

Partenariat international pour la santé
et initiatives connexes

Examen ministériel
Genève, 4-5 février

TABLE DES MATIERES

I	Pacte mondial	3
II	Vue d'ensemble	6
III	Récapitulatif par pays	9
	- Burundi	
	- Cambodge	
	- Ethiopie	
	- Kenya	
	- Madagascar	
	- Mali	
	- Mozambique	
	- Nigéria	
	- Népal	
	- Zambie	
IV	Examens externes de l'IHP+	19
V	Implication de la société civile	21
VI	Groupes de travail interinstitutions	22
	- Groupe de travail interinstitutions sur le calcul des coûts des OMD	
	- GT interinstitutions sur les politiques, stratégies et plans au niveau national	
	- Groupe de travail interinstitutions sur le financement basé sur les résultats	
	- Groupe de travail interinstitutions sur le suivi et l'évaluation	
VII	Taskforce de haut niveau sur le financement innovant des systèmes de santé	26

NOUS NOUS ENGAGEONS COLLECTIVEMENT:

- A travailler ensemble de manière plus efficace à l'amélioration des soins de santé et des résultats en matière de santé dans les pays à faibles et à moyens revenus.

Sous la houlette des gouvernements nationaux agissant avec leur société civile, nous nous attaquerons aux défis auxquels se heurtent les systèmes de santé nationaux, en particulier la nécessité de disposer de travailleurs de santé en nombre suffisant, dûment formés, présents au bon endroit et possédant la motivation, les aptitudes, les équipements, les produits et les médicaments nécessaires pour leur travail.

- A nous appuyer sur les systèmes existants au niveau national pour la planification, la coordination, la fourniture et la gestion du secteur de la santé, et à les utiliser dans le cadre de développement national pour atteindre les résultats liés aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).
- A assumer la responsabilité de la mise en œuvre du présent pacte.

NOUS, ORGANISMES DONATEURS ET DONATEURS BILATERAUX, NOUS ENGAGEONS:

- A accepter les politiques et plans de santé nationaux en tant que base pour assurer le financement et éviter l'introduction de nouveaux plans ou projets manquant de cohérence avec les plans et priorités de santé nationaux.
- A accepter et à utiliser des procédures communes pour soutenir les plans de santé nationaux au niveau des pays. Cela inclut a) une approche commune de l'examen des plans de santé nationaux et des arrangements de gestion du secteur afin de réduire autant que possible le besoin d'autres évaluations, b) un accord avec les gouvernements sur les sources et les montants de financement pour le plan de santé, c) une utilisation accrue de mécanismes communs pour la gestion et la responsabilité des fonds, les rapports d'avancement et l'examen des performances.
- A contribuer au financement des plans de santé nationaux qui touchent l'ensemble du système de santé – y compris les secteurs publics et non étatiques. Le financement peut être destiné à des aspects spécifiques du plan, mais dans la mesure du possible, nous accorderons un soutien flexible au plan, en conformité avec nos politiques et directives de financement respectives. Cela inclut le fait de financer des services non gouvernementaux, soit directement, soit par le truchement du gouvernement, ainsi que de combler des déficits de financement critiques.
- A réexaminer nos politiques et procédures au niveau mondial afin de mieux permettre un soutien coordonné et à long terme au niveau de chaque pays, y

compris le soutien aux plans nationaux, l'utilisation flexible des fonds et l'application d'un mécanisme commun d'évaluation, de financement et de compte-rendu.

- A travailler pour garantir que les approches axées sur des maladies ou des populations spécifiques et les approches destinées à un large renforcement du système de santé se renforcent mutuellement. Cela peut inclure la révision des programmes existants de santé et axés sur des maladies spécifiques en vue de tirer un meilleur parti de ce soutien.
- A tester et à évaluer les manières de lier notre soutien à l'obtention de résultats au niveau du pays, y compris le succès au renforcement des systèmes de santé.
- A veiller à ce que notre personnel fasse de cet objectif une priorité, possède des incitations et soit responsabilisé afin de travailler de manière coordonnée au niveau de chaque pays.
- A rendre des comptes sur la fourniture du financement et du soutien technique que nous engageons pour la santé. Nous ferons rapport chaque année de nos performances au niveau de chaque pays et au niveau mondial.

NOUS, LES GOUVERNEMENTS, NOUS ENGAGEONS:

- A utiliser nos plans de santé nationaux, qui sont intégrés dans nos cadres globaux de développement, pour guider le développement du système de santé et l'utilisation des ressources dans ce secteur. Des plans de santé exhaustifs incorporeront des programmes prioritaires tels que la vaccination, la tuberculose, le paludisme, la santé génésique et les éléments de santé des plans multisectoriels sur le VIH/SIDA.
- Lorsque le moment sera venu d'actualiser nos plans de santé, nous travaillerons avec les parties prenantes nationales et les institutions internationales en vue d'élaborer une vision commune pour le secteur de la santé, et d'identifier des objectifs et des budgets qui reflètent cette vision.
- A engager et à impliquer nos citoyens et la société civile afin qu'ils sachent à quoi s'attendre et puissent faire connaître leurs réactions aux performances.
- A mettre en œuvre nos plans de santé de manière aussi efficace que possible, par le biais de systèmes de santé et de gestion financière plus forts, en luttant contre l'utilisation impropre des ressources, et en travaillant avec les organisations non gouvernementales.
- A travailler pour garantir un financement public accru des soins de santé et à développer un mécanisme amélioré de financement de la santé y compris la mise en commun des risques sur la base de la couverture universelle afin d'accroître

l'accès des pauvres et des plus vulnérables et d'assurer une protection contre les dépenses de santé excessives, dans les limites de notre stratégie budgétaire nationale et de nos contraintes macroéconomiques.

- A être responsables envers nos citoyens et à faire rapport à nos bailleurs de fonds des progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs et de déboursier les montants budgétisés dans le plan.

NOUS, LES AUTRES BAILLEURS DE FONDS, NOUS ENGAGEONS

- A utiliser notre soutien pour encourager une approche de coordination multilatérale visant à renforcer les systèmes de santé en fonction des plans nationaux.
- A charger les organisations recevant un soutien – et nous-mêmes – de mesurer l'impact et d'orienter le financement vers les réussites avérées.
- A continuer à investir dans l'apprentissage et l'évaluation afin de garantir les meilleures connexions possibles entre notre soutien et l'obtention de résultats au niveau du pays.

Vue d'ensemble des progrès réalisés depuis le lancement de l'IHP+

Cadre de résultats commun du secteur de la santé IHP+ (février 2008): Le premier groupe interinstitutions à être constitué au titre du IHP+ a créé un cadre commun pour contrôler les secteurs de la santé ainsi qu'un ensemble commun de principes pour faire avancer les choses conformément à la Déclaration de Paris. Cela s'est fait sur l'ensemble des institutions internationales de la santé, des initiatives internationales et des pays.

Pacte pour l'Ethiopie et le Mozambique (août - septembre 2008). Le premier pacte IHP+ a été signé fin août en Ethiopie, en liaison avec la mise en œuvre de la troisième phase du Plan national stratégique pour la santé. Les partenaires ont signé le pacte au Mozambique en septembre 2008.

Mission mondiale interinstitutions en Ethiopie (novembre 2008): Par crainte que de nombreux partenaires dans le pays ne soient pas en mesure de respecter les engagements pris dans le pacte sans le soutien du siège central, une mission de partenaires mondiaux du IHP+ a été demandée par le gouvernement de l'Ethiopie afin d'étudier les mesures mondiales à prendre. Une mission similaire sera envoyée au Mozambique en mi-2009.

Annonce par le Royaume-Uni du déblocage de 500 millions de Livres Sterling pour les pays engagés dans l'IHP+ (septembre 2008): En septembre, le Premier Ministre Gordon Brown a saisi l'occasion de la manifestation d'appel des Nations Unies à l'action pour les OMD pour annoncer ces nouvelles ressources destinées à huit pays engagés dans l'IHP+, à débloquent une fois que les pactes seront achevés.

Extension de l'engagement dans l'IHP+:

- Durant l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2008, de *nouveaux signataires* ont rejoint l'IHP+: la Suède, l'Australie, la Finlande, le Nigeria et Madagascar, ce qui porte à trente neuf le nombre total de partenaires.
- En octobre 2008, les *Etats-Unis ont annoncé leur soutien à l'IHP+* par le biais d'une lettre conjointe publiée par les responsables du PEPFAR et d'USAID. Le PEPFAR s'est déjà engagé à fournir USD 2 milliards sur 5 ans aux stratégies nationales pour les personnels de la santé dans quatre pays impliqués dans l'IHP+, le Mozambique, l'Ethiopie, le Kenya et la Zambie. USAID est pleinement impliqué dans de nombreux pays, et, au niveau mondial, vient désormais de rejoindre le groupe de référence SuRG de l'IHP+.

Accord transinstitutions sur l'implication des organisations de la société civile (OSC) dans le pays (août 2008): Par crainte que la société civile ne soit pas dûment impliquée dans bon nombre d'exercices de planification de santé nationaux ni dans l'élaboration des pactes, le groupe de référence de l'IHP+ (groupe de référence sur l'accroissement des efforts et des ressources pour la santé - SuRG) a adopté une note de principe et un plan détaillé pour renforcer l'engagement des OSC dans les exercices de planification de santé nationaux. Ce plan est désormais en cours d'application, la surveillance générale étant assurée par les représentants de la société civile élus pour participer au SuRG.

Annonces du Groupe de travail sur le financement international innovant des systèmes de santé par le Premier Ministre britannique Gordon Brown, le Premier Ministre norvégien Jens Stoltenberg, la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Margaret Chan, et le Président de la Banque mondiale (BM) Robert Zoellick (septembre 2008) Autres membres de la Taskforce sont: Tedros Adhanom Ghebreyesus (Ministre de Santé, Ethiopie), Bernard Kouchner (Ministre des Affaires Etrangères, France), Giulio Tremonti (Ministre des Finances, Italy), Heidemarie Wieczorek-Zeul (Ministre de Développement, Germany), and Stephen Smith (Foreign Minister des Affaires Etrangères, Australia). Le groupe de travail a été créé pour répondre à l'insuffisance des arrangements existants avec les donateurs pour combler les déficits de financement dans les plans de santé nationaux afin d'accroître les efforts et les ressources des services pour atteindre les OMD liés à la santé. Une inquiétude particulière portait sur les OMD liés à la santé n'enregistrant pas de progrès particuliers, en particulier les OMD 1c, 4 et 5, qui exigent tous un bon fonctionnement du système de santé et un accent sur la santé primaire pour que des progrès puissent être faits.

Annonce par la Banque mondiale de centres pour les systèmes de santé en Afrique (septembre 08). A la réunion de New York, Robert Zoellick a également annoncé la création de centres d'expertise de la Banque mondiale à Dakar et à Nairobi afin de renforcer le travail des partenaires impliqués dans l'initiative Harmonisation pour la santé¹ en Afrique. Cette initiative vise à fournir une aide technique de qualité aux gouvernements nationaux pour l'élaboration de plans assortis de coûts et basés sur les résultats afin d'atteindre les OMD liés à la santé.

Mémorandum d'accord entre la Banque mondiale et les Nations Unies (ONU) sur l'harmonisation de la politique en matière d'achats (mai 2008). Divers pays ont reçu les produits de santé avec retard, en raison d'incohérences dans les politiques d'achats entre la Banque mondiale et diverses institutions des Nations Unies (en particulier l'UNICEF et le FNUAP). Suite à l'engagement pris par des hauts responsables de la BM et de l'ONU, un mémorandum d'accord a été conclu afin d'éviter des problèmes dans ce domaine à l'avenir.

Achèvement du mécanisme commun de validation/évaluation pour les plans et stratégies nationaux de santé: Le groupe interinstitutions travaillant sur un processus de validation commun pour les plans de santé nationaux a élaboré un ensemble commun d'attributs et un outil pour effectuer la validation. Après consultation des pays, le processus commun de validation à l'intérieur des pays sera mis en place à titre pilote en 2009. Cela permettra aux donateurs d'harmoniser leurs procédures d'acceptation à soutenir les plans nationaux – y compris le Fonds mondial et l'Alliance GAVI, qui ont tous les deux accepté d'élaborer de nouveaux modèles commerciaux sur la base des mécanismes de l'IHP+.

Achèvement du premier examen externe de l'IHP+ (août 2008): Comme convenu dans le pacte mondial initial, il sera procédé à des examens annuels indépendants des engagements pris dans le pacte mondial et dans les pactes nationaux en utilisant le cadre

¹ OMS, Banque Mondiale, ONUSIDA, UNICEF, FNUAP, Banque Africaine de Développement

commun de résultats de l'IHP+. En 2008, un examen externe a été commandé, et s'est concentré sur les progrès destinés à faire avancer le travail de la phase I de l'IHP+, et sur les attentes des partenaires au niveau des pays et au niveau mondial. Pour les années suivantes, un Consortium Nord-Sud procèdera à des évaluations indépendantes des progrès et des performances.

Plan de travail pour la phase II de l'IHP+: La première phase de l'IHP+ doit s'achever en 2009; le budget de USD 14 millions a été financé par des contributions du Royaume-Uni, de Norvège, d'Australie, des Pays-Bas et de l'Alliance mondiale. Un plan provisoire de deuxième phase II jusqu'à la fin de 2011 a été préparé avec le groupe SuRG et sera bientôt diffusé pour consultation.

2009: principales manifestations

Pactes au Mali, en Zambie, au Népal (février-avril 2009)

Premier examen ministériel (février 09)

Accord sur le plan de travail, phase II (avril 2009)

Premier rapport indépendant sur les engagements IHP+ par le Consortium Nord-Sud (septembre 2009)

Nouveaux signataires (Rwanda, Ouganda, Irlande, Espagne) février et mai 2009

Recommandations du groupe de travail pour un financement innovant pour le G8 (juillet 2009) et rapport final à l'AG de l'ONU (septembre 09)

VUE D'ENSEMBLE DE L'IHP+ PAR PAYS

BURUNDI

Avant l'introduction du processus IHP, le groupe de coordination sectoriel (CPSD) avait été constitué en mars 2007. Le CPSD, dont la mission première est d'apporter un soutien coordonné au Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA dans la conception, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation des politiques et stratégies nationales pour un développement durable de la santé, organise des réunions régulières tous les mois.

Suite au lancement de l'IHP le 5 septembre 2007, une réunion du CPSD le 18 septembre 2007 a permis d'inscrire le concept IHP à l'ordre du jour des partenaires.

Le processus d'élaboration d'un pacte pour le Burundi est en cours et implique la préparation d'un Plan d'action à moyen terme 2009-2011, d'un Cadre de dépenses à moyen terme 2009-2011, d'un cadre de résultats et d'un cadre unique harmonisé pour le suivi et l'évaluation.

La préparation du Plan d'action à moyen terme (2009-2011) a commencé en novembre 2008 et le document doit être approuvé par tous les partenaires du secteur de la santé à la fin du mois de février. Ce plan d'action sera assorti d'un cadre de résultats. Cette activité est financée par l'OMS avec des fonds de l'IHP.

Le processus de préparation du Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) 2009-2011 a commencé par une session de formation pour les cadres du Ministère de la Santé portant sur l'utilisation de l'outil MBB (budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement); il s'agit d'un outil de planification et de budgétisation pour la gestion des services de santé basée sur les résultats dans les pays en développement. Cette session de formation a aidé à définir les coûts et le financement pour les interventions requises afin d'accélérer les progrès vers les OMD liés à la santé en 2015. Les premiers résultats du CDMT seront disponibles à la fin du mois de janvier 2009 et la validation est prévue pour la mi-février 2009. Cette activité est soutenue par la Commission européenne.

La préparation d'un cadre unique harmonisé pour le suivi et l'évaluation est en cours avec le soutien de la Banque Mondiale, et constitue une priorité pour les activités du groupe thématique sur le suivi et l'évaluation pour 2009.

Le Burundi a l'intention de demander à l'équipe IHP un soutien technique pour la préparation d'un pacte en février 2008, lorsque tous les outils requis pour l'élaboration d'un pacte auront atteint le stade de l'approbation. Ce processus sera soutenu par une vaste campagne de sensibilisation, visant à faciliter l'appropriation et la signature, prévue pour avril 2009.

CAMBODGE

Le Cambodge était l'un des signataires initiaux du pacte mondial de l'IHP en septembre 2007. Ce pays a conclu ce partenariat après une longue histoire de collaboration entre gouvernement et partenaires de développement et sur un engagement à l'harmonisation et à l'alignement afin de garantir l'efficacité de l'aide.

Le Gouvernement royal du Cambodge (RGC) et les partenaires de développement ont signé en 2004 une Déclaration sur l'harmonisation et l'alignement, qu'ils ont ensuite approfondie en 2006 avec un Plan d'action quinquennal sur l'harmonisation, l'alignement et les résultats. Citons parmi les principaux accords et documents fondamentaux pour l'harmonisation et l'alignement:

- Deuxième Plan stratégique de santé, 2008-2015 (HSP2, document fondamental avec lequel les partenaires de la santé ont accepté de s'aligner)
- Plan opérationnel annuel (AOP)
- Plan roulant sur 3 ans (3YRP)
- Deuxième Programme de soutien au secteur de la santé, 2008 (HSSP2, accord formel entre le Ministère de la Santé/RGC et 7 grands partenaires de santé pour une gestion et un soutien conjoints et, dans certains cas, la mise en commun de fonds).
- Accord de partenariat conjoint, signé le 18 décembre 2008 (accord formel entre les 7 partenaires HSSP2 et le Ministère de la Santé, avec le Ministère de l'Economie et des finances comme témoin).

Du fait que les procédures, les structures et les accords existaient ou étaient en cours, le Ministère de la Santé n'a pas estimé qu'un pacte IHP distinct pour le Cambodge était nécessaire, mais a proposé à la place un "équivalent national" basé sur les accords et processus formels ci-dessus.

Au cours de l'année écoulée, les fonds d'amorçage IHP versés au Cambodge ont servi à élaborer des rapports et des plans d'action, et à engager des consultants pour des tâches spécifiques dans la collaboration entre le gouvernement et les partenaires de développement, notamment pour des activités financées par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, grand contributeur au secteur de la santé au Cambodge (et signataire de l'IHP). Plus récemment, le Cambodge a soumis un plan de travail sur 18 mois pour des activités liées à l'IHP, et dont les principales responsabilités de mise en œuvre impliquent des départements du Ministère de la Santé, des partenaires de santé bilatéraux et multilatéraux, et surtout, dont environ un tiers des fonds doit aller aux activités de la société civile coordonnées par l'agence faîtière cambodgienne des ONG, MEDiCAM.

Bien que les structures et les mécanismes de collaboration soient en place, il existe bien sûr de nombreux défis à relever pour garantir une efficacité maximale de l'aide. Citons notamment l'amélioration de la prévisibilité de l'aide, la poursuite du renforcement des institutions nationales de la santé telles que celles responsables de la gestion financière et des achats, et l'amélioration de l'alignement de l'aide externe sur les priorités nationales étant donné la verticalité de bon nombre des grands donateurs d'aide

ETHIOPIE

Le gouvernement de l’Ethiopie et ses partenaires du développement ont signé le pacte national du Partenariat international pour la santé (IHP) en août 2008.

Le pacte est une convention conclue entre le gouvernement éthiopien et les partenaires de développement dans le but principal de servir de cadre à une aide accrue et efficace qui permettrait à l’Ethiopie d’enregistrer des progrès rapides vers la réalisation des OMD par le biais du programme de développement du secteur de la santé (HSDP).

Une mission HHA récemment achevée notait que « le pacte IHP exige un profond changement de comportement dans la manière de procéder, non seulement du côté du gouvernement, mais aussi du côté du partenaire... L’engagement d’ensemble à mettre en œuvre le pacte est réel. En général, tant le gouvernement que les partenaires tiennent sérieusement à tenir les promesses figurant dans le pacte IHP. Malgré le peu de temps qui s’est écoulé depuis sa signature, de nombreuses activités ont commencé à être mises en œuvre et enregistrent des progrès significatifs. »

Il existe des déficits financiers importants. Bien que des sommes importantes ont été promises au Fonds des OMD et au Fonds fiduciaire multi-donateurs (MDTF), elles restent largement inférieures à ce qui est requis sur la base du calcul conjoint des coûts des OMD. Les partenaires de développement ont apprécié la vision et le rôle prédominant du Ministère fédéral de la santé (FMOH) pour diriger le HSDP, ainsi que des résultats pour obtenir des résultats, et la plupart sont confiants que des ressources supplémentaires pour le secteur de la santé aboutiront à des résultats supplémentaires. Cependant, les déficits financiers mettront en danger les efforts du pays pour atteindre les OMD. C’est pourquoi il est important tant pour les partenaires que pour le gouvernement de renforcer leur soutien au secteur de la santé.

Un Fonds de performance des OMD a été mis en place pour faciliter la mise en commun des ressources afin de financer les priorités au titre du HSDP III. Une évaluation du Fonds des OMD a été effectuée par une équipe comportant des consultants locaux et internationaux, qui a avalisé la création du Fonds des OMD et l’a considéré comme une étape essentielle menant à un budget unique.

Avec le montant important promis pour le Fonds des OMD, il est important pour le FMOH et les partenaires au niveau national de démontrer la capacité du Ministère à gérer le Fonds des OMD et à obtenir des résultats. Cela renforcera non seulement les services effectifs, mais aussi la confiance des donateurs, les incitant à canaliser davantage de ressources vers le Fonds des OMD. Il est recommandé que le pays assure des dépenses efficaces et un déblocage de fonds dans des délais opportuns. En outre, un plan d’évaluation doit être formulé pour mesurer les progrès.

Un accord conjoint de financement (JFA) pour le Fonds des OMD a été rédigé par le FMOH et est en cours d’examen de la part des partenaires de développement. Il est prévu qu’il soit signé d’ici février 2009. Le déblocage des fonds promis au Fonds des OMD commencera dès après la signature. L’instance dirigeante du Fonds des OMD a été clarifié plus en détails dans le JFA.

Depuis 2005, lorsque les signes se sont accumulés que la santé de la population du Kenya stagnait, voire se détériorait, le gouvernement, en liaison avec ses partenaires de développement et de mise en œuvre pour la santé, défend activement un processus visant à améliorer ses objectifs de santé en établissant une coopération mutuelle efficace afin de mettre en place des systèmes de santé durables et d'améliorer les résultats en matière de santé.

Le Partenariat international pour la santé (IHP+) a été lancé alors que ce processus était en train de mûrir dans le pays et dans le gouvernement, par le biais du Ministre de la Santé qui a participé au lancement de l'IHP+ le 05 septembre 2007. Le pays a organisé des élections présidentielles le 27 décembre 2007, dont l'issue a abouti à une période de violence post-électorale. Dans le cadre du règlement politique qui a suivi, les fonctions de l'ancien Ministère de la Santé ont été réparties entre deux Ministères, celui des Services médicaux et celui de la Santé publique et de l'assainissement.

La réactivation du processus de l'Approche sectorielle de la santé du Kenya (KHSWAp) et de ses instruments est actuellement en cours. Les deux Ministères sont d'accord, en principe, pour poursuivre les processus de renforcement des partenariats clés qui étaient en cours. Citons parmi les principales activités spécifiques financées par l'IHP+:

- La mise au point du Plan opérationnel annuel qui intègre les productions des deux Ministères ainsi que d'autres acteurs sectoriels. Cela a été difficile à financer par le biais d'autres sources, car les productions n'étaient pas claires au début. Il a cependant été possible de maintenir le secteur autour d'un seul plan opérationnel, mis en œuvre par le biais de deux Ministères. Le financement IHP+ est la source naturelle d'une telle initiative.
- L'élaboration de l'examen du Plan opérationnel annuel pour l'année écoulée. Comme plus haut, cet examen a été rendu difficile du fait que l'ancien plan était essentiellement appliqué par un seul Ministère, mais doit désormais être examiné par deux Ministères. Les ressources IHP+ fournissent une source neutre de financement pour cela, guidées par la nécessité de canaliser un processus de changement qui aboutira à une meilleure coordination et à l'appropriation par le gouvernement.
- Le soutien au suivi des dépenses et à l'étude de la fourniture des services. Comme plus haut, le suivi des dépenses impliquait l'examen des dépenses et de la satisfaction avec la fourniture de services par les deux Ministères, qui étaient jusque là du ressort d'un Ministère unique.
- Un soutien ciblé a également été fourni par le biais du recrutement de consultants pour l'élaboration du Cadre sectoriel de dépenses à moyen terme (budget parallèle), et l'élaboration de l'Accord de financement conjoint.

En 2009, le processus de mise en place des structures fonctionnelles requises pour un bon partenariat de travail sera accéléré, dans le droit fil des changements survenus dans le secteur depuis le début du processus IHP+.

MADAGASCAR

Le premier pas vers le pacte national a été la signature en décembre 2008 des Principes directeurs de l'approche sectorielle harmonisée.

Ces principes directeurs pousseront le Ministère de la Santé et du planning familial ainsi que les partenaires techniques et financiers à adopter et à appliquer une approche sectorielle harmonisée. Cette approche est conçue pour créer un cadre unique assurant la cohérence de la politique financière grâce à un meilleur ciblage et à une prévisibilité renforcée de l'assistance fournie pour le secteur, et pour harmoniser sensiblement les interventions dans cette sphère et améliorer leur efficacité, conformément aux principes énoncés dans les Déclarations de Rome et de Paris.

Un atelier sur l'IHP+ pour Madagascar a été organisé du 27 au 29 janvier 2009, sous la direction conjointe de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale, au siège de la Banque mondiale à Washington D.C. Cet atelier avait pour but de réunir le gouvernement et ses partenaires afin d'élaborer le cadre du pacte et ses grandes lignes, ainsi que les indicateurs à utiliser pour mesurer étroitement les progrès vers les engagements des OMD. Les prochaines étapes vont consister:

- à spécifier les stratégies basées sur les résultats pour les priorités communes, notamment le VIH/SIDA, et pour éliminer les principaux goulets d'étranglement dans le système de santé en se concentrant sur l'équité. Cette composante appelle des consultations régulières avec les principales parties prenantes du secteur, y compris la société civile et le secteur privé.

- à établir, en utilisant un budget unique tiré du CDMT, le cadre unique pour les résultats de la stratégie, en énonçant les priorités sur lesquelles un consensus a été atteint, pour financer le déficit détecté;

- à mettre en place un système de surveillance conjointe, en renforçant les méthodes transparentes pour faire rapport des résultats et en consultant régulièrement les principales parties prenantes du secteur (y compris la société civile et le secteur privé);

Les résultats préliminaires pour le Cadre de dépenses à moyen terme 2009-2011 montrent que dans la période 2009-2015, les dépenses supplémentaires requises pour parvenir à des réductions de 46% de la mortalité infantile, de 29% de la mortalité néonatale et de 44% de la mortalité maternelle sont estimées à au moins US\$ 7,02 par personne à partir de 2010. En 2009, les programmes du Ministère nécessitent également au moins 11% du budget de l'Etat, alors que la loi de budget pour 2009 en propose 9,2%.

Le Ministère de la Santé du Mali a signé le Partenariat international pour la santé à Bamako en octobre 2007. En février 2008, une équipe multisectorielle représentant des parties prenantes telles que le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances, la société civile et les partenaires techniques et financiers a assisté à l'atelier de Lusaka et a décidé de commencer à travailler à l'élaboration d'un pacte. Un large processus de consultation et de coordination a alors été engagé pour parvenir au consensus sur la portée du pacte pour le Mali. En juin, agissant au nom du comité de suivi, le comité technique a chargé un petit groupe de rédiger le pacte sur la base des larges consultations effectuées à ce stade. Le plan pour élaborer un pacte et ses éléments constitutifs a été présenté au comité directeur, représentant le comité de suivi, en septembre 2008.

Un groupe composé de divers partenaires et signataires de l'IHP+ s'est réuni début décembre pour des consultations sur le processus de planification du Mali. Les divers composants ont ensuite été rédigés et soumis au groupe de coordination le mardi 13 janvier 2009.

Le pacte est un contrat entre le gouvernement et les partenaires en vue d'accélérer la mise en œuvre de documents et de plans de politique ratifiés afin d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement. Il repose donc sur le programme sectoriel (PRODESS II 2005-2011) et son cadre de dépenses à moyen terme (CDMT). Les documents suivants sont joints pour faciliter la mise en œuvre des objectifs esquissés dans le programme sectoriel :

- Politique des ressources humaines pour le développement de la santé
- Plan stratégique de renforcement du système de santé et Plan de consolidation du système d'information sur la santé
- Politique nationale de recherche sur la santé
- Politique de l'entretien des équipements et infrastructures de santé.

Le pacte est donc un document qui reflète tous les aspects de la politique nationale sur le développement sectoriel. Il souligne la prévisibilité accrue de l'aide et met en exergue les principes de responsabilité et d'endettement mutuel entre les signataires.

Le but du pacte est de garantir une meilleure harmonisation et standardisation de l'aide et de garantir un financement prévisible à long terme. Il est également de renforcer le rôle prédominant du Ministère de la Santé, le dialogue intersectoriel et l'adhésion nationale approfondie. Cela devrait renforcer l'efficacité des actions des parties prenantes et ainsi faciliter la mise en œuvre du programme sectoriel, aboutissant en dernière analyse à atteindre plus rapidement les Objectifs du millénaire pour le développement. Le dialogue intersectoriel et le rôle prédominant du Ministère de la Santé ont déjà été renforcés dans le cours de la rédaction du pacte.

MOZAMBIQUE

Le Mozambique, un des premiers pays signataires de l'IHP, a signé son pacte national le 16 septembre 2008.

Au cours de 2008, trois missions conjointes de la Banque mondiale, de l'UNICEF et de l'OMS ont été réalisées afin de projeter les futurs besoins financiers, d'identifier la manière de les traduire dans le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et d'identifier des indicateurs de performances du système susceptible de servir à cartographier le financement par rapport aux priorités politiques – afin que le CDMT puisse être utilisé pour lier le financement aux mesures clés de performance du secteur.

L'adaptation du Plan stratégique de calcul des coûts du secteur de la santé (PESS) a été achevée afin qu'il puisse être utilisé comme outil efficace pour préparer le prochain CDMT. En outre, un certain nombre d'indicateurs ont été inclus et associés à des lignes de dépenses spécifiques pour des domaines d'intervention clés, en particulier pour le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, la santé génésique et infantile (en mettant particulièrement l'accent sur la vaccination). Dans toute la mesure du possible, les indicateurs et les objectifs annuels correspondants ont été pris pour la matrice de santé du Cadre d'évaluation des performances (PAF). Celle-ci, à son tour, a permis d'établir un lien direct entre les dépenses et les résultats pour un certain nombre de domaines prioritaires.

Des discussions approfondies ont eu lieu sur le CDMT 2009-2011 que l'équipe du Ministère de la Santé avait achevée en collaboration avec le Ministère de la Planification et du développement et le Ministère des Finances.

Un atelier organisé du 2 au 4 juin 2008 au Ministère de la Santé a eu trois objectifs: (i) renforcer le processus du CDMT pour la santé afin d'améliorer les résultats en santé et de faciliter la réalisation des OMD liés à la santé; (ii) améliorer la budgétisation à moyen terme dans le secteur de la santé sur la base des leçons tirées du processus de CDMT 2009-2011 du Ministère de la Santé; et (iii) introduire un outil de modélisation pour développer des scénarios de simulation de coûts liant planification et budgétisation aux résultats en matière de santé.

L'examen des mécanismes et propositions de financement existantes et potentielles sert à identifier si ces canaux de financement sont utilisés efficacement pour mobiliser les fonds destinés au renforcement du système. Le renforcement des capacités pour les administrateurs provinciaux a été atteint par le biais de consultants locaux en collaboration avec le Ministère de la Santé.

L'élargissement de l'engagement des ONG dans le renforcement du système de santé est actuellement abordé par la préparation d'un mandat pour l'unité des ONG au Ministère de la Santé.

Après la signature du IHP en septembre 2007, le Ministère de la Santé et de la population (MoHP) a introduit des soins universels gratuits aux niveaux de la sous-santé et de la santé, et a élargi ses soins gratuits ciblés aux niveaux des SSP et des hôpitaux de district. Dans l'exercice en cours, les services universels gratuits sont étendus au niveau des SSP et la fourniture gratuite de médicaments essentiels recensés passe du niveau ciblé au niveau universel dans les hôpitaux de district. Dans une initiative audacieuse pour atteindre les OMD 4 et 5, la gratuité des soins de maternité a été introduite dans tout le pays à la mi-janvier 2009.

Cette stratégie d'accroissement des efforts et des ressources exige un soutien externe constant au moins pour le moyen terme, et la poursuite des augmentations du pourcentage du budget national consacré au secteur de la santé. Cependant, des demandes lourdes dans de nombreux secteurs au cours de cette période transitoire ont laissé d'importants déficits de financement de la santé dans le budget final de l'exercice 2065-66. Ceux-ci doivent être résorbés si l'on ne veut pas prendre du retard par rapport aux objectifs de politique nationale de santé du NHSP-IP, du Plan intérimaire triennal et des OMD liés à la santé. Parmi les domaines critiques où existent des déficits de financement figurent les incitations au personnel des services de santé dans les zones reculées, la consolidation et l'expansion des programmes existants de soins essentiels gratuits, et l'accroissement des efforts et des ressources pour fournir des soins de maternité gratuits dans tout le pays.

Depuis la réunion IHP à Lusaka et la soumission du rapport de bilan de l'IHP, le Népal a subi des évolutions politiques d'importance. Des élections à l'Assemblée constituante ont eu lieu, le pays a cessé d'être une monarchie pour devenir une république, et un transfert de pouvoir prolongé au gouvernement nouvellement élu a été réalisé avec succès. La santé est le seul secteur à avoir constamment bénéficié d'un rôle politique prédominant au cours de cette période tumultueuse. Néanmoins, même dans le domaine de la santé, il a été nécessaire d'ajuster les plans et calendriers au processus de paix et de transition politique en cours. Avec de nouvelles nominations aux postes dirigeants du MOHP et la déclaration du budget national, la voie est désormais ouverte à une mise en oeuvre rapide de la feuille de route IHP.

L'élaboration de la politique du MOHP et la mise en oeuvre de ses plans ont nettement progressé depuis que la feuille de route a été mise au point. En révisant / réajustant les activités de la feuille de route et l'affectation budgétaire pour répondre aux besoins actuels, y compris les besoins planifiés, l'accent a été mis sur la fourniture d'assistance pratique aux zones critiques et prioritaires, soit par la mise en oeuvre directe (par ex. personnel dans les zones reculées), soit par la recherche nécessaire ou le suivi et l'évaluation.

Enfin, la feuille de route IHP "Renforcement du secteur de la santé" a été examinée à la lumière de l'objectif global consistant à contribuer à atteindre les objectifs de politique nationale de santé et les OMD, y compris en préparant la rédaction du NHSP-II qui doit entrer en vigueur en 2010.

NIGERIA

Le 28 mai 2008, le Nigeria a signé le pacte mondial IHP, ce qui a coïncidé le même mois avec la publication du document des partenaires de développement *Nigeria's Health Sector: Notes on Achieving the Health MDGs*. Depuis septembre 2008, le gouvernement travaille à l'élaboration d'un Plan national stratégique de développement de la santé assorti de coûts (NSHDP) et à la préparation d'un pacte national avec le soutien de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA). Il est prévu que le plan d'investissement national soit finalisé d'ici mars 2009.

Défis du NSHDP: Le secteur de la santé au Nigeria continue à se heurter à de nombreux défis. Aux fins de l'élaboration du NSHDP, l'un d'eux consiste à garantir l'adhésion de tous les partenaires clés et de toutes les parties prenantes au sein du Ministère fédéral de la Santé. Bien que peu nombreux, il existe encore des sceptiques parmi certains partenaires quant à la faisabilité d'un plan national unique, vu la nature du système politique fédéral du Nigeria. Un autre défi consiste à obtenir un financement suffisant pour les Groupes de travail techniques chargés d'élaborer un pacte national. Une demande a été adressée aux partenaires pour le développement afin qu'ils indiquent leur soutien disponible et le mettent à disposition. Sur une note positive, le processus d'élaboration du Plan national stratégique *d'investissement* pour la santé progresse bien, avec l'aval du Conseil national de la santé et du Comité de pilotage et du Comité technique inaugurés par l'ancien Ministre.

Mise à jour concernant HHA: Une première réunion des responsables nationaux des institutions dans le partenariat Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) pour le Nigeria s'est récemment tenue à l'initiative du bureau de l'OMS dans le pays. Le but principal était d'examiner la requête du Directeur régional pour l'Afrique des institutions impliquées dans le partenariat HHA, en vue d'améliorer la collaboration entre les institutions partenaires du pays et de soutenir efficacement le gouvernement nigérian dans l'accroissement des efforts et des ressources pour la couverture des interventions de santé à fort impact dans le cadre d'un système de santé amélioré, dont les avantages transcenderaient la réalisation des OMD.

Malgré les progrès réalisés à ce jour, il existe un énorme besoin de soutien financier, analytique, technique et de coordination pour le Département de la Planification de la santé, de la recherche et des statistiques et pour l'ensemble du Ministère fédéral de la Santé.

ZAMBIE

Lors du lancement de la feuille de route de l'IHP le 1^{er} novembre 2007, le Ministre de la Santé s'est félicité que l'IHP soit une initiative arrivant à point nommé pour se concentrer sur les principes fondamentaux de la Déclaration de Paris afin de rendre l'aide efficace et axée sur les résultats. L'IHP s'appuie sur des fondations solides déjà établies en Zambie pour le travail en partenariat – en 2006, un mémorandum d'accord sur la santé a été signé, et plus récemment une Stratégie d'assistance conjointe pour la Zambie (JASZ).

En février 2008, lors d'une réunion du Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes (IHP+) et de l'Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA), la Zambie a présenté son 'rapport de bilan' dans le cadre du processus IHP+ lors d'une réunion mondiale tenue à Lusaka. Ce rapport mettait en lumière les progrès réalisés sur les OMD et les outils, systèmes et procédures disponibles pour l'harmonisation et l'alignement.

En juillet 2008, le Ministère de la Santé a demandé un soutien technique à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour valider le calcul des coûts de son Plan stratégique national pour la santé pour 2006-2010 et pour évaluer le mémorandum d'accord entre le Ministère de la Santé et ses partenaires de coopération. Il a également été proposé que cela soit entrepris en tandem avec l'examen à mi-parcours du Plan national stratégique pour la santé.

Un groupe de travail baptisé "Groupe de référence", composé du Ministère de la Santé et de trois CP importants et du représentant de la société civile, a été créé dans le but principal de finaliser le mémorandum d'accord /les addenda qui doivent bientôt circuler parmi toutes les parties prenantes pour commentaires avant qu'un projet définitif ne puisse être établi.

En Zambie, seulement 10% de l'ensemble des fonds des donateurs pour la santé vont aux efforts du gouvernement pour soutenir le renforcement du système de santé - 90% vont aux programmes pour des maladies spécifiques, notamment le VIH/SIDA, par le biais des ONG. Cela entraîne une distribution extrêmement inéquitable et ne résout pas certains des principaux problèmes rencontrés par la Zambie – la pénurie de travailleurs de santé, la faiblesse des infrastructures pour la fourniture de santé, l'obsolescence des équipements, et l'absence de transport et de logistique.

Le calcul des coûts du NHSP a révélé qu'il existait un déficit de financement qui entravait les efforts du Ministère de la Santé pour aborder de façon efficace les interventions visant à atteindre les OMD (objectifs 4 et 5) lorsqu'il était noté que pour parvenir à une réduction de 45% des taux de mortalité infantile et de 25% du ratio de mortalité maternelle, il fallait que la Zambie mobilise des ressources supplémentaires s'élevant à US\$756 millions pour le reste de la période du NHSP 2009-2010. Les principaux moteurs de ce déficit de financement sont: le développement des infrastructures, les équipements médicaux, les ressources humaines pour la santé, le paludisme et le VIH/SIDA.

Examens externes du IHP+

Les examens externes du IHP+ visent à accroître la responsabilité mutuelle des acteurs internationaux en matière de santé, en évaluant la mesure dans laquelle les signataires respectent leurs engagements et enregistrent des progrès dans la mise au point de pactes nationaux. Alors que le IHP+ a vu le jour en tant que mécanisme destiné à intensifier les efforts en vue d'atteindre les OMD liés à la santé et que de bons progrès ont été réalisés, il est reconnu que du travail reste à faire dans le droit fil de la Déclaration de Paris et du récent programme d'Accra afin d'assurer les résultats sur le terrain. Les constats et les recommandations tirés de ces examens visent à stimuler les idées et l'action dans les communautés nationales et mondiales de la santé.

Le premier examen à court terme de l'IHP+ a été réalisé par Responsible Action en Afrique du Sud de mai à août 2008. A l'issue d'interviews approfondis avec 100 principaux représentants venant d'une large sélection d'organismes partenaires, de la société civile et des Ministères nationaux de la Santé dans les pays de la première vague de l'IHP+, l'examen a constaté que les attentes envers l'IHP+ sont élevées. Il existe une reconnaissance accrue que des mécanismes nouveaux et novateurs sont nécessaires pour étendre les investissements dans des plans et stratégies nationaux de la santé axés sur les résultats afin de fournir des résultats améliorés par rapport aux OMD liés à la santé. Les partenaires ont fait des progrès pour réformer leurs modes de travail, mais l'examen recommande un investissement accru dans la gestion du changement pour tirer parti du potentiel politique de l'IHP+.

Recommandation	Réaction du SuRG
1. Améliorer la manière dont l'IHP+ est communiqué et compris pour être pertinent.	Un projet de stratégie de communication, élaboré par une petite équipe interinstitutions, sera finalisé; une société de communication externe sera contactée. Délai: fin février 2009.
2. Investir dans les processus de gestion du changement.	Des plans pour soutenir la gestion du changement et le développement des capacités seront élaborés dans la phase II de l'IHP+ et comprendront des exercices de constitution d'équipes et de l'expertise en matière de gestion du changement. Délai: juin 2009.
3. Mettre en œuvre le cadre de résultats de l'IHP+ et intégrer des mécanismes de transparence.	Le Consortium Nord-Sud utilisera les cadres de résultats convenus pour pousser les partenaires à rendre des comptes sur les performances et les progrès. Délai: septembre 2009.
4. Les partenaires doivent travailler dans un esprit de coopération.	Les détails seront examinés et suivis par chaque institution individuelle, comme indiqué ci-dessous.
5. Faciliter et soutenir une coopération accrue entre partenaires au niveau des pays.	Les recommandations d'un rapport final des équipes nationales sectorielles pour la santé, en particulier de celles sur la constitution des équipes et le renforcement des incitations pour une collaboration améliorée, seront

	reprises. Calendrier: juin 2009. Des forums réguliers avec toutes les parties prenantes afin d'identifier les synergies ou les goulets d'étranglement faciliteront davantage une coopération accrue. Délai: le premier examen ministériel aura lieu en février 2009.
6. Etudier l'idée de partenariats locaux pour la santé sous-tendue par un mouvement populaire pour la santé.	La société civile s'engagera davantage dans les mouvements de sante existants.

Un Consortium Nord-Sud a récemment été instauré pour entreprendre régulièrement, tous les ans, un suivi et une évaluation des performances et des progrès des signataires quant à la mise en œuvre du pacte mondial et des pactes nationaux. Ce Consortium est composé de Responsible Action en Afrique du Sud, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine au Royaume-Uni, de Miz Hasab en Ethiopie, et d'Oxfam Great Britain. Ces examens annuels aideront à responsabiliser les gouvernements pour qu'ils fassent rendre des comptes aux partenaires de développement par rapport aux engagements financiers et comportementaux contractés au plan mondial et dans le pays, et engageront la société civile afin de promouvoir une responsabilité nationale plus forte.

Implication de la société civile dans l'IHP+

Les organisations de la société civile sont désireuses de contribuer à la mise en œuvre et au suivi de l'IHP+ depuis son lancement en septembre 2007. A la première réunion internationale de l'IHP+, qui s'est tenue en Zambie en février 2008, la société civile a présenté une vue d'ensemble de la contribution qu'elle pourrait apporter et des raisons pour lesquelles il importe de s'assurer l'engagement de la société civile dans l'IHP+ aux niveaux mondial et national

En mai 2008, l'IHP+ a tenu son premier forum de la société civile qui a réuni des représentants de la société civile venant des pays signataires de l'IHP+ ainsi que des officiels des donateurs et des institutions. Une note d'orientation de l'IHP+ sur l'implication de la société civile au niveau mondial a été élaborée et deux représentants de la société civile ainsi que deux représentants suppléants de la société civile participant au groupe de référence affaires et au groupe de référence directeur (SuRG). Un processus ouvert et transparent de sélection des représentants de la société civile au SuRG a été achevé en décembre 2008. Des orientations claires ont également été préparées par le groupe de référence affaires et partagées avec tous les signataires et les gouvernements des pays IHP+ s'agissant de l'implication de la société civile dans les équipes nationales sectorielles pour la santé.

Cependant, des défis importants continuent à se poser, principalement au niveau national, qu'il convient que les signataires de l'IHP+, les gouvernements nationaux et les organisations de la société civile elles-mêmes examinent, au fur et à mesure des progrès de l'IHP+ en 2009. Au niveau national, la coordination entre les OSC travaillant sur la santé est limitée, les attentes divergent quant aux rôles et responsabilités des membres de l'équipe nationale sectorielles pour la santé y compris de la société civile, les processus et calendriers IHP+ ne sont pas clairement définis, et il existe des limitations dans les capacités, l'expérience et l'expertise entre les OSC pour participer aux discussions de haut niveau qui se déroulent au sein des équipes nationales sectorielles pour la santé.

Les représentants de la société civile au SuRG continuent à explorer les occasions supplémentaires de soutien financier et technique pour aider à renforcer la capacité des OSC à participer utilement à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de l'IHP+.

Groupe de travail interinstitutions sur le calcul des coûts des OMD

Ces 12 derniers mois, le Groupe de travail interinstitutions sur le calcul du coût des OMD (ONUSIDA, FNUAP, PNUD, UNICEF, OMS, BM) s'est réuni régulièrement pour développer des approches et méthodologies harmonisées afin de calculer le coût des programmes et plans des pays dans le but d'accroître les efforts et les ressources sur la fourniture de services de santé afin d'atteindre les OMD.

L'équipe interinstitutions ONU/BM chargée des coûts a tenu sa première réunion, du 4 au 6 février 2008, au FNUAP à New York. Elle a esquissé un cap dont le but final est d'élaborer une plate-forme modulaire transparente qui prendrait les parties les meilleures ou les plus importantes de chaque outil de calcul des coûts, assurerait l'interconnexion, la transparence et la cohérence entre les outils.

La couverture des systèmes de santé, l'analyse des goulets d'étranglement, les scénarios d'accroissement des efforts et des ressources, l'estimation de l'impact et la cartographie financière sont identifiés comme les principaux attributs d'une estimation des coûts techniquement solide et crédible. A titre de mesure intérimaire, pour répondre aux besoins immédiats des pays, l'équipe a donné priorité à l'amélioration et à la révision de l'outil de budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement (MBB).

Outre l'harmonisation des approches en matière de calcul des coûts des OMD, l'équipe interinstitutions, par le biais du mécanisme HHA, a fourni un soutien conjoint à un grand nombre de pays pour qu'ils calculent le coût de leur stratégie et plan national. En Ethiopie, le soutien technique a produit un coût révisé pour trois scénarios pour le Programme de développement du secteur de la santé. En Zambie, suite à l'examen à mi-parcours, le groupe de travail a aidé le gouvernement de Zambie à calculer le coût du Plan national stratégique de santé (NHSP) et l'a mis à jour pour inclure des scénarios d'accroissement des efforts et des ressources.

Groupe de travail interinstitutions sur la validation des politiques, stratégies et plans nationaux

Un groupe de travail interinstitutions sur les politiques, stratégies et plans nationaux a été créé sous les auspices de l'IHP+ pour examiner la validation des stratégies nationales tant pour les processus IHP+ que pour les applications des stratégies nationales du Fonds mondial. Il vise à déterminer ce qui constitue une bonne stratégie, plan et budget national, et par quels moyens les partenaires (donateurs, gouvernements et autres) individuellement ou collectivement, peuvent prendre des décisions de financement sur la base d'une évaluation du plan lui-même et des résultats qu'il se propose d'atteindre.

Le Groupe de travail a élaboré un document cadre sur la validation, et un outil d'évaluation conçu pour évaluer les attributs essentiels convenus requis dans les stratégies nationales de la santé et/ou visant certaines maladies spécifiques. Ces documents serviront de fondement aux consultations avec les pays et les partenaires du développement.

Le processus de consultation vise à parvenir à un large consensus sur le processus global de validation en 2009. Il est organisé en trois phases: la *première phase* (commencée en novembre 2008) se concentre sur la consultation des parties prenantes dans le pays sur le concept de validation, la manière d'en tirer le meilleur parti pour elles, ce qu'impliquerait un processus de validation, et la meilleure façon d'ajouter un élément indépendant aux cycles nationaux de planification et d'examen. Des consultations ont également été entreprises au Ghana et au Mali avec des acteurs clés, y compris la société civile, au cours de la semaine où ont été organisés les examens annuels sectoriels de la santé. La *deuxième phase* commencera au premier trimestre de 2009 et se concentrera sur la mise à l'essai et le perfectionnement de l'outil d'évaluation, tandis que la *troisième phase* lancera un processus de validation pilote dans un petit nombre de pays.

Groupe de travail interinstitutions sur le financement basé sur les résultats

Le financement basé sur les résultats (RBF) est un instrument permettant aux gouvernements de spécifier les résultats de santé recherchés, puis de débloquent le financement aux niveaux sous-nationaux, des établissements de santé ou des équipes de travailleurs de la santé, afin d'améliorer les performances. C'est également un outil pour accroître et aligner les motivations des travailleurs et des administrateurs de la santé sur les résultats en matière de santé. Lorsqu'une partie des recettes d'un établissement de santé ou d'un système de santé est assurée sur la base des performances, ceux qui gèrent les ressources ont tendance à réagir aux mesures d'incitation, souvent de manières créatives qui ne pourraient pas être obtenues par le biais de prises de décisions et de contrôles centralisés.

Le Groupe de travail interinstitutions sur le financement basé sur les résultats (IWG) est une "communauté de pratique" composée de donateurs et de partenaires au niveau international, dont la plupart sont membres du IHP+. L'IWG a trois objectifs: (a) améliorer la coordination en identifiant conjointement l'information requise par les gouvernements et par les partenaires intéressés par le RBF; (b) assurer une large diffusion des preuves et des leçons apprises sur le RBF; et (c) selon les besoins, soutenir les partenaires à répondre aux pays désireux de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer des mécanismes de RBF pour atteindre les objectifs nationaux.

L'IWG a aidé à accroître la sensibilisation au RBF et l'intérêt des partenaires du développement pour le RBF, en particulier comme outil pour que les gouvernements atteignent mieux les résultats en matière de santé. Des partenaires individuels sont en train de concevoir et de mettre en œuvre des programmes de travail pour aider les pays tout en rassemblant et en échangeant des informations critiques avec les gouvernements et les partenaires du développement. Par exemple, grâce à une importante subvention du gouvernement de Norvège, la Banque mondiale soutient huit pays dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes pilotes RBF dans le but d'aider les gouvernements à atteindre des objectifs nationaux et de rassembler des constats et des leçons sur le RBF grâce à "l'apprentissage par la pratique". USAID, la Norvège, l'Australie, la Banque mondiale et d'autres soutiennent des ateliers pour échanger l'information sur le RBF et aider des équipes de pays à explorer la valeur, les coûts et les implications de systèmes du RBF.

Groupe de travail interinstitutions sur le suivi et l'évaluation

Un bon suivi et une bonne évaluation sont les éléments essentiels qui sous-tendent les processus de planification et d'examen de la santé d'un pays. Un cadre d'évaluation commun a été élaboré par le groupe de travail IHP+ sur le suivi et l'évaluation, en étroite collaboration avec les pays. Ce cadre, qui repose sur les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, a servi à élaborer un cadre de résultats pour la santé maternelle, néonatale et infantile pour l'Initiative catalytique et à évaluer la mesure dans laquelle l'évaluation quinquennale du Fonds mondial respectait les principes de l'appropriation des pays, du renforcement des capacités, de l'indépendance, de l'harmonisation et de l'alignement.

Pour opérationnaliser le cadre dans les pays, il faut mettre en place un renforcement des capacités institutionnelles et individuelles dans toute la gamme des activités de collecte, compilation, analyse, échange et utilisation des données. Une attention particulière est requise pour l'amélioration de la collecte des données pour le suivi des systèmes de santé et l'évaluation des performances, y compris en améliorant la disponibilité et la qualité des données générées par des systèmes d'information basée sur les établissements. Dans ce contexte, le travail se poursuit pour élaborer des conseils aux pays sur la manière de contrôler le renforcement des systèmes de santé. En s'appuyant sur les pratiques actuelles et sur les expériences des pays, un projet de trousse à outils pour le suivi des éléments constitutifs des systèmes de santé, y compris les ressources humaines, les médicaments et les technologies essentiels, la fourniture des services et l'information sur la santé, est désormais disponible par le biais du site web de l'OMS.

Taskforce de haut niveau sur le financement international innovant des systèmes de santé

A la réunion de haut niveau des Nations Unies tenue à New York le 25 septembre 2008, les dirigeants du monde ont lancé un appel pour réunir US\$30 milliards supplémentaires afin de sauver 10 millions de vies – 3 millions de mères et 7 millions d'enfants. Des systèmes de santé plus solides sont essentiels pour sauver ces vies et la construction de ces systèmes exigera également davantage de ressources de la part de la communauté internationale. C'est la raison pour laquelle une Taskforce de haut niveau sur le financement international innovant des systèmes de santé a été annoncée.

L'objectif de cette Taskforce est de contribuer à combler les déficits de financement nationaux pour atteindre les OMD liés à la santé en mobilisant des ressources supplémentaires; en accroissant l'efficacité financière du financement de la santé; et en renforçant l'utilisation efficace des fonds.

La Taskforce fera des recommandations sur la composition des mécanismes de financement internationaux innovants requis pour obtenir les ressources supplémentaires nécessaires et promouvoir le soutien international pour garantir que ces recommandations soient mises en œuvre.

La Taskforce compte un petit nombre de personnalités éminentes de la communauté internationale sélectionnées sur la base des perspectives que chacune d'entre elles peut offrir sur le financement innovant, les systèmes de santé ou la faisabilité politique. Ces personnes siégeront dans la Taskforce à titre individuel et non comme représentants de leur gouvernement ou institution.

La Taskforce a tenu sa réunion inaugurale à Doha lors de la Conférence de l'ONU sur le financement du développement le 1^{er} décembre 2008.

La Taskforce annoncera ses recommandations sur le Financement innovant au cours de la réunion de G8 en Juillet 2009 alors que le Rapport final sera complété avant l'Assemblée Générale des Nations Unies (Septembre 2009)