



Rapport de situation

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

Préparé pour la 61e Assemblée Mondiale de la Santé
22 Mai 2008
Geneve Suisse

Rapport de situation

Partenariat International pour la Santé et Initiatives Connexes (IHP+)

I.	Arrière-plan	1
II.	Un nouveau modèle pour de meilleurs résultats	2
III.	Progrès des pays IHP+ dans la réalisation des OMD liés à la santé	2
IV.	Financement de la santé – Contraintes et chances	5
V.	Etude de cas: défis de l’Ethiopie pour atteindre les OMD liés à la santé	9
VI.	«L'accord de pays»	10
VII.	Progrès mondial de l’IHP+	10
VIII.	Principaux défis	13
	Annexe 1: Initiatives liées au partenariat international pour la santé (IHP)	15
	Annexe 2: Structure de gestion de l’IHP+ (au 4 avril 2008)	17
	Annexe 3: Données IHP+ relatives au financement de la santé par pays, comptes nationaux de la santé	18
	Annexe 4: Résumé des scénarios pour la fixation des coûts, la référence et la couverture visée - Ethiopie	19
	Annexe 6: Avancement des pays IHP+ quant à l’élaboration d’un «accord des pays»	24
	Annexe 7: Prochaines manifestations de haut niveau pertinentes pour l’IHP+	26

I. Arrière-plan

Alors qu'il reste moins de dix ans pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé, des progrès sont en train d'être faits, bien que lentement et à des degrés divers: la prévalence des enfants présentant une insuffisance pondérale (OMD 1b) et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (OMD 4) sont en déclin depuis 1990; la couverture des soins anténataux dans le monde en développement (OMD 5) s'est accrue ces dix dernières années; et l'utilisation des préservatifs au cours d'activités sexuelles à haut risque a augmenté (OMD 6). Malgré ces progrès, des défis importants continuent à se poser, car plus de 19 millions de nouveaux-nés dans le monde en développement présentent un faible poids à la naissance, la dénutrition est la cause sous-jacente d'au moins 3-5 millions de morts par an, 9,7 millions d'enfants meurent chaque année avant d'avoir atteint 5 ans, plus de 500.000 femmes meurent tous les ans de complications faisant suite à la grossesse et à l'accouchement, et la prévalence du VIH/SIDA continue à augmenter.¹

Dans ce contexte, il est nécessaire de trouver de nouvelles méthodes de travail apportant une approche plus simple, plus axée sur les résultats et plus harmonisée du soutien international destiné à renforcer les systèmes de santé des pays en développement, aligné sur les plans et stratégies de santé des pays concernés. Dans le droit fil de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, le partenariat international pour la santé (IHP), lancé le 5 septembre 2007, demande à tous les signataires² d'accélérer les actions visant à renforcer la couverture et l'utilisation des services de santé afin d'améliorer la situation par rapport aux OMD liés à la santé et aux engagements en faveur de l'accès universel.

L'IHP a vu le jour en même temps qu'une série d'autres initiatives visant à accélérer la réalisation des OMD liés à la santé (voir Annexe 1). Les huit institutions liées à la santé³ (H8) ont reconnu cet engagement croissant et créé un processus de coordination et un plan de travail commun appelé IHP+ (IHP et initiatives connexes). En Afrique, le plan IHP+ s'appuie sur le travail déjà engagé par le biais de 'l'harmonisation pour la santé en Afrique' dont les objectifs sont similaires et qui se concentre sur le soutien technique et le renforcement des capacités.

Le plan IHP+ vise à recentrer la communauté mondiale sur le renforcement du soutien financier, technique et politique apporté aux OMD liés à la santé en améliorant la coordination, en accroissant le financement prévisible à long terme pour des plans et stratégies nationaux de santé axés sur les résultats, et par le biais d'une responsabilité mutuelle suivie aux niveaux mondial et national. Cela s'inscrit dans le droit fil du consensus dégagé lors du précédent forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé⁴ et selon lequel ces facteurs constituent des contraintes essentielles pour améliorer la situation.

Le présent rapport met en lumière les progrès des huit premiers pays signataires IHP+. Il assure un examen analytique des progrès réalisés par les pays par rapport aux indicateurs des OMD et étudie les tendances relatives au financement de la santé, en relevant les principaux

1 Progrès pour les enfants. UNICEF. Décembre 2007.

2 Au 30 avril 2008, l'accord mondial IHP était signé par huit Ministres de gouvernements de pays en développement (Burundi, Cambodge, Ethiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Népal, Zambie), neuf organisations internationales (OMS, Banque mondiale, Fonds mondial, Alliance GAVI, FNUAP, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, CE), huit donateurs bilatéraux (Royaume-Uni, Norvège, Allemagne, France, Italie, Portugal, Canada et Pays-Bas), et d'autres donateurs (Fondation Bill & Melinda Gates & Banque africaine de développement). Le 20 mai 2008, l'Australie, la Finlande, l'Espagne, la Suède, Madagascar et le Nigéria seront parmi les nouveaux signataires.

3 Fondation Bill and Melinda Gates, Alliance GAVI, Fonds mondial, ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, OMS et Banque mondiale.

4 <http://www.hlfhealthmdgs.org/>

goulets d'étranglement aux niveaux mondial et national. Il met également en exergue les progrès réalisés au plan mondial, met à jour sur les activités des groupes de travail inter-institutions et résume les principaux défis qui se présentent pour l'avenir.

II. Un nouveau modèle pour de meilleurs résultats

Ces dix dernières années ont vu une croissance remarquable de l'aide au développement pour la santé (DAH). L'essor croissant en direction de l'accroissement des efforts pour améliorer la santé, les engagements politiques accrus et l'accent plus important mis sur la résolution des contraintes pesant sur les systèmes de santé ont créé des chances majeures pour les pays et les partenaires de développement. Le plan IHP+ s'appuie sur les accords existants, tels que les mémorandums d'accord, le code de conduite, pour améliorer l'aide au développement, qui se concentre généralement sur la mise au point d'une méthode plus harmonisée et alignée, ce qui simplifie la manière dont les partenaires de développement travaillent avec les pays partenaires.

Le plan de travail IHP+ poursuit quatre objectifs:

1. Elaborer des 'accords des pays' qui engagent les partenaires de développement à fournir un financement soutenu et prévisible et à accroître l'harmonisation et l'alignement afin de soutenir des plans et stratégies nationaux axés sur les résultats qui s'attaquent également aux contraintes des systèmes de santé;
2. Générer et diffuser la connaissance, l'orientation et les outils dans des domaines techniques spécifiques liés au renforcement des systèmes et services de santé;
3. Renforcer la coordination et l'efficacité ainsi qu'influer sur une fourniture d'aide prévisible et soutenue pour la santé; et
4. Garantir la responsabilité mutuelle et le suivi des performances.

La mise en œuvre du plan IHP+ sera axée sur les pays et dirigée par eux, toutes les activités étant tributaires de la situation spécifique du pays et s'appuyant sur les structures, mécanismes et plans de santé nationaux existants. Une équipe dirigeante IHP+ facilite le processus et apporte un soutien financier couvrant l'ensemble des institutions afin de faciliter la mise en œuvre (voir Annexe 2).

III. Progrès des pays IHP+ dans la réalisation des OMD liés à la santé

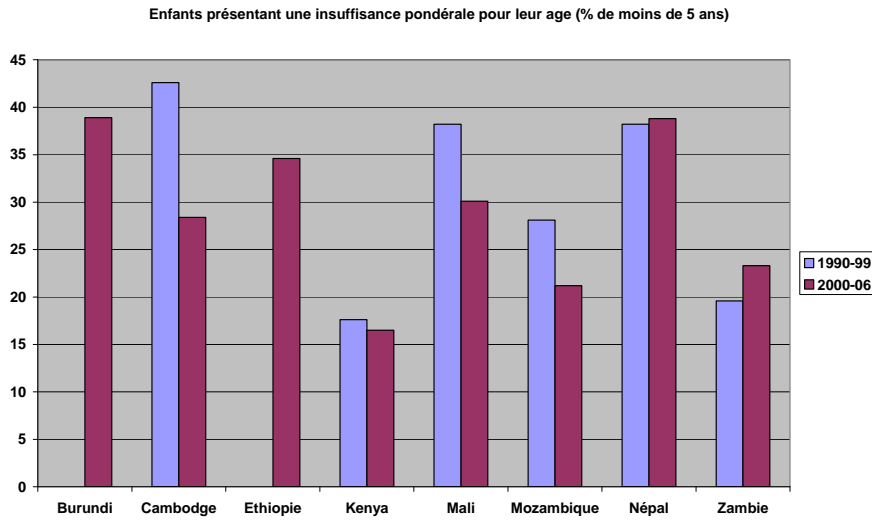
Les OMD s'attaquent à huit des défis critiques du développement dans le monde d'aujourd'hui. A mi-chemin du but de 2015, de plus en plus d'éléments donnent à penser que si certains pays sont en bonne voie pour atteindre certains des OMD liés à la santé, la plupart sont très en retard, surtout en Afrique sub-saharienne. On trouvera ci-dessous un récapitulatif de l'avancement des huit premiers pays IHP+ signataires sur la voie de la réalisation des OMD liés à la santé à la fin avril 2008.

OMD 1: Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Les progrès pour diminuer la malnutrition infantile ont été lents. Une évaluation des huit premiers pays signataires IHP+ sur les périodes 1990-99 et 2000-06 montre que le Cambodge, le Mali, le Mozambique et le Kenya ont enregistré quelques progrès alors qu'en Zambie et, dans une moindre mesure, au Népal, la situation s'est détériorée.

Figure 1



Source: Statistiques mondiales de la santé 2008, OMS Genève, 2008.

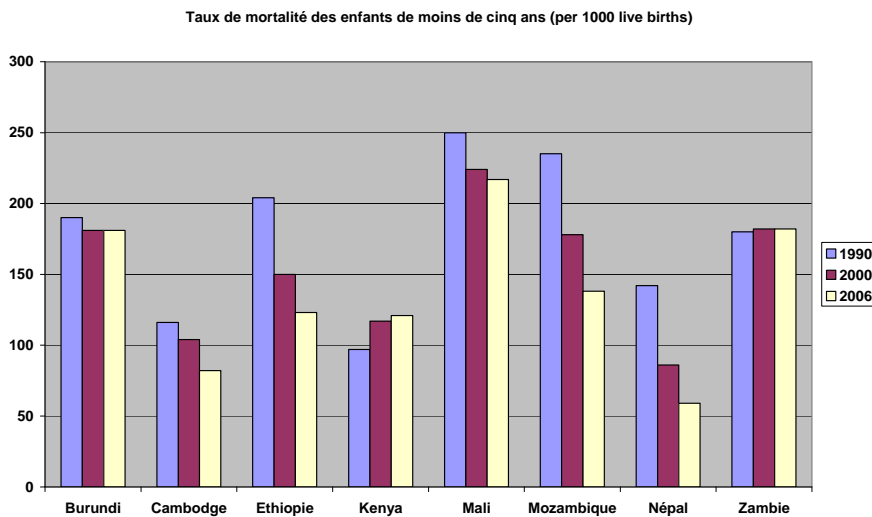
Nota bene: les données 1990-99 ne sont pas disponibles pour le Burundi et l'Ethiopie.

OMD 4: Réduire la mortalité infantile

Réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

La figure 2 montre les tendances d'évolution des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour les huit pays signataires IHP+.

Figure 2



Source: Statistiques mondiales de la santé 2008, OMS, Genève 2008.

Alors que certains progrès sont enregistrés sur l'OMD 4, ceux-ci ne sont pas assez rapides du fait que certains pays gravitent autour du même taux (par ex. le Burundi et la Zambie) voire se détériorent (par ex. le Kenya) depuis 1990. Sur les huit pays signataires IHP+, le Mozambique, l'Ethiopie, le Cambodge et le Népal semblent susceptibles d'être bien placés pour atteindre cet objectif⁵. Une baisse annuelle d'au moins 4 pour cent est nécessaire pour atteindre l'objectif d'une réduction des deux tiers d'ici 2015.

⁵ Statistiques mondiales de la santé 2008, OMS, Genève 2008. Basées sur l'hypothèse que la valeur de 2015 est une extrapolation linéaire de la tendance 2000-2006.

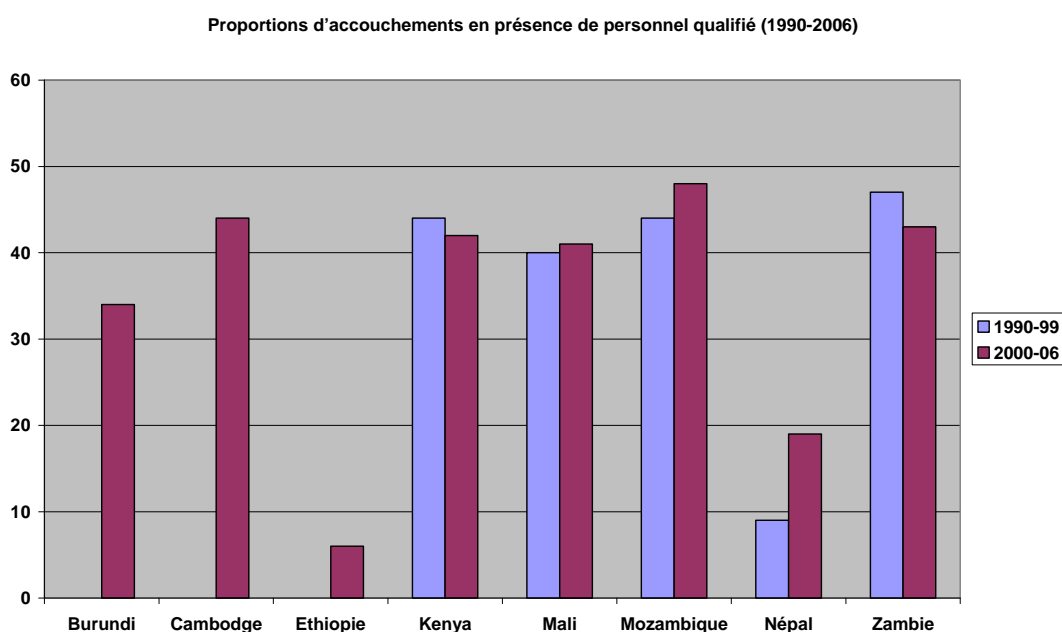
OMD 5: Améliorer la santé maternelle

Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

La présence d'un personnel de santé qualifié lors des accouchements est cruciale pour réduire la mortalité maternelle. La proportion de femmes qui accouchent avec l'aide d'un fournisseur de soins de santé qualifié - médecin, infirmière ou sage-femme – présente une forte corrélation avec les taux de mortalité maternelle⁶.

Le progrès sur cet indicateur varie d'un pays signataire IHP+ à l'autre, avec des augmentations notables des proportions de naissances assistées par du personnel de santé qualifié au Népal et, dans une moindre mesure, au Mozambique et au Mali; des diminutions n'ont été enregistrées qu'au Kenya et en Zambie.

Figure 3



Source: *Statistiques mondiale de la santé 2008*, OMS, Genève 2008.

Notes: Mali: >15% des accouchements assurés par des travailleurs de santé autres que des médecins, des infirmières et des sages-femmes. Mozambique et Népal: accouchements assurés par des travailleurs de santé autres que des médecins, infirmières et sages-femmes – plage non disponible. Données 1990-99 non disponibles pour le Burundi, le Cambodge et l’Ethiopie.

OMD 6: Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

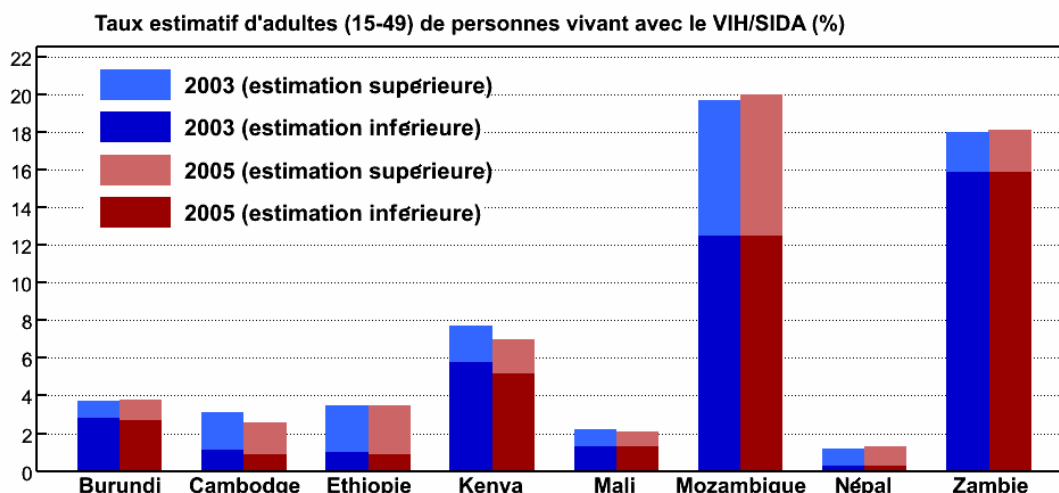
D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Dans la plupart des pays, la prévalence du VIH a diminué ou bien n'a pas augmenté⁷. Alors que l'indicateur OMD – les taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans – n'est actuellement pas assez disponible pour fournir une analyse de tendance, la Figure 4 montre le taux estimé d'adultes (15-49) vivant avec le VIH/SIDA pour les huit pays signataires IHP+. Dans tous les pays, les taux (utilisant les estimations basses) ont diminué ou sont restés identiques.

⁶ La santé et les Objectifs du Millénaire pour le développement, OMS, Genève 2005.

⁷ Le point sur l'épidémie de SIDA 2007, ONUSIDA et OMS, Genève, 2007.

Figure 4



Source: Base de données en ligne mondiale sur le VIH/SIDA de l'ONUSIDA/OMS (dernier accès : 13 mai 2008).

IV. Financement de la santé – Contraintes et chances

Un certain nombre de contraintes de financement ont été identifiées au niveau des pays, qui les ont empêché de réaliser une amélioration généralisée des résultats sanitaires. La présente section examine les tendances de financement de la santé dans les pays signataires IHP+ dans le contexte des progrès par rapport aux OMD liés à la santé, en notant les principales contraintes au niveau national sur la base d'une sélection de rapports de bilan et d'analyses de l'espace budgétaire national. Alors que ces contraintes varient nécessairement d'un pays à l'autre, voici quelques-uns des défis usuels rencontrés par les pays signataires IHP+.

Insuffisance des dépenses

Bien que le total des dépenses de santé (THE) exprimé en pourcentage du PIB soit resté relativement constant ces dix dernières années, ne variant d'une fourchette que de 2% du PIB de 1996 à 2005, le total des dépenses de santé par tête a augmenté dans la plupart des pays signataires IHP+ (Figure 5). Malgré des augmentations globales des dépenses de santé par tête en termes nominaux, peu de pays signataires IHP+ dépensent \$34 par tête, les dépenses recommandées par la Commission sur la macroéconomie et la santé (CMS).⁸ En outre, les capacités limitées à augmenter les recettes, les systèmes de financement fragmentés et les dépenses élevées prises en charge par les patients (OOP) constituent également des défis importants. Ainsi, en 2005, les OOP au Burundi se sont montées à plus de 70% du THE. Dans la majorité des pays IHP+, les dépenses prises en charge par les patients représentent plus de la moitié du total des dépenses de santé (Figure 6). Cela a des incidences importantes sur la durabilité du financement et expose une part importante de la population à des dépenses de santé catastrophiques, susceptibles d'être dévastatrices, surtout pour les pauvres et les personnes les plus vulnérables en mauvaise santé.⁹

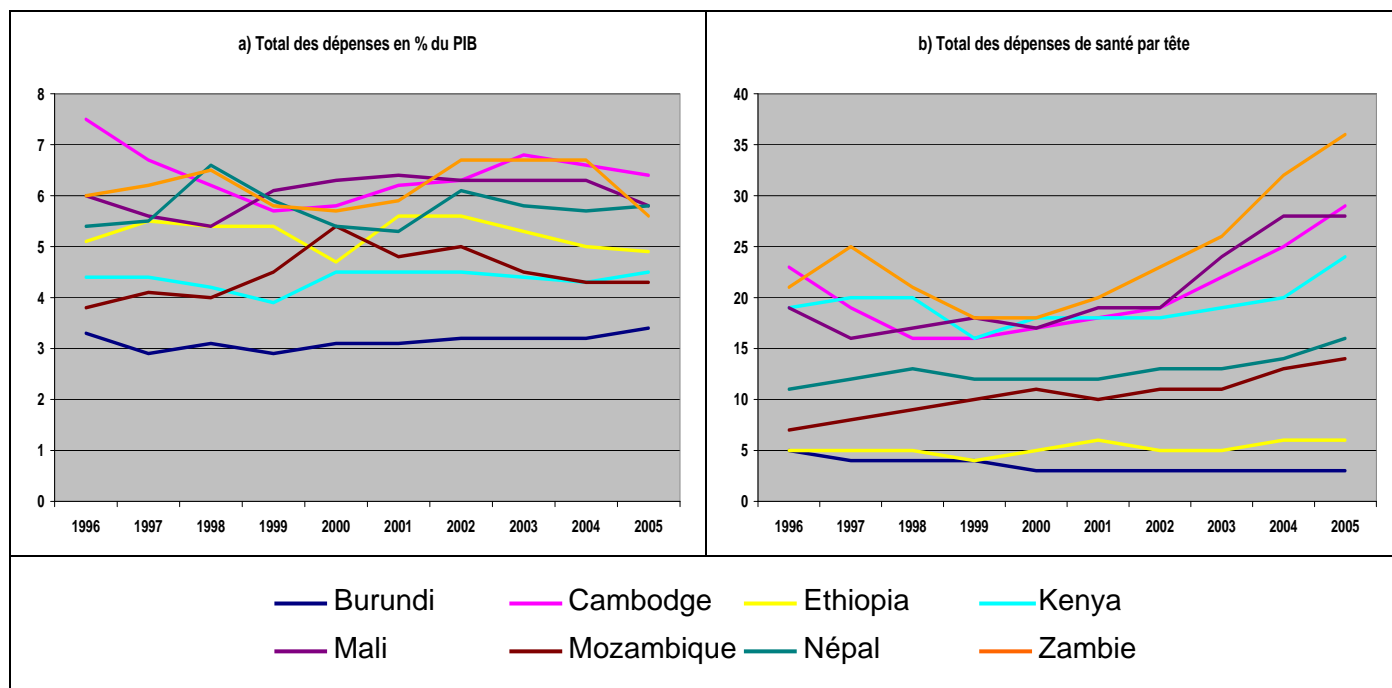
⁸ Macroéconomie et santé: Investir dans la santé pour le développement économique, CMS, 2001.

⁹ L'obligation pour les patients d'assumer certains paiements peut obliger les individus à engager des dépenses de santé catastrophiques. Pour de plus amples renseignements, voir Xu, Ke, et al., "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis." *The Lancet*, v362 (2003).

Figure 5: Total des dépenses de santé dans les pays signataires IHP+, 1996-2005

a) THE en pourcentage du PIB, 1996-2005

b) THE par tête, 1996-2005



Source: Comptes nationaux de la santé, OMS, 28 avril 2008.

Figure 6*:

a) Ressources externes en pourcentage du THE, 2001-2005

b) Ressources du gouvernement en pourcentage du THE, 2001-2005

c) Paiements pris en charge par les patients en pourcentage du THE, 2001-2005

Pays signataires IHP+	a) Ressources externes consacrées à la santé en % du THE					b) Ressources du gouvernement en % du THE					c) Paiements pris en charge par les ménages privés en % du THE				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Burundi	8.3	9.7	11.2	13.0	17.0	21.5	23.0	25.3	26.2	28.6	78.5	77.0	74.7	73.8	71.4
Cambodge	18.6	19.4	28.4	26.7	25.7	29.0	31.9	37.2	29.7	24.2	67.0	63.8	56.5	59.3	60.1
Ethiopie	18.5	10.0	17.0	34.7	37.9	59.9	55.8	55.3	57.0	61.0	32.3	35.9	36.5	35.0	31.4
Kenya	14.9	16.4	15.5	17.5	18.1	45.8	44.0	43.1	44.2	46.6	43.6	44.8	45.5	44.7	42.7
Mali	17.8	14.8	11.7	13.8	15.7	44.9	40.2	44.1	49.2	50.6	55.0	59.6	55.1	50.5	49.7
Mozambique	30.7	37.9	44.7	50.2	66.5	65.8	68.0	64.9	64.3	63.6	13.9	13.0	14.2	14.3	14.7
Népal	13.7	18.5	16.2	17.3	16.4	24.0	29.4	26.1	27.5	28.1	69.2	62.6	66.1	63.9	62.5
Zambie	13.4	26.0	32.0	34.0	40.5	57.0	63.9	61.6	57.5	49.0	31.9	27.8	29.0	30.3	36.5

*Nota bene: Les fonds externes sont répertoriées comme une source de financement. Les récipiendaires sont le gouvernement et le secteur privé. Les fonds gouvernementaux sont répertoriés comme un agent financier qui contrôle les récipiendaires. Les fonds externes et les fonds gouvernementaux ne doivent pas être additionnés puisque cela résulterait à double comptage dans les pays où les fonds extérieurs passent par le gouvernement. Source: Comptes nationaux de la santé, OMS, 28 avril 2008.

Il convient de remédier aux inefficacités de l'aide au développement pour la santé (DAH) et d'engager des ressources supplémentaires, tant au plan national que mondial, afin de réaliser d'importants progrès permettant d'atteindre les OMD liés à la santé, surtout pour l'objectif visé de 2015.

Le changement du paysage en matière de DAH dans un passé récent a provoqué une forte augmentation de la DAH en proportion de l'assistance officielle au développement (AOD) en termes réels en raison de contributions accrues venant de nouvelles sources de financement, notamment des fonds privés et des bailleurs bilatéraux (Figure 7).¹⁰

Cependant, même dans le contexte de l'accroissement de la DAH, de nombreux pays en développement, y compris les huit pays signataires IHP+, ont rencontré de graves contraintes s'opposant à une utilisation efficace et équitable de ces fonds accrus (voir Annexe 3).

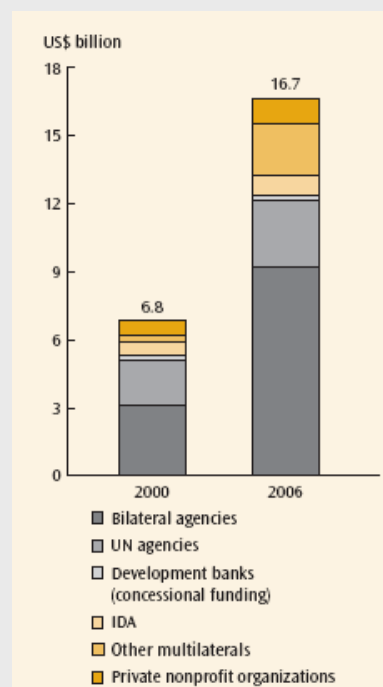
Répartition inéquitable des dépenses

Malgré les lacunes à combler pour atteindre les OMD liés à la santé dans les pays les plus pauvres, les dépenses mondiales de santé restent largement concentrées sur les pays à revenus élevés. La corrélation disproportionnée entre le fardeau mondial des maladies et le financement de la santé est extrême, puisque les pays en développement représentent 90% du fardeau mondial des maladies, mais seulement 12% des dépenses mondiales de santé.¹¹ L'évolution de la demande de services de santé, tant en quantité qu'en nature, aura également d'importantes incidences sur les déficits de financement pour la santé, alors que les pressions sur les coûts ne manqueront pas d'augmenter.¹²

Imprévisibilité de la DAH

L'absence de prévisibilité du financement et les grandes différences entre les engagements des bailleurs et leurs décaissements au niveau des pays génèrent des problèmes de gestion macroéconomique et de planification (Figure 8) dans tous les pays signataires IHP+, bien qu'à des degrés variables. En outre, une part importante de l'aide est hors budget et présente le risque de perturber les priorités du gouvernement. Certains pays, notamment l'Éthiopie et la Zambie, ont réussi à garantir que la majorité de l'assistance externe soit inscrite au budget, mais ce n'est pas le cas d'autres pays tels que le Burundi, ce qui rend difficile l'accroissement des efforts et des ressources pour les services de santé.¹³

Figure 7: Nouvelles sources de la DAH, 2000 et 2006 *



Source: GMR 2008

*Nota bene: uniquement financement par concession. Parmi les autres multilatéraux figurent la Commission européenne, GAVI et GFATM. Les données pour 2006 sont provisoires.

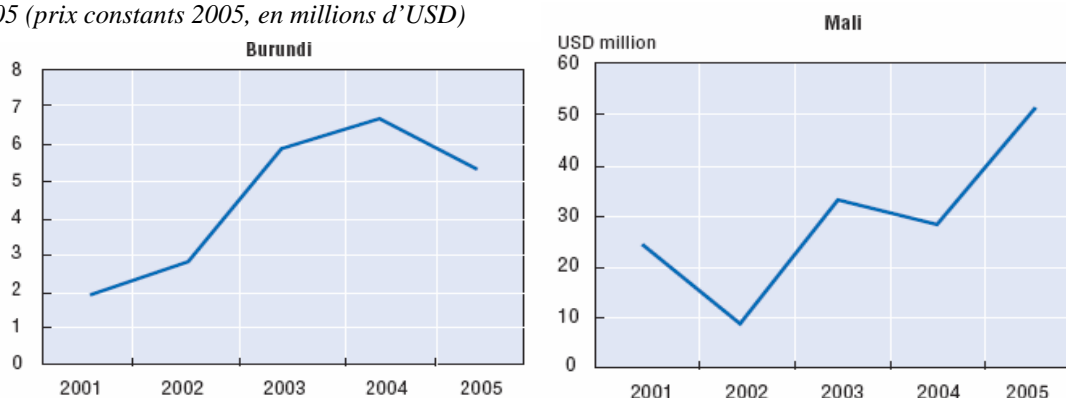
10 Robert Hecht et Raj Shah, "Recent Trends and Innovations in Development Assistance for Health." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2e édition), éd. , 243-258. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-13.

11 Health Financing Revisited. Banque mondiale. 2006.

12 Alors que les pays en développement connaissent une transition sur le plan démographique (fertilité moins élevée, allongement de l'espérance de vie) et sur le plan épidémiologique (fardeau accru dû aux maladies non transmissibles), les tensions pesant sur les systèmes de santé augmenteront probablement.

13 Rapports de bilan par pays.

Figure 8: Volatilité de la DAH, Burundi et Mali – débours des membres CAD dans le secteur de la santé, 2001-2005 (prix constants 2005, en millions d'USD)



Source: Rapport sur la coopération au développement 2007, OCDE 2008

Mauvaise coordination/harmonisation des bailleurs

L'absence de gouvernance mondiale et de cohérence politique, le grand nombre d'acteurs et de bailleurs nouveaux ainsi que la pléthore de 'nouveaux' instruments d'aide (par ex. approches sectorielles, DSRP, CSLP, FRPC, CDMT, etc.) créent des problèmes de gestion et de coordination aux niveaux mondial et national, générant souvent des coûts de transaction élevés et exacerbant les problèmes de capacité d'absorption. Les goulets d'étranglement, comme le montre le rapport de bilan du Burundi, sont généralement une mauvaise infrastructure, la pénurie du personnel de santé, la concentration géographique des travailleurs de santé, la faiblesse des systèmes d'achats et l'absence de gouvernance, qui, tous, réduisent l'aptitude à utiliser l'assistance de manière efficace et effective.¹⁴

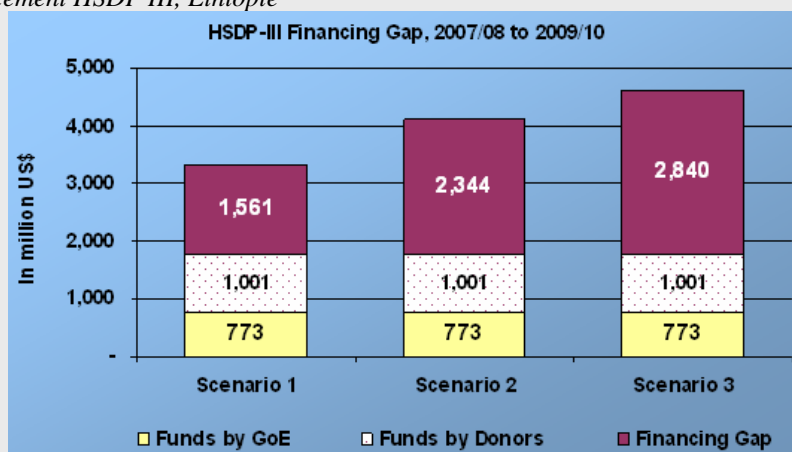
¹⁴ Rapport de bilan du Burundi.

V. Etude de cas: défis de l’Ethiopie pour atteindre les OMD liés à la santé

Sur la base des données de l’OMS, le total des dépenses de santé par tête en Ethiopie était d’environ \$6 en 2005. Ce chiffre était inférieur à la moyenne tant pour l’Afrique sub-saharienne (\$24) que pour l’ensemble des pays à faibles revenus (\$27). Le gouvernement éthiopien est le plus grand fournisseur de services de santé et le principal contributeur à ce secteur avec USD 159 millions ou 61% du total des dépenses de santé. Environ 50% du total du financement de la santé est géré par le gouvernement, et sur cette part, environ 49% est géré par les régions et les districts. Les partenaires de développement apportent une contribution de 37%. Afin de pouvoir atteindre les OMD liés à la santé, la fourniture des services de santé va cependant devoir être notablement étendue, et des interventions à fort impact vont devoir être renforcées.

L’équipe nationale éthiopienne du secteur de la santé a déterminé le coût de trois scénarios possibles pour le financement d’un tel accroissement des efforts et des ressources au titre du plan de développement du secteur de la santé 3 (HSDP III) en fonction de niveaux différents de couverture visée (voir Annexe 4). Sur la base de ces scénarios, il est clair que tout niveau d’accroissement des efforts et des ressources exigerait un engagement accru de la part du gouvernement. Toutefois, puisque les ressources gouvernementales ne peuvent financer à elles seules aucun de ces scénarios, il reste un déficit de financement totalisant USD 1,56 milliards pour le scénario 1; USD 2,34 milliards pour le scénario 2; et USD 2,84 milliards pour le scénario 3 (Figure 9).

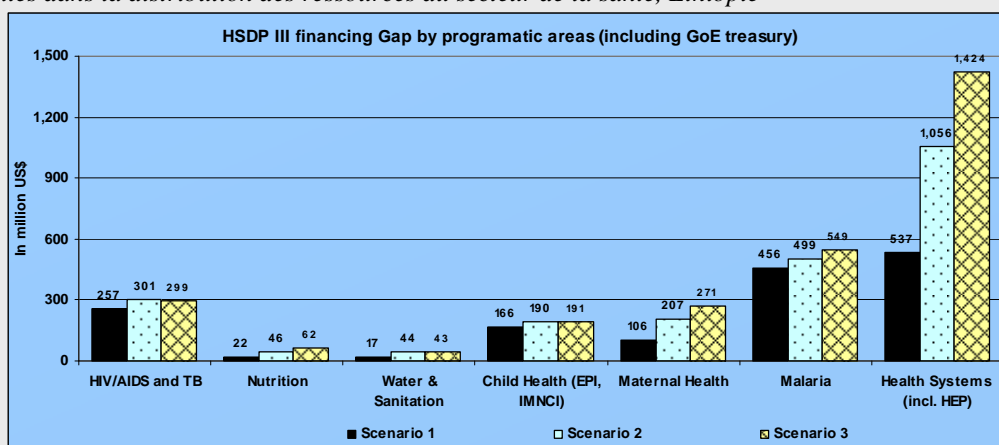
Figure 9: Déficit de financement HSDP III, Ethiopie



Source: *Etat actuel des plans et stratégies de santé en Ethiopie: un rapport de bilan, février 2008*

Certains autres défis s’opposant à l’accroissement des efforts et des ressources pour la fourniture des services de santé et le renforcement des systèmes de santé en Ethiopie existent, notamment eu égard à la gestion des fonds. Alors que le financement s’est accru dans un passé récent, l’essentiel du financement de la santé en Ethiopie s’est concentré sur les programmes de maladies prioritaires. Plus de 60% du financement de la santé est consacré à des activités pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, tandis que les activités de renforcement des systèmes de santé ainsi que la santé maternelle, néonatale et infantile, l’eau et l’assainissement, et les autres activités souffrent d’un déficit de financement extrême (Figure 10).

Figure 10: Inégalités dans la distribution des ressources du secteur de la santé, Ethiopie



Source: *Etat actuel des plans et stratégies de santé en Ethiopie: un rapport de bilan, février 2008*.

Outre l’affectation inéquitable des ressources pour la santé, la coordination insuffisante entre les principaux partenaires de développement a écrasé les équipes nationales sous de nombreux mécanismes de comptabilité, de comptes-rendus, de suivi et d’évaluation des contributions et des résultats. De ce fait, l’accroissement de l’aide pour la santé a provoqué une hausse des coûts de transaction. Bien que l’Ethiopie bénéficie de l’existence du Fonds pour la réalisation des OMD, le regroupement du financement des activités pour la santé n’a pas abouti à une plus grande prévisibilité des fonds avec le temps.

VI. «L'accord de pays»

Les pays signataires IHP+ sont engagés à l'élaboration un «accord des pays» avec les partenaires de développement. Cet «accord des pays» est un engagement signé assorti de critères de performance clairs pour toutes les parties en vue de financer un seul plan de santé national. Le potentiel d'un «accord des pays» est de parvenir au consensus et à l'inclusion de toutes les parties prenantes. Ces accords aboutissent à:

- Un accent accru sur les stratégies et plans nationaux de santé relatifs aux OMD liés à la santé
- Un financement prévisible à long terme pour renforcer les systèmes de santé en vue d'obtenir des résultats
- Une amélioration de l'harmonisation et de l'alignement de l'aide
- Une amélioration de la coordination entre les gouvernements nationaux, les parties prenantes nationales et leurs partenaires de développement
- Un renforcement de la responsabilité mutuelle et de la transparence.

Les engagements sont alignés sur les processus de planification et de budgétisation du pays et les déficits de financement sont abordés par scénario, par le biais d'engagements sur plusieurs années, et par rapport à un calendrier de décaissement. Des lignes directrices¹⁵ pour l'élaboration d'un «accord des pays» ont été mises au point (voir Annexe 5). L'accord repose généralement sur les éléments suivants (dans la mesure du possible):

- UN SEUL plan national de santé
- UN SEUL cadre de résultats
- UNE SEULE matrice politique
- UN SEUL budget
- UN SEUL processus conjoint de suivi et de comptes-rendus
- UN SEUL processus d'évaluation/validation pour le pays.

La mise au point d'un «accord des pays» est un processus interne au pays concerné, faisant appel à des négociations entre le gouvernement et ses parties prenantes, sur la base d'un seul plan national de santé évalué/validé. Ce processus est une étape très importante pour établir la confiance ainsi que des systèmes et méthodes de travail communs; il doit se fonder sur l'implication sans exclusive de tous les partenaires qui souhaitent contribuer à atteindre les résultats au niveau du pays, y compris le secteur privé et la société civile aux niveaux du plaidoyer, des fournisseurs ainsi que du suivi/de la transparence. Le but est d'harmoniser et de rallier les bailleurs autour d'un cadre organisé au plan national et lié à des résultats concrets et mesurables, à des scénarios assortis de coûts pour l'accroissement des efforts et des ressources et au leadership du gouvernement.

VII. Progrès mondial de l'IHP+

Les récents accords politiques et les changements des méthodes de travail attestent des progrès d'un déplacement allant des processus à la mise en œuvre au fur et à mesure que l'IHP+ commence à atteindre ses objectifs. La section ci-dessous présente les premiers développements du travail IHP+ et connexe.

Principales manifestations importantes pour l'IHP+

a) Réunion des équipes nationales de santé (Lusaka, 28 février au 1^{er} mars 2008)

La réunion IHP+ des équipes nationales du secteur de la santé a offert la première occasion d'examiner les progrès réalisés par tous les pays IHP+ et de discuter les progrès et les défis posés

¹⁵ A finaliser d'ici la fin juin 2008.

par le processus IHP+ avec les bailleurs et la société civile. Citons parmi les principaux résultats (i) une meilleure compréhension des «accords des pays», (ii) une entente sur l'importance centrale du renforcement des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, (iii) un engagement à changer la culture, le comportement et les procédures avec les partenaires de développement, (iv) la reconnaissance de la nécessité d'impliquer davantage la société civile, (v) le rôle de l'Harmonisation pour la santé en Afrique afin de fournir assistance technique et développement des capacités en Afrique, et (vi) le suivi de l'avancement au niveau de chaque pays, y compris par un examen d'avancement externe.

b) Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (2-7 mars 2008, Kampala):

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé, une initiative apparentée au plan IHP+, a récemment accueilli le premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé à Kampala, qui a réuni 1500 participants, dont des bailleurs, des experts et plus de 30 Ministres de la Santé, de l'Education et des Finances. Cette réunion a notamment débouché sur la **Déclaration et le programme d'action mondiale de Kampala**. Cette déclaration réclame une action immédiate et soutenue pour faire face à la pénurie critique de travailleurs de santé dans le monde entier, en exposant les démarches essentielles à prendre dans les dix prochaines années afin de remédier à la crise.

c) Conférence internationale sur les soins de santé primaires (28-30 avril 2008, Ouagadougou):

Le soutien politique au renforcement des systèmes de santé gagne un élan accru. Une conférence sur les soins de santé primaires a été accueillie par le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique du 28 au 30 avril à Ouagadougou. Plus de 600 délégués y ont assisté, y compris des représentants du gouvernement du Burkina Faso, de l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Banque mondiale et de la Banque africaine de développement. Dans la Déclaration de Ouagadougou, les délégués ont demandé aux Etats d'Afrique de respecter une précédente promesse d'affecter à la santé 15% de leurs budgets, et ont également demandé aux partenaires de développement de tenir leurs engagements de Monterrey et de Gleneagles.

Examens externes du plan IHP+

Un examen externe du plan IHP+ évaluera les progrès et les performances et encouragera la responsabilité mutuelle des parties prenantes nationales et internationales en évaluant les progrès de l'IHP+, y compris le respect des engagements contractés et les changements des méthodes de travail. Cet examen externe présente deux volets:

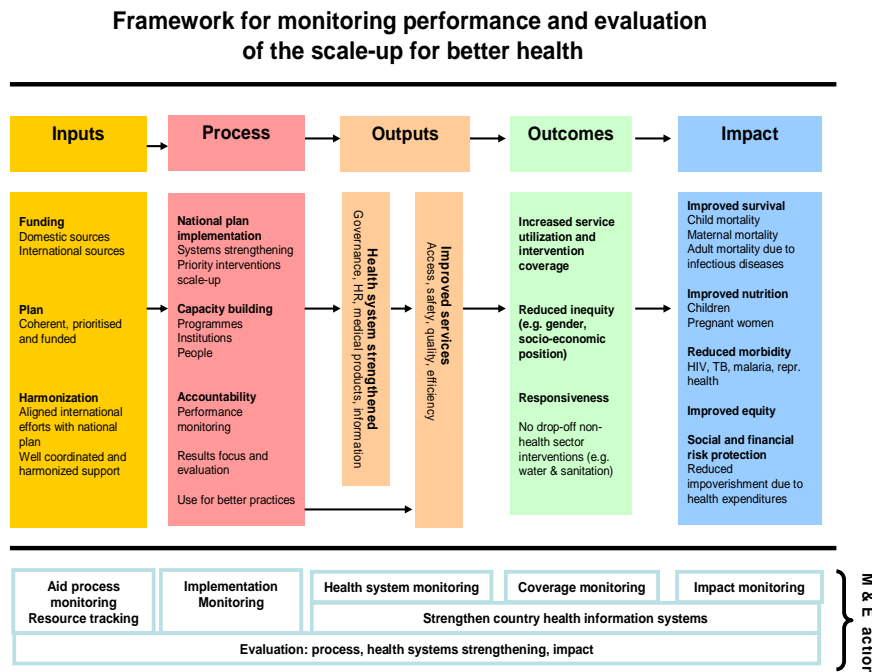
1. Un rapport mondial de suivi et d'évaluation sera rédigé annuellement par un consortium d'institutions nord-sud. Le mandat du consortium et son mécanisme de création seront finalisés dans les semaines qui viennent.
2. Un examen externe unique à court terme sera achevé d'ici septembre 2008 pour les manifestations de haut niveau. Une soumission a été retenue pour effectuer le travail.

Cadre commun de suivi et d'évaluation

Un cadre stratégique commun pour contrôler les performances et évaluer les progrès dans les pays a été élaboré à l'issue de consultations techniques et au niveau national. Ce cadre s'accompagne de six principes : (i) action collective, (ii) alignement sur les processus d'examen nationaux, (iii) renforcement des capacités et de l'information sanitaire dans le pays, (iv) rigueur et recours à des méthodes standards, (v) équilibre entre appropriation par le pays et indépendance, et (vi) investissement d'au moins 5% du budget dans le suivi et l'évaluation. Le cadre stratégique (Figure 11) doit désormais être étudié au niveau des pays et mis en relation avec des cadres d'évaluation axés sur les résultats, par ex. pour la santé maternelle, néonatale et infantile ainsi que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui spécifient les voies par lesquelles des

interventions d'accroissement des efforts et des ressources peuvent affecter les résultats en matière de santé. Le cadre s'appuiera sur les données rassemblées dans le pays, sera lié au processus de planification et de budgétisation et harmonisera les exigences de suivi en diminuant le nombre d'indicateurs. En outre, l'accent sera mis sur l'aide donnée aux pays pour qu'ils renforcent leurs systèmes d'information de gestion en matière de santé.

Figure 11



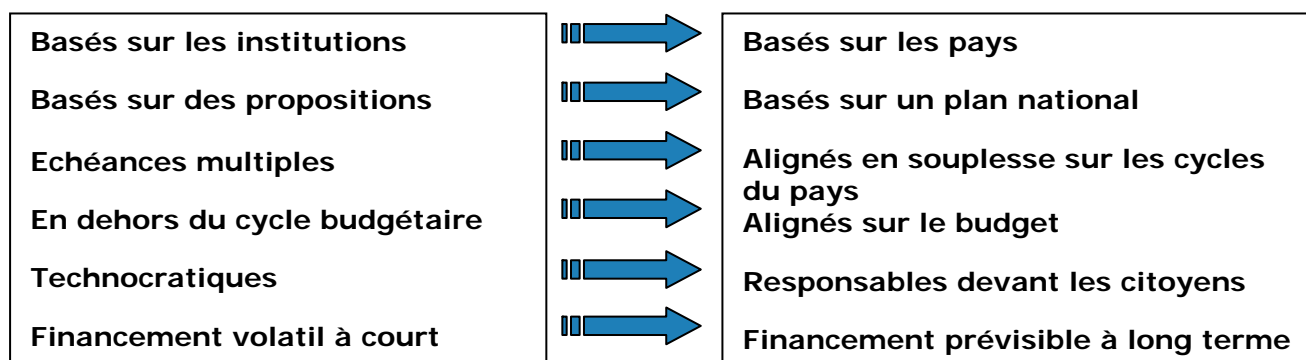
Lignes directrices et élaboration d'un «accord des pays»

Des lignes directrices pour l'élaboration d'un «accord des pays» sont en cours de finalisation compte tenu des progrès réalisés au niveau national. Au moins quatre pays IHP+ prévoient de disposer d'un «accord des pays» achevés en 2008: l'Ethiopie, le Mali, le Cambodge et la Zambie. L'Ethiopie a engagé le processus de consultation portant sur son projet d'accord, et des missions institutionnelles conjointes de haut niveau sont actuellement proposées aux parties prenantes du pays afin d'étudier les implications et les déficits de financement, sur la base de scénarios assortis de coûts, afin d'atteindre les OMD liés à la santé. Les partenaires de développement sont également en train d'être impliqués au niveau mondial pour faire du plaidoyer en faveur de davantage de ressources financières à investir dans la santé des pays disposant d'un accord achevé. Pour de plus amples renseignements sur l'avancement de l'élaboration des accords au niveau des pays, prière de se reporter à l'Annexe 6.

Stratégies, plans et budgets nationaux pour le secteur de la santé

L'effort inter-institutionnel sur les plans nationaux a fait avancer l'engagement pris par les partenaires de développement d'avoir un processus commun d'évaluation/validation par pays afin de guider les investissements dans les plans et stratégies nationaux. Le groupe de travail propose des consultations internes aux pays à partir de la mi-juin afin d'aider à aborder certaines des préoccupations des pays comme des partenaires de développement. Cet effort vise à susciter un changement de paradigme quant à la manière dont les acteurs nationaux et internationaux travaillent ensemble pour obtenir des résultats (Figure 12).

Figure 12: Changement de paradigme pour l'évaluation /la validation des stratégies et plans nationaux pour la santé



Implication de la société civile

A l'heure actuelle, une politique d'implication des organisations de la société civile (OSC) est en cours de finalisation; elle visera à impliquer davantage les OSC dans la politique de santé nationale et la planification en vue de renforcer les systèmes de santé nationaux et de dispenser des services aux groupes vulnérables. Les OSC jouent un rôle clef pour garantir la responsabilité, la transparence et une plus grande coordination et mise en œuvre du travail et des principes de l'IHP+ au niveau des pays.

Santé et efficacité de l'aide

Le groupe de travail inter-institutionnel prépare actuellement le troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui se tiendra à Accra du 2 au 4 septembre 2008. Les efforts inter-institutionnels se concentrent sur deux résultats principaux. Le premier est que l'équipe spéciale sur "la santé en tant que secteur phare" aide à organiser la table ronde 8 sur la santé, l'éducation, l'infrastructure et l'agriculture. Le second résultat important est un rapport plus détaillé sur la santé en tant que secteur phare, qui sera présenté à Accra.

Financement basé sur les résultats

Le but premier de ce groupe de travail sur le financement basé sur les résultats (FBR), composé de bailleurs et d'institutions techniques, est de promouvoir et de disséminer le travail dans les trois domaines suivants : apprendre ce qui fonctionne, être mieux préparé à soutenir la demande du pays, et faire connaître ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Outre le travail noté ci-dessus, deux autres domaines de travail inter-institutionnel seront établis ultérieurement: pour la fourniture des services de santé et pour le financement de la santé et la protection sociale, ce dernier par le biais du plan de travail Assurer la santé (P4H), qui est en cours de mise au point.

VIII. Principaux défis

Pour pouvoir faire avancer l'ambitieux programme IHP+, en particulier au niveau des pays, il convient de s'attaquer à un certain nombre de défis esquissés ci-dessous.

Maintenir le soutien politique: Il est crucial que les bailleurs internationaux comprennent que souscrire à l'IHP+ signifie s'engager en faveur d'un financement prévisible et à long terme du renforcement des systèmes de santé en vue d'obtenir des résultats. Des visites conjointes de haut niveau bien coordonnées et bien préparées dans les pays peuvent également donner des occasions de renforcer les engagements contractés dans les «accords des pays».

Tenir les promesses de combler les déficits de financement: Un effort collectif soutenu de la part de tous les partenaires est requis pour s'engager à accroître les ressources par le biais des canaux existants une fois qu'un «accord des pays» est signé et que les déficits de financement et les goulets d'étranglement sont découverts et mieux compris. De nouveaux canaux de financement ne sont pas requis, mais des augmentations du volume de financement prévisible à long terme sont nécessaires pour les accords achevés liés à des plans et stratégies assortis de coûts et liés aux résultats, renforçant les systèmes de santé et la responsabilité mutuelle pour les parties prenantes nationales et internationales.

Elargissement de l'engagement dans l'IHP+: Les principaux financiers des programmes de santé des pays en développement sont particulièrement importants, car leur engagement dans les «accords des pays» a le potentiel d'améliorer l'efficacité de l'assistance fournie.

Accent sur la pauvreté et adhésion aux engagements relatifs au VIH/SIDA et à la santé génésique: Au moment de passer à un processus plus induit par les pays et conforme aux principes de la déclaration de Paris, les engagements à accroître les services dans les domaines qui ont requis un plaidoyer international considérable, tels que le VIH/SIDA et la santé génésique, ne devraient pas être perdus. En outre, il reste important de s'assurer que les pauvres et les plus vulnérables profitent d'un tel effort.

Annexe 1: Initiatives liées au partenariat international pour la santé (IHP)

L'**Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA)** est un mécanisme de soutien opérationnel et au renforcement des capacités pour les pays et les partenaires de développement destiné à faciliter: (i) la planification sur justificatifs et par pays, l'établissement des coûts et la budgétisation pour les résultats en matière de santé, (ii) l'alignement sur les processus nationaux et (iii) les analyses et le soutien en cas de goulets d'étranglement des systèmes.

L'**Initiative catalytique (IC)** vise à intensifier les efforts pour atteindre les OMD 4 et 5 en renforçant la concentration des plans et budgets nationaux ainsi que la capacité des systèmes dirigés par les pays à fournir des ensembles d'interventions éprouvées, à fort impact et à bon rapport coût-efficacité en matière de santé et de nutrition des enfants et des femmes enceintes. L'IC est un pas concret en direction de l'accroissement des efforts et des ressources pour un ensemble continu de systèmes de soins, de partenariats communautaires et de systèmes de santé afin d'obtenir des résultats.

L'**Initiative Assurer la santé (P4H)** complète d'autres initiatives et activités en travaillant avec les pays pour réduire les contraintes empêchant le renforcement du système de financement de la santé. L'accent est mis sur l'élaboration de plans, stratégies et systèmes nationaux de financement afin d'apporter une meilleure protection de santé et de fournir un soutien technique à long terme, en fonction des besoins. Elle vise à garantir que les fonds nationaux destinés à la santé soient rassemblés d'une manière qui n'impose pas d'obstacles financiers à l'accès et n'entraîne pas une catastrophe financière ni un appauvrissement.

Le **programme de renforcement des systèmes de santé (HSS) de GAVI** aide les pays à surmonter les goulets d'étranglement qui ont souvent une incidence sur d'autres initiatives de soins de santé pour les enfants et les mères. Le mandat du HSS de GAVI vise à aider les pays à surmonter les faiblesses de leur système de santé qui empêchent des augmentations durables de la couverture vaccinale. Bien que n'étant pas endémiques dans tous les pays, ces faiblesses incluent les compétences locales limitées en matière de gestion et de contrôle, les défaillances de l'infrastructure (transports ou équipements), les effectifs des travailleurs ainsi que la motivation et la formation.

Plans stratégiques nationaux du Fonds mondial. Le Conseil d'administration du Fonds mondial a demandé un passage au financement des stratégies nationales existantes qui soit certifié/validé par un mécanisme de contrôle indépendant et assorti d'un minimum d'informations supplémentaires (processus appelé "plans stratégiques nationaux", qui doit commencer en 2009). Le but est d'accroître l'efficacité de l'aide en mobilisant les partenaires autour d'un programme unique commun, de l'élaboration, du financement et de la mise en œuvre de stratégies nationales robustes.

Le **Réseau de métrologie sanitaire** est un partenariat mondial qui s'attaque à l'absence d'informations sanitaires fiables disponibles dans les pays en développement. Ce réseau encourage l'enregistrement civil en tant qu'outil de gestion des dossiers de naissances, de décès et de mariages. Ces statistiques sont précieuses parce qu'elles révèlent l'efficacité d'un système national de santé tout en étant un outil de mesure de l'efficacité des dépenses au titre de l'aide au développement dans le pays.

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé (GHWA) est un partenariat consacré à l'identification et à la mise en œuvre de solutions à la crise de la main d'œuvre dans le secteur de la santé. L'Alliance rassemble divers acteurs parmi lesquels les gouvernements nationaux, la société civile, les institutions financières, les travailleurs, les institutions internationales, les établissements universitaires et les associations professionnelles.

L'Initiative OMD Afrique, lancée par le Secrétaire général des Nations Unies, poursuit trois objectifs majeurs: (i) renforcer les mécanismes internationaux pour soutenir la conception de politiques et mobiliser le financement destiné à la santé, à l'éducation, à l'agriculture et à la sécurité alimentaire, à l'infrastructure et à la facilitation du commerce ainsi qu'aux systèmes statistiques, (ii) améliorer la prévisibilité de l'aide, et (iii) renforcer la coordination du travail conjoint au niveau des pays. L'OMS et l'UNICEF coordonneront le travail du groupe thématique sur la santé, et assureront le lien avec les mécanismes de coordination existants.

Annexe 2: Structure de gestion de l'IHP+ (au 4 avril 2008)

Les équipes inter-institutionnelles du secteur national de la santé sont les composantes *clés* du processus IHP+. Ces équipes varient d'un pays à l'autre, mais sont dirigées par des représentants du gouvernement national (Ministère de la Santé, etc.), et sont composées de partenaires de développement, y compris les membres de l'équipe nationale H8, les bilatéraux, la société civile locale, le secteur privé ou d'autres instances de mise en œuvre au niveau national.

L'équipe inter-institutionnelle dirigeante IHP+, basée à Genève, Washington DC et Brazzaville, est chargée de la coordination au quotidien avec tous les autres organes IHP+, notamment le SuRG, les partenaires de développement et la société civile. L'équipe de Brazzaville coordonne les activités de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique.

Le SuRG supervise les questions de gouvernance et assure le contrôle et l'orientation stratégique du processus IHP+ et de l'équipe dirigeante. Le SuRG comporte deux éléments: le groupe de gestion se compose de représentants du H8 et de la société civile et supervise les affaires ordinaires du plan IHP+, le groupe de pilotage se compose de représentants du H8, des bilatéraux, des multilatéraux et de la société civile, et assure un contrôle plus large ainsi que le retour d'information.

Des groupes de travail thématiques inter-institutionnels ont été créés à titre temporaire dans six domaines stratégiques du processus IHP+:

- Plans nationaux, stratégies
- Suivi et évaluation
- Efficacité de l'aide et santé
- Financement basé sur les résultats
- Fourniture des services de santé (à créer)
- Financement de la santé et protection sociale (en tant qu'initiative P4H)

Il leur incombe de générer le travail de connaissance nécessaire et pertinent pour faciliter une harmonisation et un alignement accrus entre les partenaires de développement et les parties prenantes nationales (y compris la société civile et le secteur privé). Ils n'existeront qu'aussi longtemps que le travail produit sera nécessaire et pertinent pour les objectifs IHP+, en mettant l'accent sur la *valeur ajoutée apportée aux pays*.

Annexe 3: Données IHP+ relatives au financement de la santé par pays, comptes nationaux de la santé

Pays signataire IHP+		Burundi	Cambodge	Ethiopie	Kenya	Mali	Mozambique	Népal	Zambie
Total des dépenses de santé en % du produit intérieur brut	2001	3.1	6.2	5.6	4.5	6.4	4.8	5.3	5.9
	2002	3.2	6.7	5.6	4.5	6.3	5	6.1	6.7
	2003	3.2	7.1	5.3	4.4	6.3	4.5	5.8	6.7
	2004	3.2	6.6	5	4.3	6.3	4.3	5.7	6.7
	2005	3.4	7.3	4.9	4.5	5.8	4.3	5.8	5.6
Dépenses générales du gouvernement en matière de santé en % du total des dépenses de santé ^b	2001	21.5	29	59.9	45.8	44.9	65.8	24	57
	2002	23	30	55.8	44	40.2	68	29.4	63.9
	2003	25.3	35.2	55.3	43.1	44.1	64.9	26.1	61.6
	2004	26.2	29.7	57	44.2	49.2	64.3	27.5	57.5
	2005	28.6	21.2	61	46.6	50.6	63.6	28.1	49
Dépenses de santé des particuliers en % du total des dépenses de santé ^b	2001	78.5	71	40.1	54.2	55.1	34.2	76	43
	2002	77	70	44.2	56	59.8	32	70.6	36.1
	2003	74.7	64.8	44.7	56.9	55.9	35.1	73.9	38.4
	2004	73.8	70.3	43	55.8	50.8	35.7	72.5	42.5
	2005	71.4	78.8	39	53.4	49.4	36.4	71.9	51
Dépenses générales du gouvernement en matière de santé en % du total des dépenses du gouvernement	2001	2.3	10.6	12.8	6.9	13.6	9.9	6.6	10.5
	2002	2.2	10.8	11.1	6.7	10.4	11.4	9.4	13.4
	2003	2.3	14.8	9.2	5.7	12.3	11	8.2	13.2
	2004	2.3	14	10.4	5.8	13	11.3	8.7	12.6
	2005	2.3	12	10.8	6.1	12	12.6	8.4	10.7
Ressources externes pour la santé en % du total des dépenses de santé	2001	16.6	18.7	18.5	15	17.8	30.7	13.7	13.4
	2002	19.5	18.3	10	16.4	14.8	37.9	18.5	26
	2003	22.4	26.8	17	15.5	11.7	44.7	16.2	32
	2004	52	26.7	34.7	17.5	13.8	50.2	17.3	34
	2005	50.9	22.6	37.9	18.1	15.6	66.5	16.4	40.5
Dépenses effectives en % des dépenses de santé des particuliers	2001	100	94.3	80.6	80.5	99.9	40.8	91.1	74.3
	2002	100	94.3	81.3	80	99.6	40.6	88.7	77
	2003	100	90.8	81.6	80	98.6	40.5	89.5	75.5
	2004	100	84.3	81.4	80	99.5	40.2	88.1	71.4
	2005	100	82.6	80.6	80	99.5	40.5	87	71.5
Dépenses totales de santé par tête à un taux de change moyen (US\$)	2001	3	18	6	18	19	10	12	20
	2002	3	21	5	18	19	11	13	23
	2003	3	23	5	19	24	11	13	26
	2004	3	25	6	20	28	13	14	32
	2005	3	33	6	24	28	14	16	36
Total des dépenses de santé à un taux de change moyen (en millions de US\$)	2001	21	236	407	584	193	178	292	215
	2002	20	273	381	597	201	205	331	247
	2003	19	311	395	652	264	216	346	288
	2004	22	349	433	703	313	254	382	362
	2005	27	455	506	853	321	297	431	409

Annexe 4: Résumé des scénarios pour la fixation des coûts, la référence et la couverture visée - Ethiopie

High impact nutrition, health, HIV/AIDS interventions	2006/07	2007/08 - 09/10		
	Baseline	Scenario I	Scenario II	Scenario III
1. HEP - Family/community				
Insecticide treated mosquito net for under five children	65%	68%	76%	84%
Quality of drinking water	36%	50%	67%	67%
Use of sanitary latrine	31%	68%	76%	84%
Hand washing by mothers	30%	68%	76%	84%
Indoor Residual Spraying (IRS)	30%	40%	50%	60%
Clean delivery and essential new born care	2%	38%	55%	61%
Early breastfeeding and temperature management	69%	80%	80%	90%
Exclusive breastfeeding for children 0-6 months	49%	63%	69%	72%
Continued breastfeeding for children 6-11 months	75%	75%	80%	85%
Complementary feeding	34%	63%	69%	72%
Supplementary feeding for moderately malnourished children	20%	34%	50%	62%
Oral Rehydration Therapy	37%	62%	77%	82%
Zinc for diarrhea management		30%	60%	60%
Community-based malaria treatment for children	18%	50%	77%	82%
2. HEP - table and outreach service				
Family Planning	33%	46%	56%	65%
Antenatal Care	12%	37%	53%	68%
Tetanus immunization	49%	75%	90%	90%
Detection and management of syphilis in pregnancy	17%	37%	53%	68%
Prevention and treatment of iron deficiency anemia in pregnancy	52%	80%	90%	90%
PMTCT (testing and counseling, AZT + sd NVP and infant feeding counseling)	5%	31%	57%	70%
Condom Use	59%	70%	70%	70%
Measles immunization	67%	80%	89%	89%
BCG immunization	77%	80%	92%	92%
Post-partum Vitamin A Supplementation	19%	50%	64%	64%
OPV immunization	77%	80%	89%	89%
Pentavalent (DPT-HiB-Hepatitis) immunization	72%	80%	89%	89%
Vitamin A - supplementation	91%	95%	95%	95%

High impact nutrition, health, HIV/AIDS interventions	2006/07	2007/08 - 09/10		
	Baseline	Scenario I	Scenario II	Scenario III
3. Clinical care				
Skilled delivery care	16%	44%	69%	84%
Basic emergency maternal health (B-EOC)	26%	44%	69%	84%
Comprehensive emergency maternal health (C-EONC)	20%	33%	50%	62%
Resuscitation of asphyctic newborns at birth	7%	41%	69%	84%
Antenatal steroids for preterm labour	2%	23%	35%	43%
Antibiotics for Preterm/Prelabour Rupture of Membrane (P/PROM)	3%	41%	69%	84%
Detection and management of (pre)ecclampsia (Mg Sulphate)	15%	41%	69%	84%
Management of neonatal infections at PHC level	2%	23%	69%	84%
Universal emergency neonatal care (asphyxia aftercare, management of serious infections, management of the VLBW infant)	11%	31%	41%	47%
Clinical management of neonatal jaundice	6%	23%	35%	43%
Antibiotics for U5 pneumonia	20%	45%	64%	76%
Antibiotics for diarrhea and enteric fevers	14%	45%	64%	76%
Vitamin A - Treatment for measles	52%	61%	67%	76%
Management of severely sick children (referral IMCI)	4%	23%	35%	43%
Zinc for diarrhea management	9%	45%	64%	76%
Chloroquine for malaria (P.vivax)	14%	25%	32%	36%
Artemisinin-based Combination Therapy for children	18%	51%	75%	91%
Artemisinin-based Combination Therapy for pregnant women	18%	51%	75%	91%
Artemisinin-based Combination Therapy for adults	18%	51%	75%	91%
Management of complicated malaria (2nd line drug)	25%	40%	52%	63%
Antibiotics for opportunistic infections	20%	49%	75%	91%
Male circumcision	92%	92%	94%	94%
ART for children with Aids	26%	74%	91%	95%
ART for pregnant women with AIDS	5%	71%	91%	95%
ART adults with AIDS	41%	79%	94%	95%
Detection and management of first line TB cases	32%	63%	85%	98%
Management of first line ART failures	1%	23%	35%	43%
Other emergency acute care	34%	52%	68%	80%
Management of multidrug resistant TB (MDR)	1%	6%	11%	15%

Annexe 5: Elaboration d'un «accord des pays» – Lignes directrices (projet d'avril 2008, actuellement en cours de révision)

La présente note a pour but de donner des orientations aux pays qui souhaitent élaborer un «accord des pays» OMD avec la communauté internationale des partenaires et des bailleurs. Le but d'un accord pour atteindre les OMD liés à la santé est d'améliorer l'efficacité de l'aide et de fournir un cadre permettant d'accroître l'aide de santé, en remédiant à la fragmentation et à la volatilité et en réduisant les coûts de transaction.

Le but est d'assurer l'harmonisation et de rallier les bailleurs à un processus organisé au plan national et lié à des résultats mesurables, à des scénarios assortis de coûts pour l'accroissement des efforts et des ressources et au leadership du gouvernement. Un «accord des pays» est un nouveau modèle commercial qui s'appuie sur les enseignements tirés des approches sectorielles (SWAP) et sur l'harmonisation, et vise à renforcer l'accent mis sur les résultats des OMD liés à la santé. Un «accord des pays» s'appuie sur le travail et les mécanismes qui existent déjà dans le pays et engage les partenaires de développement et les gouvernements à atteindre des résultats concrets et vérifiables sur la base d'une responsabilité mutuelle et de critères de référence. Il engage également les partenaires de développement et les gouvernements à soutenir un seul plan de santé national axé sur les résultats et assorti de coûts d'une manière harmonisée et en assurant le financement prévisible à long terme à partir de sources nationales aussi bien qu'internationales.

Un «accord des pays» est un contrat¹⁶ signé par le gouvernement et par les partenaires de développement, qui comporte des critères de référence clairs pour les performances des partenaires de développement et du gouvernement par rapport à leur engagement de financer un plan de santé national unique. Les engagements sont alignés sur la planification et la budgétisation nationales, et consolidés en un seul processus de planification budgétaire. Les déficits de financement sont abordés par des scénarios, par le biais d'engagements sur plusieurs années, assortis d'un calendrier de décaissements afin de réduire la volatilité, intégrés dans des cadres nationaux macro, avec des calendriers conjoints, une cartographie claire des bailleurs, des déficits de financement, des matrices conjointes présentant les jalons politiques et les résultats, un échancier de planification et de budgétisation et un processus conjoint d'évaluation/validation. Les critères de référence seront suivis et évalués de manière ouverte et transparente.

L'aspect le plus important d'un «accord des pays» est son processus d'élaboration dans le pays, qui passe par l'établissement de la confiance ainsi que la mise au point de systèmes et de méthodes de travail communs. Ce processus n'exclut personne, mais doit au contraire être considéré comme l'implication, sans exclusive, de tous les partenaires qui souhaitent contribuer à l'obtention de résultats au niveau du pays. Il est important que toutes les parties prenantes soient impliquées dans le processus (y compris le secteur privé et la société civile aux niveaux du plaidoyer, des fournisseurs et du contrôle/de la transparence).

Les lignes directrices pour parvenir à un accord, bien qu'importantes et utiles, ne doivent pas être considérées comme des exigences rigoureuses et intangibles. Un «accord des pays» peut se présenter sous différentes formes selon les circonstances locales et les accords existants, mais certains grands éléments sont néanmoins considérés comme essentiels:

¹⁶ sans valeur juridique contraignante.

- a. **UN SEUL plan national de santé** qui inclut l'accroissement des efforts et des ressources pour les OMD liés à la santé, la nutrition, la santé maternelle, néonatale et infantile, le paludisme, la tuberculose et le VIH (OMD 1, 4, 5 et 6). Ce plan doit être intégré aux autres processus de planification, tels que les plans multi-sectoriels pour le SIDA, ainsi qu'au cadre macro-économique du pays.
- b. **UN SEUL cadre de résultats** servant de base au suivi du plan et d'un «accord des pays». Ce cadre de résultats devra être mis en relation avec le plan et le budget, et inclure des processus de collecte de données et d'évaluation /validation. Il spécifiera clairement les résultats quantifiés (résultats/production), les objectifs et les indicateurs qui peuvent être utilisés pour attester des progrès en vue de la réalisation des cibles nationales de santé et des OMD liés à la santé. Il identifiera et éliminera également les goulets d'étranglements existants ou potentiels, par exemple eu égard aux ressources humaines pour la santé, afin d'atteindre les résultats souhaités.
- c. **UNE SEULE matrice politique** résumant les principaux jalons d'analyse, de politique et de mise en œuvre requis pour que le plan soit mis en œuvre avec succès. Cette matrice politique inclura également un plan d'intégration des "sous-plans ou stratégies," par ex. pour des maladies spécifiques, dans le plan de santé global du pays.¹⁷
- d. **UN SEUL budget** servant de base au financement. Tout le financement externe sera harmonisé avec le cycle budgétaire du pays. Cela ne signifie pas que tout le financement doit prendre la forme d'un soutien budgétaire (voir point j), mais que les bailleurs qui, traditionnellement, ne contribuent pas à des mécanismes de financement communs affecteront des ressources en fonction de domaines prioritaires et d'échéanciers décrits dans le plan et le budget national de la santé.
- e. **UN SEUL processus mutuel de suivi et de comptes-rendus** partagé par toutes les parties et servant de base à la responsabilité des parties prenantes nationales et internationales.
- f. **UN SEUL processus d'évaluation/validation national pour le plan de santé du pays** incluant les principales parties prenantes et établissant la responsabilité devant les citoyens, de préférence intégré à l'examen annuel conjoint du secteur de la santé
- g. Dans certains cas, UN SEUL cadre fiduciaire avec une procédure commune d'achats et de gestion financière devant être alignée sur les systèmes du pays.
- h. **Des critères de référence pour la performance du gouvernement**, incluant
 - i. Des cibles de résultats mesurables pour les interventions à fort impact contribuant aux OMD liés à la santé;
 - ii. Des scénarios assortis de coûts pour l'accroissement des efforts et des ressources (au moins trois scénarios: basés sur les besoins, les ressources et les résultats) et un budget échelonné identifiant le déficit de financement;
 - iii. Des engagements de la part du gouvernement quant aux affectations de soutien à la santé au budget intérieur et au budget général
- i. **Des critères de référence pour la performance des partenaires de développement**
 - i. Niveau des fonds des partenaires requis pour combler le déficit de financement conformément au scénario convenu. Cet engagement doit être conforme au cadre de dépenses à moyen terme. Les fonds devront être promis au moment de la signature de l'accord.
 - ii. Une entente claire de la part de tous les partenaires sur un échéancier de déblocage des fonds lié à un calendrier pour le MTEF et le plan national

¹⁷ Le soutien financier d'un sous-plan ou d'une stratégie serait possible par le biais de diverses modalités d'aide (voir j).

- iii. Un engagement à s'aligner sur le processus de planification et de budgétisation du pays
- iv. Un engagement à s'aligner sur le processus commun de suivi et de comptes-rendus
- j. **Accord sur les modalités de l'aide.** Les modalités de l'aide doivent être convenues avec l'institution nationale compétente (Parlement, Cabinet, Ministère des Finances, etc.) conformément à la politique d'aide du gouvernement (par ex. soutien budgétaire, fonds de ressources communes, financement de projets, financement des acteurs non étatiques, etc.) et aux politiques des partenaires de développement.
- k. **Processus de résolution des différends et en cas de non-exécution.** Un processus clair pour traiter la non-exécution et résoudre les cas de différends et de conflits doit être mis en place.

Il est proposé que le processus ci-après aboutisse à l'achèvement (signature) d'un «accord des pays», étant entendu que tous les pays se trouvent à des stades différents de ce processus.

- a. Les pays élaborent les éléments essentiels sous-tendant l'accord: plan national, scénarios de coûts, matrice de politique, cartographie des bailleurs, identification du déficit de financement, cadre de résultats, modalités de l'aide, examen conjoint et processus d'évaluation /validation
- b. Les équipes nationales élaborent et finalisent le projet d'accord, compte tenu de la situation spécifique du pays.
- c. L'équipe nationale convient d'un processus/mécanisme pour atteindre, au niveau national, un consensus sur un «accord des pays» qui soit acceptable pour toutes les parties prenantes.
- d. Le cas échéant, une table ronde de haut niveau est organisée avec toutes les parties prenantes du pays. Cette table ronde peut inclure par exemple des membres du cabinet et des députés, des représentants de haut niveau des bailleurs, des représentants des citoyens, etc.
- e. Un «accord des pays» est signé et mis en œuvre
- f. Le respect de l'accord fait l'objet d'un examen annuel conjoint.

Pour accroître l'efficacité de l'aide, renforcer la fourniture des services de santé et améliorer les résultats et la production en matière de santé, il faut une implication active de tous les partenaires de développement concernés, en particulier de ceux qui connaissent les plus pauvres et les plus vulnérables et qui y ont accès. Il est important que ces partenaires de développement, y compris la société civile et le secteur privé, soient activement impliqués dans tous les aspects des processus IHP+, y compris l'élaboration, l'application et le suivi du «accord des pays». Au niveau mondial, la société civile fournit déjà une contribution précieuse et aide à perfectionner et à améliorer les modalités requises pour s'engager dans le processus IHP+ et le guider. Au niveau national, les équipes du secteur de la santé du pays doivent renforcer l'engagement des principales parties prenantes telles que la société civile et le secteur privé dans l'ensemble du processus IHP+.

Annexe 6: Avancement des pays IHP+ quant à l'élaboration d'un «accord des pays»

Le Burundi et les partenaires de développement ont signé un mémorandum d'accord (MoU), première étape dans le cadre du plan IHP+. Le Burundi est également en train de mettre la dernière main à un cadre de dépenses à moyen terme (MTEF), envisage de mettre en place un système de comptes nationaux de la santé, et travaille à l'élaboration d'un programme approfondi pour le processus des approches sectorielles (SWAp) comprenant des stratégies pour la communication et la mobilisation des ressources.

Le Cambodge a achevé l'examen de son plan stratégique pour 2003-08 et envisage de lancer son plan stratégique 2008-2015 pour le secteur de la santé au milieu du mois d'avril 2008. Ce plan stratégique pour le secteur de la santé reflète le plan de développement stratégique national du pays et inclut des OMD assortis d'un calendrier pour le Cambodge. Les scénarios de détermination des coûts pour les plans budgétaires sont actuellement en cours d'élaboration. Le plan IHP+ est dans l'esprit du plan d'action du gouvernement royal du Cambodge sur l'harmonisation et l'alignement. Des actions immédiates sur la possibilité de mettre au point un «accord des pays» sont en discussion entre les partenaires.

L'Ethiopie a diffusé pour commentaire un premier projet d'un «accord des pays» qui repose sur des scénarios de coûts et sur un premier processus conjoint d'évaluation/validation. Un calendrier correspondant en vue de son achèvement d'ici octobre 2008 sera clarifié. L'Ethiopie est actuellement en train de mettre en œuvre la troisième phase de son programme de développement du secteur de la santé (HSDP III), qui sert de plan national et de cadre directeur approfondi pour le secteur. Les principaux objectifs du HSDP III sont l'amélioration de la santé maternelle, la réduction de la mortalité infantile et la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies dans le but ultime d'atteindre les OMD et d'améliorer le statut de santé des Ethiopiens. L'Ethiopie envisage de réaliser un examen à mi-parcours du HSDP III au milieu de 2008 parallèlement à un exercice de cartographie des ressources et à un MTEF. Une proposition de fonds IHP+ a été approuvée.

Kenya: Au milieu des perturbations provoquées par les récentes élections, le Kenya est en train de mettre la dernière touche à un projet de feuille de route menant à un «accord des pays», ainsi qu'à un MTEF pour 2008-2010. Pour le Kenya, la valeur ajoutée du plan IHP+ a trait au dégagement de priorités ainsi qu'à l'accélération des interventions destinées à accroître les efforts et les ressources en matière de santé ainsi que le Plan stratégique II du secteur national de la santé. L'«accord des pays» sera le code de conduite, qui contient de nombreux éléments d'un accord IHP.

Le Mali a élaboré un calendrier pour la préparation de son accord IHP. Quatre grandes activités ont été identifiées: (i) créer un cadre commun de dialogue d'ici le 30 avril 2008, (ii) préparer un document contenant une matrice de stratégies, d'objectifs et de résultats d'ici le 30 avril 2008, (iii) réviser le MTEF de la santé d'ici le 31 mai 2008, et (iv) faire approuver le MTEF par le Ministère des Finances d'ici le 15 juillet 2008.

Le Mozambique dispose d'un plan stratégique pour le secteur de la santé pour 2007-12, qui est axé sur les résultats, ainsi que d'une approche sectorielle, d'un plan annuel d'exploitation, d'un cadre d'évaluation des performances, d'un mémorandum d'accord, et d'un mécanisme d'examen conjoint annuel qui est aligné sur les examens du gouvernement. Le gouvernement et les partenaires envisagent d'élaborer une feuille de route basée sur l'évaluation des besoins des

OMD avec des scénarios de ressources, et une analyse des goulets d'étranglement devrait être entreprise en 2008 ; le Mozambique envisage d'avoir un pacte en 2008 et un MTEF achevé d'ici juillet 2009. Une proposition de fonds IHP+ a été approuvée.

Le Népal met en œuvre une approche sectorielle depuis 2004. Un nouveau code de conduite a été rédigé et un groupe de travail a été constitué pour finaliser ce code et/ou un nouvel accord IHP à la lumière des engagements IHP+. Le forum mensuel régulier des partenaires de la santé discute des indicateurs et des progrès en direction d'un accord, et élabore une feuille de route assortie d'indicateurs. Une feuille de route pour l'assistance technique au titre du plan IHP+ a été soumise récemment, et une proposition de fonds IHP+ a été approuvée.

La révision par **la Zambie** de son mémorandum d'accord/accord IHP et de ses scénarios de coûts est en train de progresser par le biais de l'Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA). Le but est de finaliser et de signer le mémorandum d'accord/accord IHP révisé avant la fin de l'examen à mi-parcours en juillet/août 2008.

Annexe 7: Prochaines manifestations de haut niveau pertinentes pour l'IHP+

Date	Manifestation	Détails
MAI		
7 mai 2008	Protection de santé sociale dans les pays en développement: qui va payer?	Paris, France
8-9 mai 2008	Réunion des anciens	Carter Center, Atlanta, Géorgie
20, 22, 23 mai 2008	Assemblée Mondiale de la Santé	Cérémonie de signature pour les nouveaux signataires de l'accord mondial le 20 mai IHP+ briefing technique sur l'IHP+ le 22 mai
23 mai 2008	Forum de la société civile IHP+	Consultation avec les OSC 'du nord et du sud' sur le plan IHP+
28-30 mai 2008	Quatrième Conférence internationale de Tokyo pour le développement de l'Afrique (TICAD IV)	Quatrième Conférence internationale de Tokyo pour le développement de l'Afrique (TICAD IV), Yokohama, Japon
JUILLET		
7 -9 juillet 2008	Sommet du G8	Sommet du G8 à Hokkaido, Japon. Offre l'occasion pour les institutions qui soutiennent le plan IHP+ de diffuser un message commun sur les approches internationales destinées à relever les défis mondiaux de la santé.
SEPTEMBRE		
2-4 septembre 2008	Forum de haut niveau OCDE/CAD sur l'efficacité de l'aide (HFL3) - Accra	L'équipe spéciale sur "la santé en tant que secteur phare" contribue à l'organisation de la table ronde 8 sur la santé, l'éducation, l'infrastructure et l'agriculture, qui sera co-présidée par Anders Nordstrom (Suède) et Ricardo Arias (Honduras); un rapport plus détaillé sur la santé en tant que secteur phare sera également présenté.
25 septembre 2008	Réunion de haut niveau sur les OMD à l'ONU	New York
Octobre 2008 (à confirmer)	Examen d'avancement au niveau ministériel	Examen du plan IHP+ après un an

Pour de plus amples informations sur le partenariat international pour la santé (IHP), prière de contacter:

Robert Fryatt

Senior Advisor
Systèmes et services de santé

**Organisation Mondiale
de la Santé**

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Suisse

Tel: +41 22 791 2743
Mobile: +41 79 202 1837
Fax: +41 22 791 4881

Email: fryattr@who.int
<http://www.who.int>

Nicole Klingen

Senior Health Specialist
Réseau Développement
humain

Banque Mondiale

1818 H Street N.W.
Washington DC 20433
Etats-Unis

Tel: +1 202 458 7413
Mobile: +1 202 460 0157
Fax: +1 202 614 0148

Email: nklingen@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>

Chris Mwikisa

Directeur
Harmonisation for Health
in Africa

**Organisation Mondiale
de la Santé**

Regional Office for Africa
PO Box 06 Brazzaville
Congo

Tel: +47 241 39100
Mobile: +41 79 516 3135
Fax: +47 241 39503

Email: mwikisac@who.int
<http://www.afro.who.int>

Rudolph Knippenberg

Senior Health Advisor

**Fonds des Nations Unies pour
l'enfance (UNICEF)**

UNICEF House
3 United Nations Plaza 10017
Etats-Unis

Tel: +1 212 326 7000
Mobile: +1 917 605 1524
Fax: +1 212 887 7465

Email: rknippenberg@unicef.org
<http://www.unicef.org>