula	OMS Zambie
Catherine Sozi	ONUSIDA Zambie
Nicholas Chikwenya	Ministère de la santé, Zambie
Christophe Lemiere	Spécialiste en santé de la Banque mondiale, Bénin
Mr Mamadou Dicko	Représentant résident du FNUAP au Bénin
Dr Djamila Cabral	Représentant de l'OMS au Burkina Faso
Dr David Kielem	OMS Burkina Faso
Dr Luc Joseph Bertrand Pisane	OMS Burkina Faso
Laura Rose	Banque mondiale Ghana
Ms. Janet Kwansa	Ministère de la santé, Ghana
Tim Martineau	ONUSIDA
George Tembo	ONUSIDA
Ini Huijts	ONUSIDA
Ian Pett	UNICEF
Peter Salama	UNICEF
Dia Timmermans	FNUAP
Jacqueline Mahon	FNUAP
Andrew Cassels	OMS
Bob Fryatt	OMS
Justine Hsu	OMS
Dr Abdel El Abassi	OMS
Nicole Klingen	Banque mondiale
Julie McLaughlin	Banque mondiale
Agnes Soucat	Banque mondiale
Daniel Kress	Fondation Bill et Melinda Gates
Rifat Atun	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
David Winter	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Kirsi Viisainen	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Geoff Adlide	Alliance GAVI
Mercy Ahun	Alliance GAVI
Craig Burgess	Alliance GAVI
Elaine Ireland	International HIV/AIDS Alliance
Sue Perez	Treatment Action Group
Brenda Killen	OCDE
Elisabeth Sandor	OCDE
Stefan Schmitz	OCDE
David Garmaise	AIDSPAN
Elisabeth Heidbrink	BMZ (Ministère fédéral pour la coopération économique et le développement), Allemagne
Paul Fife	Agence norvégienne pour la coopération au développement - Norad
Sue Chandler	DFID Royaume-Uni
John Moncrieff	DFID Royaume-Uni
Anna Guthrie	DFID Royaume-Uni
Marco Gerritsen	Ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas
Sally Stansfield	Réseau de métrologie sanitaire
Shaun Conway	Evaluation IHP+
Andrew Harmer	Consultant
Dr Cornelius Oepen	GTZ Backup Initiative (Office allemand de la coopération technique)
Simon Bland	UKMIS Genève (Mission du Royaume-Uni auprès de l'Office des Nations Unies à Genève)