

ihp₊ results

Progrès du Partenariat
International pour la Santé et
initiatives apparentées (IHP+)

RAPPORT DE
PERFORMANCE
2014



Les gouvernements et les agences de développement se sont engagés à accroître l'efficacité de la coopération au développement, plus récemment à travers l'Accord de Partenariat de Busan. Sur base de ces engagements, les partenaires du Partenariat international pour la santé (IHP+) ont mis en évidence sept aspects de la coopération au développement où il existe des marges d'amélioration :



L'appui conjoint à une stratégie nationale de santé unique, à travers un processus de développement inclusif et d'évaluation conjointe



L'inscription des apports de ressources dans le budget et en ligne avec les priorités nationales, et la prévisibilité du financement du gouvernement et des partenaires au développement



L'assurance que les systèmes de gestion financière des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes



L'assurance que les systèmes de passation des marchés / d'approvisionnement des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes



Le suivi conjoint des processus et des résultats, basé sur une plateforme nationale d'information et de redevabilité, comprenant notamment des revues annuelles conjointes qui définissent les actions et renforcent la redevabilité mutuelle



La promotion et l'appui à l'apprentissage systématique entre pays (sud-sud / coopération triangulaire)



Des appuis techniques planifiés stratégiquement et bien coordonnés

Quatre des sept aspects ci-dessus (en gras) ont été évalués dans le cycle de suivi 2014 de l'IHP+.

Remerciements

Ce Rapport de performance 2014, comprenant les fiches de performance de 24 pays et 33 partenaires au développement, est le résultat d'efforts collectifs de représentants des gouvernements, des partenaires au développement et des organisations de la société civile qui ont fourni l'information sur les performances et le contexte dans les 24 pays participants ; du consortium IHP+Results (IHP+R), du groupe consultatif indépendant de IHP+Results et de l'équipe de base de l'IHP+.

L'équipe de gestion du consortium IHP+R, dirigée par Leo Devillé, inclut Jason Braganza, Lola Dare, Josef Decosas, Louisiana Lush et Tim Shorten (co-responsable). Un service d'assistance à temps plein a été fourni par Marieke Devillé et Emma Newbatt. Une équipe de 12 experts de haut niveau a fourni un soutien en ligne aux 24 pays. En outre, deux experts nationaux ont recueilli des informations supplémentaires sur la redevabilité en RDC et au Mali. Sans leur soutien continu, cet exercice n'aurait pas été possible.

Nous remercions l'équipe de base de l'IHP+ et le groupe consultatif de IHP+R pour leurs conseils tout au long du processus de collecte et d'analyse des données.

Conception et mise en page :

- Fiches de performance et site Web : Intensity Brand Solutions (Pty) Ltd., Afrique du Sud
- Rapport de suivi : SVEINN, Belgique

Traduction et correction : Anna Cirera, Marieke Devillé, Alain Labye, Lucia Paiz and Afonso Pereira

Imprimé : Bulckens asbl – zwartopwit, Belgique

Déclaration de non-responsabilité

Ce document a été préparé pour l'IHP+. hera et ses partenaires du consortium n'accepteront aucune responsabilité relative aux éventuelles conséquences au cas où ce document et les informations qu'il contient seraient utilisés à des fins autres que celles pour lesquelles il a été commandité. Toute personne utilisant ou s'appuyant sur le document à toutes autres fins est d'accord, accord confirmé par une telle utilisation du document, d'indemniser hera pour toute perte ou dommage qui pourraient en résulter.

hera n'accepte aucune responsabilité concernant ce document vis-à-vis de toute partie autre que l'entité qui l'a commandité.

Dans la mesure où ce rapport est basé sur des informations fournies par d'autres parties, hera n'accepte aucune responsabilité pour toute perte ou dommage subi par le client, que ce soit de façon contractuelle ou de façon détournée, perte ou dommage découlant de toute conclusion basée sur des données fournies par d'autres parties qu'hera et utilisées par hera et ses sous-traitants dans la rédaction de ce rapport.



Table des matières

Remerciements	I
Table des matières	II
Liste des tableaux	III
Liste des figures	III
Acronymes et abréviations	IV
Avant-propos du Groupe consultatif indépendant	V
Résumé exécutif	VIII
1. Introduction	1
2. La façon dont la performance a été suivie en 2014	3
2.1. Approche globale.....	3
2.2. Méthodes	3
2.3. Limites des données	5
3. La performance des pays partenaires	7
3.1. Les pays partenaires continuent à respecter leurs engagements à établir des stratégies sectorielles de santé, à mesurer les résultats et à renforcer la redevabilité	7
3.2. Les pays partenaires améliorent leurs financements et dans une certaine mesure, la gestion financière dans le secteur de la santé.....	9
3.3. Les progrès au regard des engagements de coopération au développement ne sont pas uniformément partagés entre les pays	10
4. La performance des partenaires au développement	13
4.1. Les partenaires au développement s'alignent de plus en plus et continuent de participer aux processus de redevabilité au niveau des pays	13
4.2. La performance des partenaires au développement au regard du financement et de la gestion financière a décliné.....	15
4.3. La performance globale des partenaires au développement relative à leurs engagements pour une coopération efficace est inférieure à celle des pays partenaires, mais au niveau des pays, les scores obtenus par les deux partenaires sont corrélés	18
5. Leçons du Mali et de la République démocratique du Congo sur le suivi de l'IHP+	19
5.1. Les mécanismes et processus de redevabilité mutuelle	19
5.2. Le rôle de la société civile	20
6. Conclusions et perspectives	21
6.1. Qu'avons-nous appris.....	21
6.2. Les perspectives	23
Annexes	A.I
Annex 1. Mesures standards de performance de IHP+Results	A.I
Annex 2. Glossaire des principaux termes utilisés	A.II
Annex 3. Comparaison des performances au Burkina Faso et en Guinée.....	A.IV

Liste des tableaux

Tableau 1 : Vue d'ensemble de la performance des pays partenaires.....	XIV
Tableau 2 : Vue d'ensemble de la performance des partenaires au développement	XV
Tableau 3 : Les 7 comportements pour une coopération efficace dans le secteur de la santé	1
Tableau 4 : Questions faisant l'objet d'un suivi et indicateurs de performance.....	4
Tableau 5 : Les messages clés du quatrième cycle de suivi de la performance de l'IHP+	21
Tableau 6 : Sept indicateurs de suivi de la performance des gouvernements et sept pour la performance des partenaires au développement.....	A.I
Tableau 7 : La Guinée et le Burkina Faso – Comparaison des performances.....	A.IV

Liste des figures

Figure 1 : Proportion de pays ayant un cadre sectoriel de résultats.....	7
Figure 2 : Nombre de pays où les OSC participent dans chacun des cinq processus de la politique de santé.....	7
Figure 3 : Proportion de pays dont les stratégies nationales de santé ont été évaluées conjointement	7
Figure 4 : % des pays qui ont établi des processus de redevabilité mutuelle (N = 24)	8
Figure 5 : % des pays avec au moins 4 processus de redevabilité mutuelle (N = 17).....	8
Figure 6 : Scores cumulés des pays participants sur 4 indicateurs de redevabilité	8
Figure 7 : Part du budget national alloué à la santé en 2013.....	9
Figure 8 : Exécution du budget du secteur de la santé du gouvernement en 2013.....	9
Figure 9 : Scores moyens des pays participants concernant 3 indicateurs de gestion financière	10
Figure 10 : Scores moyens des pays participants concernant les sept indicateurs	10
Figure 11 : Scores des pays pour les 7 indicateurs d'efficacité du développement par année d'ancienneté dans l'IHP+	11
Figure 12 : Scores des pays pour les 7 indicateurs d'efficacité du développement en % du financement externe de la santé	11
Figure 13 : Proportion des fonds de développement décaissés à travers un mécanisme aligné sur le cadre sectoriel de résultats	13
Figure 14 : Proportion des partenaires au développement dans les pays sélectionnés qui sont alignés sur le cadre sectoriel de résultats.....	13
Figure 15 : % de pays où les partenaires au développement ont signalé au moins un type d'appui aux OSC.....	14
Figure 16 : Proportion des pays dans lesquels le partenaire au développement participe aux évaluations mutuelles	14
Figure 17 : Scores des partenaires au développement sur les 3 indicateurs de redevabilité	15
Figure 18 : Exécution du budget des partenaires au développement dans le secteur santé en 2013..	15
Figure 19 : Exécution combinée du budget du gouvernement et des partenaires au développement dans le secteur de la santé en 2013.....	16
Figure 20 : Prévisions de dépenses des partenaires au développement disponibles au ministère de la santé	16
Figure 21 : % de l'aide totale inscrite dans le budget.....	16
Figure 22 : % de l'aide des partenaires au développement inscrite dans le budget national	16
Figure 23 : % des fonds des partenaires utilisant les systèmes nationaux de GFP.....	17
Figure 24 : % des partenaires au développement utilisant les procédures GFP dans les pays avec un CPIA \geq 3.5.....	17
Figure 25 : % des partenaires utilisant les procédures de GFP dans les pays avec un CPIA \geq 3,5.....	17
Figure 26 : Scores des partenaires au développement sur 4 indicateurs de coopération financière ..	17
Figure 27 : Score global des partenaires au développement sur sept indicateurs	18
Figure 28 : Corrélations entre les résultats des partenaires au niveau des pays.....	18

Acronymes et abréviations

CAD/OCDE	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
CDC	Center for Disease Control (Centre pour le contrôle des maladies, USA)
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CE	Commission européenne
CNR	Cadre national de résultats
COIA	Commission de l'information et de la redevabilité
CPIA	Evaluation des politiques et des institutions du pays (Banque mondiale)
CRS	Système de notification des pays créanciers (CAD/OCDE)
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GFP	Gestion des finances publiques
GIZ	Agence allemande de coopération internationale pour le développement
GPEDC	Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement
IATI	Initiative internationale pour la transparence de l'aide
IHP+	Partenariat international pour la santé
IHP+R	IHP+Results
KFW	Banque de développement allemande
MAWG	Groupe de travail sur la redevabilité mutuelle
MS	Ministère de la santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONGI	Organisation non-gouvernementale internationale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la société civile
PD	Partenaire au développement
RDC	République démocratique du Congo
RNB	Revenu national brut
RU	Royaume-Uni
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
USD	Dollar américain

Avant-propos du Groupe consultatif indépendant

Le Partenariat international pour la santé (IHP+) vise à obtenir de meilleurs résultats de santé grâce à une coopération au développement plus efficace. Le principe fondamental en vertu duquel il opère est qu'en appliquant les principes convenus dans les forums mondiaux de haut niveau successifs sur l'efficacité de l'aide (de Paris à Accra et Busan) et en les adaptant aux besoins du secteur de la santé, la coopération au développement aidera à construire des systèmes de santé durables qui produiront de meilleurs résultats.

Depuis la création de l'IHP+ en 2007, le suivi indépendant des réalisations du partenariat fait partie intégrante de l'accord. Dans ce rapport, le consortium IHP+Results (IHP+R) présente les résultats du quatrième cycle de suivi de l'IHP+, réalisé au cours de l'année 2014.

A cette heure, 36 pays à faibles et moyens revenus, de même que 29 partenaires au développement, se sont engagés aux niveaux mondial et national à améliorer l'efficacité de leur coopération. Le quatrième cycle de suivi de l'IHP+ comprend donc un plus grand nombre d'agences et de pays participants. Il continue d'être basé sur les informations déclarées par les acteurs eux-mêmes mais, contrairement aux cycles précédents, la collecte de données a été réalisée et/ou validée au niveau des pays. Plus encore, le rapport montre également les tendances des indicateurs sélectionnés au cours des quatre cycles de suivi.

Tout exercice de collecte de données qui vise à fournir un ensemble de données comparables au niveau international implique inévitablement de faire des compromis entre : assurer la focalisation et la pertinence politique ; limiter les demandes imposées aux homologues nationaux et à des systèmes administratifs faibles ; permettre d'appréhender divers contextes nationaux et approches de développement adoptées par les différents partenaires ; et trouver des indicateurs qui sont à la fois significatifs et mesurables. Le consortium, en travaillant en étroite collaboration avec l'équipe de base de l'IHP+, a traité ces demandes avec attention et compétence. Bien qu'inévitablement, il demeure une certaine marge d'interprétation, le rapport tire plusieurs conclusions importantes.

La durée de l'adhésion à l'IHP+ est associée à une meilleure performance des pays, et les performances des gouvernements et de leurs partenaires au développement sont étroitement corrélées. En d'autres termes, les partenaires au développement sont susceptibles de mieux se comporter dans un environnement politique plus propice. Il apparaît également que les pays partenaires continuent à respecter leurs engagements d'établir des stratégies robustes dans le secteur de la santé, de disséminer des rapports sur les résultats et de prendre des mesures en vue de renforcer la redevabilité mutuelle. Cependant, une préoccupation constante est que malgré les efforts déployés par les pays récipiendaires d'aide pour renforcer leurs systèmes de gestion financière, l'utilisation de ces systèmes par les partenaires au développement a diminué de façon significative.

Ces résultats, qui sont bien documentés dans le rapport, appellent une autre conclusion qui remet en cause l'un des principes fondamentaux de l'IHP+ – à savoir que l'adhésion à un ensemble de principes sur lesquels tous les partenaires sont d'accord se traduira par un changement radical et rapide permettant de canaliser l'aide de façon plus efficace. Au contraire, au vu des résultats des quatre cycles de suivi successifs, il semble plus réaliste de conclure que l'efficacité de l'aide est un processus qui exige de la persévérance, une sensibilité au contexte et des efforts soutenus.

Les problèmes qui sont traités par l'IHP+ sont complexes et tributaires de changements qui ont lieu à la fois dans l'environnement international et dans les contextes nationaux. La résolution de ces problèmes dépend de la rapidité avec laquelle les capacités institutionnelles se renforcent dans les pays, et de la mesure dans laquelle les partenaires au développement sont prêts à investir dans la

confiance et à tolérer les risques ; or, aucune de ces questions n'est sujette à des solutions rapides. On peut donc conclure que l'IHP+ ne doit pas être mal considéré pour ne pas réussir à transformer d'un seul coup l'environnement de l'aide dans le secteur de la santé dans les pays membres. Au contraire, il devrait être félicité pour son effort soutenu et l'expansion progressive de son influence.

Cette conclusion est corroborée par les discussions et les recommandations issues de la cinquième rencontre des équipes santé des pays de l'IHP+, qui a eu lieu à Siem Reap, au Cambodge, en décembre 2014. Les participants y ont convenu qu'alors que les « sept comportements » de l'IHP+ continuent d'être pertinents dans une vaste gamme de situations, l'amélioration des performances requerra une action soutenue de la part de tous les partenaires – les gouvernements, les partenaires au développement au niveau des sièges et des pays, les OSC, le secteur privé et les nouveaux acteurs du développement tels que les BRICS. Il demeure un besoin de mieux comprendre les causes sous-jacentes à la faible performance, et de créer des incitants au changement au sein des différentes organisations. Un dialogue franc et transparent est nécessaire pour résoudre ces problèmes de longue date qui persistent encore.

Le rapport se concentre principalement et à juste titre sur le mandat donné au consortium de documenter les progrès vis-à-vis des résultats attendus. En particulier, ce cycle de suivi devait examiner les changements au regard de quatre des sept comportements associés à une coopération au développement efficace. Cependant, les partenaires de l'IHP+ devraient également lire ce rapport en ouvrant l'œil sur les questions politiques plus larges qu'il soulève.

L'environnement des politiques de développement évolue rapidement. Les budgets d'aide sont soumis à une pression accrue. La géographie de la pauvreté est en train de changer, avec la majorité des pauvres (en termes absolus) qui résident maintenant dans les pays à revenus intermédiaires. En conséquence, on accorde une attention croissante à l'ensemble des sources de financement (par opposition à l'isolement de l'aide) et une nouvelle génération d'objectifs mondiaux de développement cherchera à accorder une attention renouvelée à la durabilité et à des solutions qui nécessitent la solidarité entre tous les pays, riches et pauvres.

Le rapport qui suit contient plusieurs idées importantes et soulève des questions cruciales pour l'avenir.

La plus fondamentale concerne le principe de base selon lequel l'amélioration de l'efficacité de l'aide donne de meilleurs résultats de santé. L'idée qu'elle contribue à renforcer les capacités institutionnelles et à renforcer les systèmes de santé semble assurée, mais pour maintenir le soutien au précieux travail de l'IHP+, il est nécessaire de démontrer les liens avec les résultats. Cela requiert probablement des approches novatrices et complémentaires.

De même, si on observe, par exemple, que les partenaires au développement continuent à ne pas utiliser les systèmes de gestion financière des pays, en dépit des progrès évidents qui les rendent plus robustes, il devient nécessaire de préciser les conséquences et de clarifier pourquoi c'est important. Ceci nécessitera plus d'informations qualitatives des différents pays.

Un principe logique de l'IHP+ est qu'une plus grande participation de la société civile permettra d'améliorer la redevabilité. Les études de cas pays au Mali et en RDC soulèvent des questions difficiles à cet égard et montrent des différences claires entre les perspectives des organisations de la société civile et des gouvernements. Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que les progrès en termes d'engagement significatif de la société civile ont été moindres que prévu. Le rapport suggère qu'on a pris du retard dans la prise en considération approfondie du rôle et du but de la société civile, et des mécanismes par lesquels les acteurs non étatiques, plus généralement, devraient être engagés dans les processus de santé et le développement.

Sur la redevabilité plus généralement, le rapport fait des suggestions précieuses sur les options pour l'avenir. Il signale le choix et les compromis entre le renforcement d'un système indépendant, par opposition à une intégration plus étroite avec le processus global conçu pour suivre le Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (GPEDC). En outre, il sera important de prendre en compte le point de vue de ceux qui prônent une plus grande attention à la redevabilité « indépendante » plutôt que « mutuelle », en tirant les leçons, par exemple, du groupe de revue externe indépendant établi à la suite du rapport de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant.

Enfin, grâce à son travail au cours des huit dernières années, le consortium IHP+R a contribué au développement de la plus grande base de données mondiale sur la coopération au développement dans le secteur de la santé. En outre, l'équipe de base de l'OMS et de la Banque mondiale qui gère l'IHP+ a accumulé une expérience inégalée des réalités de l'amélioration de l'efficacité de l'aide dans un secteur complexe et fragmenté. Il est vital que cette expérience combinée soit communiquée largement et plus efficacement, afin qu'elle puisse mieux informer les pays et leurs partenaires au développement. Ce rapport se concentre sur les agences et les pays qui ont adhéré à l'IHP+. Cependant, ses messages et les méthodes de travail qu'il décrit méritent d'informer beaucoup plus largement la façon de coopérer dans la santé et le développement.

Andrew Cassels

Chercheur senior, Programme de santé mondiale
Institut de hautes études internationales et du développement
Genève, Suisse

Brenda Killen

Directrice adjointe
Direction de la coopération pour le développement
OCDE
Paris, France

Résumé exécutif

Le Partenariat International pour la Santé (IHP+), lancé en 2007, en est à sa huitième année de fonctionnement. Grâce à ce partenariat et ses pactes mondial et nationaux, 36 pays en développement et 29 partenaires au développement se sont engagés à améliorer l'efficacité de leur coopération au développement, chiffres qui ont augmenté de façon constante au fil du temps. Les objectifs d'efficacité de la coopération au développement ont évolué suite aux engagements pris lors du quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide à Busan en 2011. L'objectif de l'IHP+ est resté celui d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, en encourageant les partenaires à travailler ensemble de manière efficace pour construire des systèmes de santé durables ; et en appliquant les principes adoptés dans les Forums de haut niveau sur la coopération au développement pour atteindre une coopération dans le secteur de la santé plus efficace.

En décembre 2012, lors de la 4e réunion des équipes santé des pays à Nairobi, les participants ont identifié sept principes opérationnels de coopération dans le secteur de la santé. Les partenaires internationaux au développement devraient adhérer à ces principes afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Les récentes réunions des chefs de file mondiaux de la santé ont fortement soutenu une action renouvelée sur ces « sept comportements ».

L'efficacité de la coopération au développement a été mesurée au travers de quatre cycles de suivi depuis 2007. Le quatrième cycle de suivi de l'IHP+ en 2014 a évalué le niveau d'adhésion des pays et des partenaires au développement à quatre des « sept comportements ». Cette évaluation de la performance diffère des cycles de suivi précédents du fait que les données ont été recueillies au niveau des pays par les ministères de la santé (MS).¹ Cette approche a été choisie pour renforcer la redevabilité des partenaires de la santé vis-à-vis de leurs engagements au niveau des pays. Vingt-quatre pays partenaires ont participé à ce cycle de suivi, soit cinq de plus qu'en 2012. Trente-sept partenaires au développement ont fourni des données, contre 17 durant le cycle précédent. Quatre ONG internationales ont participé pour la première fois. L'ensemble des résultats comprend des données provenant de 24 ministères de la santé et de 213 bureaux pays de partenaires au développement. Ceci représente actuellement la plus grande base de données mondiale relative à la coopération au développement en matière de santé.

¹ À l'exception des données de GAVI et du Fonds mondial qui n'ont pas de représentation permanente dans les pays.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Messages clés

1. L'adhésion à l'IHP+ est associée à une meilleure performance des pays en matière d'efficacité de la coopération au développement

2. Les performances des gouvernements et des partenaires sont corrélées

3. Les pays partenaires continuent à respecter leurs engagements à établir des stratégies sectorielles de santé, à mesurer les résultats et à renforcer la redevabilité

Etablissement d'un cadre sectoriel de résultats	EN PROGRÈS
Engagement de la société civile dans la politique et la planification sanitaire	STAGNATION
Évaluation conjointe de la stratégie nationale, y compris les objectifs et les budgets	EN PROGRÈS
Mise en œuvre de politiques et procédures permettant la redevabilité mutuelle	STAGNATION

4. Les partenaires au développement s'alignent de plus en plus et continuent de participer aux processus de redevabilité au niveau des pays

Appui à et utilisation des cadres nationaux de résultats et proportion des fonds suivis à travers les cadres nationaux de résultats	EN PROGRÈS
Appui aux OSC pour leur participation dans les processus politiques de santé	EN PROGRÈS
Participation à des évaluations mutuelles des progrès de la mise en œuvre des engagements	STAGNATION

5. Les pays partenaires améliorent leurs financements et dans une certaine mesure, la gestion financière dans le secteur de la santé

Part du budget alloué à la santé et niveau d'exécution du budget	EN PROGRÈS
Prévisibilité du financement de la santé sur les 3 prochaines années par le biais d'un budget glissant ou d'un cadre des dépenses à moyen terme	EN PROGRÈS
Qualité de la gestion des finances publiques selon l'indice CPIA	STAGNATION

6. La performance des partenaires au développement au regard du financement et de la gestion financière a décliné

Niveau d'exécution des budgets d'aide au secteur de la santé en 2013	EN DÉCLIN
Proportion de l'aide au gouvernement inscrite dans le budget national de la santé	STAGNATION
Prévisibilité des financements communiqués au gouvernement pour 2015-2017	EN DÉCLIN
Proportion de l'aide utilisant les procédures de gestion financière nationales	EN DÉCLIN

L'adhésion à l'IHP+ est associée à une meilleure performance des pays en matière d'efficacité de la coopération au développement

La performance des pays membres est corrélée avec la durée de l'adhésion à l'IHP+. La corrélation est plus forte pour ce qui concerne la redevabilité que pour les indicateurs financiers. Il y a aussi une corrélation positive entre les scores des indicateurs de performance financiers et le niveau de financement externe. Ces résultats peuvent indiquer un effet positif du partenariat IHP+ sur la performance, ou que les pays ayant des mécanismes de coopération les plus développés étaient plus susceptibles d'avoir rejoint tôt l'IHP+, ainsi que d'avoir reçu du soutien au secteur de la santé par les agences internationales.

La performance des gouvernements et celle des partenaires au développement sont corrélées

Les scores de performance des gouvernements et des partenaires au développement dans les 24 pays participants sont corrélés, ce qui suggère que les partenaires au développement peuvent être plus efficaces dans les pays avec un environnement politique favorable, et que les pays qui travaillent avec des partenaires au développement efficaces peuvent avoir plus d'incitation à améliorer leurs politiques et leurs systèmes.

Les pays partenaires continuent à respecter leurs engagements à établir des stratégies sectorielles de santé, à mesurer les résultats et à renforcer la redevabilité

Les 17 pays qui ont participé aux cycles de suivi précédents étaient plus susceptibles d'avoir un cadre de résultats sectoriels en place que les sept pays qui ont participé pour la première fois. Les ministères de la santé ont signalé un niveau élevé de participation des organisations de la société civile (OSC) dans les processus de politique et de planification de la santé, à l'exception de la participation à l'élaboration du budget et à l'allocation des ressources, où une diminution de 50% a été enregistrée depuis le dernier cycle de suivi. Sur les 17 pays qui ont participé aux cycles précédents, 16 (94%) ont maintenant une évaluation conjointe des stratégies en place. Deux tiers des pays ont signalé qu'au moins quatre des cinq processus de redevabilité sont en place. Chacun des cinq processus a été plus fréquemment signalé par les 17 pays qui ont participé à des cycles de suivi précédents que par les pays qui y ont participé pour la première fois.

Les partenaires au développement s'alignent de plus en plus et continuent de participer aux processus de redevabilité au niveau des pays

La proportion des dépenses des partenaires au développement qui sont alignées sur le cadre national de résultats varie de 98% pour la Banque mondiale à 34% pour l'ONUSIDA. L'alignement a augmenté depuis le dernier cycle de suivi. Dans la plupart des pays, tous les partenaires ont déboursé une certaine proportion de leurs fonds par le biais d'un programme aligné sur le cadre national de résultats, et ont participé aux efforts visant à renforcer ce cadre. L'appui à la participation des OSC dans les politiques et la planification de la santé a légèrement augmenté au cours des cycles précédents : 63% des partenaires au développement ont indiqué leur fournir une aide financière, 56% ont donné une assistance technique, et 37% ont soutenu les OSC à exercer leur plaidoyer. Le soutien financier pour la prestation des services de santé par les OSC a été exclu de l'enquête. Seuls cinq partenaires au développement ont participé à des évaluations mutuelles (par exemple au travers d'une revue annuelle conjointe) dans tous les pays qui ont établi de telles évaluations. Dans les quatorze partenariats pour lesquels des données en série étaient disponibles, le niveau élevé de participation à des évaluations mutuelles, constaté lors des cycles précédents, est resté inchangé. La participation a été plus faible chez les partenaires qui ont soumis des données pour la première fois. Ceci indique une tendance positive vers une plus grande participation à des évaluations mutuelles.

Les pays partenaires améliorent leurs financements et dans une certaine mesure, la gestion financière dans le secteur de la santé

Depuis le dernier cycle de suivi, les gouvernements partenaires ont augmenté la proportion des budgets nationaux alloués à la santé d'une moyenne de huit à dix pour cent. Deux pays ont atteint l'objectif africain d'Abuja de 15%. Le nombre de pays qui ont atteint l'objectif de l'exécution du budget

de 90% a augmenté de 44%. Dix-neuf des 24 ministères de la santé ont déclaré avoir un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) ou un budget triennal glissant. Les données de la base de données de l'Évaluation des politiques et des institutions des pays (CPIA) de la Banque Mondiale n'ont montré aucun changement dans la robustesse de la gestion des finances publiques (GFP) depuis 2005. Douze pays ont un score CPIA supérieur ou égal à 3,5.

La performance des partenaires au développement au regard du financement et de la gestion financière a décliné

Les partenaires au développement ont exécuté 85% de leur budget de coopération au secteur de la santé en 2013, et ont atteint l'objectif de l'exécution du budget de 90% dans environ la moitié des pays pour lesquels ils ont soumis des rapports. L'objectif combiné de 90% d'exécution à la fois du partenaire au développement et du budget national de la santé a été atteint dans neuf des 24 pays participants. Basé sur les dépenses déclarées en 2013 et les informations provenant des ministères de la santé sur la planification future par les partenaires au développement, le consortium IHP+R a estimé que les ministères de la santé avaient des prévisions de dépenses pour environ 86% des fonds de développement dans l'année suivant immédiatement l'enquête, et seulement pour 34% des fonds dans trois ans. Presque tous les partenaires au développement ont signalé une réduction significative du pourcentage de l'aide inscrite au budget par rapport aux cycles précédents, à l'exception de la Belgique et du Fonds mondial qui ont atteint l'objectif de 85%. Globalement, la proportion des fonds externes pour la santé enregistrés dans les budgets nationaux était similaire au cycle de suivi précédent, à hauteur de 71% ; et beaucoup plus faible que dans le premier cycle de suivi, lorsqu'il était signalé à 81%. Parmi les huit pays avec des données des cycles précédents et des systèmes de GFP relativement sains (score CPIA > 3,5), l'utilisation des systèmes publics nationaux pour la gestion des fonds internationaux de développement a baissé à un bas niveau de 41%, comparé à un niveau de 65% lors du cycle précédent.

Leçons tirées des pays cibles sur le processus de suivi

L'approche pilote d'appui ciblé dans le pays pour le suivi de la performance de l'IHP+, menée au Mali et en RDC, a généré trois principaux enseignements :

- ✓ Le suivi de la performance de l'IHP+ a été considéré comme une contribution utile dans le dialogue sur les politiques de santé par toutes les parties prenantes nationales. L'appui au processus dans le pays a permis d'améliorer la qualité et le niveau du suivi de la performance. Le niveau d'assistance requis par le ministère de la santé pour gérer le processus de suivi de la performance varie entre les pays.
- ✓ La communication et la discussion des résultats des évaluations de la performance précédentes se sont limitées aux départements techniques des gouvernements et des agences de développement. Les résultats sont peu connus du public, y compris de la part des OSC travaillant dans la santé. Cela a limité l'impact politique potentiel des rapports de performance, et a été décrit comme une « occasion manquée » de lier le suivi de la performance du développement aux systèmes de redevabilité à travers le Parlement, les médias et la société civile.
- ✓ Les coûts de transaction du suivi de l'IHP+ sont considérés comme raisonnables, mais les parties prenantes dans les deux pays ont recommandé un plus grand effort pour inclure des indicateurs de performance du développement dans les systèmes de collecte de données de routine et ce, afin d'accroître la fiabilité des données et de les rendre accessibles plus régulièrement et en temps opportun.

Leçons tirées des pays cibles sur le rôle de la société civile

Les organisations de la société civile ont un apport important dans la prestation de services de santé, mais considèrent leur engagement dans les processus d'élaboration de la politique et de planification de la santé comme plus souvent symbolique que de fond. Il s'agit d'une grande différence par rapport aux vues exprimées par les ministères de la santé. Alors que les partenaires au développement ont signalé appuyer la société civile, les OSC estiment que la plupart de l'appui financier a été lié à la prestation de services, et que le rôle des OSC dans la promotion de la redevabilité du secteur

public a souvent été négligé. La question de savoir qui devrait représenter la société civile dans les processus politiques du secteur de la santé est complexe, car des rôles et des intérêts multiples et divergents existent. Les OSC au niveau national et international ont jusqu'à présent eu relativement peu d'informations et se sont peu impliquées dans le suivi de la performance de l'IHP+.

Conclusions et perspectives

Le lien avec les processus de suivi de Paris et de Busan a été un élément clé de l'évaluation de la performance de l'IHP+ depuis 2010. L'intégration de l'évaluation de la performance de l'IHP+ dans le cadre du suivi du GPEDC exigerait une coordination plus étroite dans la définition des indicateurs et des méthodes de collecte de données. Le transfert d'une plus grande part du processus de suivi de l'IHP+ vers les ministères de la santé peut potentiellement stimuler le dialogue au niveau des pays entre les partenaires sur les concepts et les performances, de même que fournir l'espace pour une meilleure validation des données auto-déclarées. Il demeure cependant très pertinent de réaliser une agrégation globale des informations sur l'état et les tendances de la coopération au développement dans le secteur de la santé. La comparaison et la publication des données sur la performance des pays et des partenaires au développement est susceptible d'avoir contribué à l'amélioration de la performance documentée depuis 2007, même si le changement est plus prononcé pour les pays que pour les agences de développement. En outre, il semble que certains des obstacles institutionnels persistants qui s'opposent aux progrès des partenaires au développement exigent des réponses politiques qui doivent être faites au niveau des sièges, et qui sont susceptibles d'être mieux influencées par le dialogue et la redevabilité au niveau mondial. L'intégration du suivi de l'efficacité de la coopération au développement dans les systèmes nationaux d'information de routine devrait être explorée davantage. Bien que des efforts de rationalisation se poursuivent, il est important de consacrer suffisamment de temps aux futurs cycles de suivi de l'IHP+.

L'IHP+ doit également reconnaître que son partenariat pourrait atteindre plus efficacement davantage de partenaires au niveau mondial, ainsi que de nombreux acteurs des systèmes de santé au niveau des pays. Depuis le début, l'IHP+ promeut activement une large participation, y compris celle des OSC au niveau des pays et au niveau mondial; la participation élargie dans le suivi 2014 de la performance de l'IHP+ à travers l'approche par pays (voir par exemple la participation des partenaires non IHP+ et ONGI); et il continue à accueillir de nouveaux membres (à la fois des pays et des partenaires au développement). Pourtant, il est encore possible d'élargir le groupe de partenaires (y compris les BRICS) et de pays impliqués pour assurer une coopération au développement plus efficace et une meilleure redevabilité. Il est tout aussi important pour le dialogue politique sur l'efficacité de la coopération au développement et sur la redevabilité d'être plus inclusif au niveau des pays, en incluant d'autres parties prenantes telles que les élus, les médias et les OSC non impliquées dans la santé telles que les syndicats.

Sur base de l'expérience de la collecte de données pour le quatrième cycle de suivi de la performance de l'IHP+, des consultations avec les partenaires dans les deux pays cibles et d'un examen des mécanismes mondiaux de redevabilité pour la coopération au développement, le consortium IHP+R a identifié un certain nombre d'approches possibles pour le suivi et la redevabilité mutuelle de l'IHP+:

- Continuer à renforcer le suivi et la redevabilité dirigés par les pays
- Établir des mécanismes de redevabilité par les pairs plus forts
- Établir des liens plus étroits avec les mécanismes internationaux de redevabilité sociale
- Intégrer le suivi de la coopération au développement et des résultats en matière de santé
- Intégrer l'évaluation de la performance de l'IHP+ avec le mécanisme de suivi du GPEDC.

Ces approches ne sont pas mutuellement exclusives, et elles ne constituent pas des recommandations d'actions. Il s'agit d'une contribution à la discussion sur les futures approches de suivi de l'efficacité de la coopération au développement et de redevabilité.

Le quatrième cycle de suivi de la performance de l'IHP+ a de nouveau démontré que le partenariat a contribué à un plus grand alignement de la pratique de la coopération au développement en santé sur les principes de l'efficacité du développement. Il a également montré les lacunes persistantes de ce processus. L'élimination de ces lacunes demande des efforts continus, et peut-être une approche révisée ou étendue. Le consortium IHP+R avait pour tâche d'analyser les progrès et de documenter les résultats. Il appartient maintenant aux partenaires de l'IHP+ d'en tirer des conclusions et d'entamer des actions.

Le site Web de l'IHP+ donne accès aux principaux résultats du suivi 2014.² Les fiches de performance des pays et des partenaires au développement, ainsi que le rapport global du cycle de suivi 2014, peuvent être téléchargés à partir de la même source.

La valeur du cycle de suivi 2014, qui a bénéficié d'une augmentation substantielle de la participation des pays et des partenaires au développement par rapport aux cycles précédents, dépendra de l'utilisation des résultats aux niveaux national et mondial. Surtout au niveau des pays, il est important d'inclure tous les partenaires au développement (ceux qui ont participé et ceux qui n'ont pas participé) et les parties prenantes concernées au niveau national (y compris les autres ministères, les médias, le parlement, les OSC liées à la santé, les OSC non liées la santé, etc.) dans le dialogue politique sur l'efficacité de la coopération au développement, en vue d'apprendre du suivi et de discuter pour savoir comment mieux faire. Les partenaires au développement devraient également discuter des résultats au niveau des sièges, afin d'améliorer encore leurs performances décrites dans ce rapport.

2 Lien : <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/results-evidence/2014-monitoring-round/>

Tableau 1 : Vue d'ensemble de la performance des pays partenaires

SOMMAIRE DE LA PERFORMANCE DES PAYS							
Gouvernement	16 Un cadre de performance sectoriel est-il en place?	26 Le gouvernement appuie-t-il la participation effective de la société civile?	36a Le budget de l'Etat est-il exécuté de manière prévisible?	36b Les fonds du gouvernement sont-ils planifiés sur plus d'une année?	46 Un plan national de santé évalué conjointement est-il en place?	56 Des mécanismes d'évaluation conjointe sont-ils en place?	66 Les systèmes nationaux de gestion des finances publiques sont-ils de bonne qualité?
Bénin	▶	○	▶	▶	▶	▶	▶
Burkina	▶	▶	○	▶	▶	▶	▶
Burundi	▶	○	▶	▶	▶	▶	▶
Cambodge	▶	○	▶	▶	○	▶	▶
Cameroun	○	▶	○	▶	▶	▶	◻
Cap Vert	○	○	▶	▶	○	▶	▶
Côte d'Ivoire	○	○	▶	▶	○	○	▶
El Salvador	◻	○	▶	◻	◻	▶	?
Éthiopie	▶	○	▶	▶	▶	▶	▶
Guinée	◻	○	○	◻	◻	◻	◻
Guinée Bissau	◻	○	○	◻	○	◻	◻
Mali	▶	○	○	◻	▶	○	▶
Mauritanie	○	○	▶	▶	▶	○	◻
Mozambique	▶	○	▶	▶	▶	▶	▶
Népal	▶	○	▶	▶	▶	▶	▶
Niger	▶	▶	○	▶	▶	▶	▶
Nigeria	▶	▶	▶	▶	▶	○	◻
Ouganda	▶	○	?	▶	▶	▶	◻
RDC	▶	○	○	▶	▶	▶	▶
Sénégal	▶	▶	○	▶	▶	▶	▶
Sierra Leone	▶	▶	▶	▶	▶	○	▶
Soudan	▶	○	?	▶	▶	○	▶
Togo	▶	▶	○	▶	○	▶	◻
Vietnam	▶	○	▶	◻	○	▶	▶

Les symboles de notation indiquent si le gouvernement et/ou les partenaires au développement ont atteint la cible , s'il y a des preuves d'action  ou pas . L'action est évaluée par des preuves de travail fourni au regard de l'indicateur.

Le nombre de pays pour lesquels le partenaire au développement a fourni des données est présenté entre parenthèses dans le tableau 2.

-  CIBLE ATTEINTE
-  PREUVE D'ACTION
-  PAS DE PREUVE D'ACTION
-  PAS DE DONNÉES
-  SYSTÈME NATIONAL EN DÉVELOPPEMENT

Tableau 2 : Vue d'ensemble de la performance des partenaires au développement

SOMMAIRE DE LA PERFORMANCE DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

Partenaires au développement	1DP Les partenaires utilisent-ils le cadre de performance sectoriel?	2DP Les partenaires appuient-ils la participation effective de la société civile?	3DPa Les fonds des partenaires sont-ils déboursés de manière prévisible?	3DPb Le gouvernement a-t-il l'information sur les prévisions de dépenses des partenaires sur trois ans?	4DP L'aide des partenaires apparaît-elle dans le budget national?	5DP Les partenaires utilisent-ils les mécanismes d'évaluation conjointe?	6DP Les partenaires utilisent-ils les systèmes nationaux de gestion des finances publiques?
Allemagne (GIZ & KfW) (7)	▶	○	○	◻	○	▶	○
Alliance GAVI (22)	▶	▶	▶	○	○	○	○
Australie (2)	▶	▶	▶	◻	○	○	○
Banque Africaine de Développement (2)	▶	○	▶	◻	▶	○	?
Banque Asiatique de Développement (1)	▶	◻	▶	▶	○	◻	▶
Banque Mondiale (15)	○	○	○	○	○	○	○
Belgique (Belgique, Flandre, Wallonie) (8)	▶	○	○	○	○	○	○
Canada (4)	▶	○	▶	○	○	○	▶
Commission Européenne (11)	▶	○	○	○	○	▶	▶
Corée du Sud (1)	▶	▶	▶	◻	◻	▶	◻
Espagne (7)	▶	○	○	◻	○	○	▶
FNUAP (15)	▶	○	▶	○	○	○	○
Fonds Mondial (24)	○	○	○	○	○	○	○
France (7)	▶	○	○	○	○	○	○
GOAL (1)	▶	▶	?	○	◻	◻	◻
Irlande (2)	▶	▶	▶	◻	▶	▶	▶
Italie (2)	▶	○	○	○	○	▶	◻
Japon (3)	▶	○	▶	○	▶	▶	◻
Luxembourg (3)	▶	▶	▶	○	○	▶	▶
OMS (23)	▶	○	▶	○	○	○	○
ONU Femmes (1)	◻	▶	▶	◻	◻	◻	◻
ONUSIDA (8)	▶	▶	▶	◻	○	▶	○
Organisation Internationale du Travail (1)	◻	◻	▶	◻	◻	◻	◻
Programme Alimentaire Mondial (1)	▶	▶	○	◻	◻	▶	◻
Pathfinder (1)	▶	◻	▶	◻	◻	▶	◻
Pays-Bas (5)	▶	▶	▶	◻	○	○	▶
Plan (2)	▶	▶	▶	▶	○	◻	◻
PNUD (1)	▶	▶	○	?	▶	◻	◻
Portugal (1)	◻	▶	▶	◻	○	▶	○
Royaume-Uni (5)	▶	▶	▶	◻	▶	▶	○
Save the Children (2)	▶	▶	○	○	▶	◻	▶
UNICEF (16)	▶	○	○	○	○	▶	○
USAID (Incl. CDC) (5)	▶	○	▶	○	○	○	○

1. Introduction

Le Partenariat International pour la Santé (IHP+), lancé en 2007, en est à sa huitième année de fonctionnement. Grâce à ce partenariat et à ses pactes mondial et nationaux, 36 pays en développement et 29 partenaires au développement se sont engagés à améliorer l'efficacité de leur coopération au développement, chiffres qui ont augmenté de façon constante au fil du temps. Les objectifs en matière d'efficacité du développement ont évolué suite aux engagements pris lors du quatrième forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide tenu à Busan en 2011. Néanmoins, l'objectif de l'IHP+ est resté celui d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en améliorant la qualité, la gestion et l'efficacité de l'aide et des ressources nationales allouées à la santé, conformément aux principes de Paris sur l'efficacité de l'aide ; et en travaillant efficacement ensemble pour construire des systèmes de santé durables.

Lors de la 4e réunion des équipes santé des pays de l'IHP+ à Nairobi en décembre 2012, les participants ont identifié sept principes opérationnels de coopération dans le secteur de la santé que les partenaires internationaux au développement devraient respecter afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé. Les récentes réunions des chefs de file mondiaux de la santé ont fortement soutenu une action renouvelée sur ces « sept comportements ». Le cycle de suivi 2014 de l'IHP+ a évalué le niveau d'adhésion au regard de quatre de ces principes.

Tableau 3 : Les 7 comportements pour une coopération efficace dans le secteur de la santé

Les sept comportements	Mesurés lors du suivi 2014 de l'IHP+
1. Accord sur les priorités qui sont reflétées dans une seule stratégie nationale de santé et les stratégies sous-sectorielles sous-jacentes, à travers un processus de développement inclusif et une évaluation conjointe, et réduction des exercices distincts.	
2. Apports de ressources enregistrés dans le budget et alignés sur les priorités nationales.	
3. Systèmes de gestion financière harmonisés et alignés ; renforcement des capacités requises fait ou en cours, et systèmes nationaux renforcés et utilisés.	
4. Systèmes d'approvisionnement et de passation des marchés harmonisés et alignés ; systèmes parallèles éliminés ; systèmes nationaux renforcés et utilisés avec un accent sur le meilleur rendement des ressources. L'appropriation nationale peut se concevoir en bénéficiant d'un approvisionnement global.	
5. Suivi conjoint des processus et des résultats basé sur une plateforme unique d'information et de redevabilité, y compris des revues annuelles conjointes, qui définit les actions à mettre en œuvre et renforce la redevabilité mutuelle.	
6. Opportunités d'apprentissage systématique entre les pays, développées et soutenues par les agences (sud-sud / coopération triangulaire).	
7. Fourniture d'un appui technique stratégiquement planifié et bien coordonné.	

La performance de l'IHP+ a été évaluée à trois reprises avant le cycle de suivi actuel : au départ en 2007, et par la suite en 2010 et 2012. Les rapports de performance précédents documentent des progrès vers une coopération plus efficace dans certains domaines, plus notables du côté des gouvernements des pays que chez leurs partenaires internationaux. Les progrès ont été particulièrement lents concernant les indicateurs financiers clés, y compris l'inscription des ressources externes fournies au secteur public dans les budgets nationaux, et l'amélioration de la prévisibilité des financements.

Cette quatrième évaluation de la performance a intégré les leçons des cycles de suivi antérieurs. Elle a suivi une méthodologie établie dans certains domaines afin de documenter les tendances, mais il a fallu envisager une approche différente pour la collecte des données et affiner certains des indicateurs. Elle a également répondu aux deux principales critiques adressées aux cycles antérieurs : les coûts de transaction relativement élevés du suivi et le manque de validation des données auto-déclarées.

Lors des cycles de suivi précédents, les gouvernements des pays en développement et leurs partenaires internationaux ont présenté séparément les progrès réalisés en vue d'atteindre leurs engagements. En 2014, toutes les données ont été rassemblées et présentées par les gouvernements des pays en développement, y compris les données des partenaires au développement participants. Ce changement vise à renforcer la redevabilité au niveau des pays vis-à-vis des engagements pris à travers les pactes nationaux.

Le consortium IHP+Results (IHP+R) a appuyé la collecte des données par les ministères de la santé (MS) à travers une assistance technique à distance par un expert international en systèmes de santé. Une approche alternative a été pilotée dans deux pays où des consultants ont été engagés sur place pour soutenir le ministère de la santé tout au long du processus, ceci depuis la collecte des données jusqu'à la communication des résultats. Pour étudier les contraintes de la participation de la société civile dans l'IHP+, une enquête mondiale auprès des organisations de la société civile (OSC) a été entreprise, ainsi que des tables rondes et des discussions de groupe dans les deux pays cibles.

Enfin, le consortium IHP+R a examiné le concept et la mise en œuvre de la redevabilité, un principe clé de l'IHP+ émanant de la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide. Il s'agit d'une contribution à une discussion approfondie sur les futures approches du suivi de l'efficacité du développement et de la redevabilité.

2. La façon dont la performance a été suivie en 2014

2.1. APPROCHE GLOBALE

En décembre 2012, les participants à la 4e réunion des équipes santé des pays de l'IHP+ à Nairobi se sont accordés sur six questions à suivre en 2014 (annexe 1, tableau 6) ainsi que sur un certain nombre de principes qui ont ensuite été intégrés par le Groupe de travail sur la redevabilité mutuelle de l'IHP+ (MAWG) dans les lignes directrices suivantes :

- La participation au suivi continuera d'être volontaire et s'appuiera sur des données auto-déclarées ;
- La décision de participer ainsi que le processus de collecte de données et la discussion sur les résultats seront situés au niveau des pays, sous la direction du ministère de la santé ;
- La performance des gouvernements et des partenaires au développement sera suivie à travers moins d'indicateurs (sept en 2014 contre douze pour le cycle de suivi 2012 de l'IHP+) ;
- Le cadre de suivi sera autant que possible aligné sur le cadre du Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (GPEDC) ;
- Les résultats seront communiqués au moyen de fiches de performance pour promouvoir l'accessibilité et la discussion ; les notes des fiches de performance seront basées sur des objectifs et des critères transparents.

2.2. MÉTHODES

De mai à septembre 2014, IHP+R a recueilli des données à travers deux outils d'enquête, l'un complété par les ministères de la santé (MS) et l'autre par les représentants des partenaires de développement dans les pays, soumis à travers le ministère de la santé. Le ministère de la santé, par l'intermédiaire du point focal IHP+ ou d'un autre membre de son personnel, a fourni une assurance qualité et des clarifications pour toutes les données, avec l'appui d'un consultant international et d'une assistance plein-temps fournie par IHP+R. Le Fonds mondial et GAVI ont complété les outils de collecte des données depuis leur siège. Ces données ont été saisies dans la base de données après validation par le ministère de la santé. IHP+R n'a pas accepté de données directement à partir du siège ou des bureaux pays des partenaires au développement sans la validation préalable par le ministère de la santé des pays.

IHP+R a également exploré la possibilité d'utiliser des sources de données accessibles au public, telles que le système de notification des pays créanciers du CAD/OCDE (CRS), l'Initiative de transparence de l'aide internationale (IATA), les systèmes de gestion de l'information sur l'aide au niveau des pays et les bases de données de l'aide au développement. Les données communiquées par ces systèmes ont cependant été d'une utilité limitée pour le suivi de la performance de l'IHP+. Seul un indicateur du cadre actuel de performance de l'IHP+ pourrait être mesuré par l'importation d'une autre base de données, et des informations partielles sont disponibles pour un second ; en outre, les données n'étaient disponibles que dans un nombre limité de pays participants, et des préoccupations se posaient quant à la qualité et la disponibilité à temps de ces données.

Comme expérience pilote d'appui au suivi des performances au niveau des pays et pour animer un débat national sur la redevabilité mutuelle dans le secteur de la santé, IHP+R a recruté des équipes de consultants locaux au Mali et en République Démocratique du Congo (RDC). Les équipes ont été sélectionnées par les points focaux nationaux de l'IHP+ en consultation avec les partenaires au développement. Les deux équipes ont travaillé sous la direction du point focal national de l'IHP+ avec l'appui d'un consultant international.

Pays participants qui avaient participé aux cycles précédents :

Bénin, Burkina Faso, Burundi, El Salvador, Ethiopie, Mali, Mauritanie, Mozambique, Népal, Niger, Nigeria, RDC, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Togo, Ouganda.

Nouveaux participants :

Cambodge, Cameroun, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée Bissau, Vietnam.

Vingt-quatre gouvernements partenaires ont participé au cycle de suivi 2014 de la performance de l'IHP+, soit cinq de plus qu'en 2012. Sept pays ont participé pour la première fois et deux anciens participants (Djibouti et le Rwanda) n'ont pas participé en 2014. Trente-sept partenaires au développement³ ont fourni des données au niveau des pays, y compris quatre ONG internationales. Ceci représente une augmentation importante de 17 participants en 2012. Deux participants aux cycles précédents, la Norvège⁴ et la Suède, n'ont pas fourni de données en 2014.

Tableau 4 : Questions faisant l'objet d'un suivi et indicateurs de performance

Questions	Indicateurs gouvernementaux	Indicateurs des partenaires au développement
1. La coopération au développement en santé est orientée vers des résultats qui répondent aux priorités des pays en développement	Un cadre national de résultats accepté, transparent et mesurable a été utilisé pour évaluer les progrès du secteur de la santé	Proportion de pays dans lesquels le cadre national de résultats du secteur de la santé a été utilisé
2. La société civile opère dans un environnement qui maximise son engagement et sa contribution au développement	La société civile s'est engagée de façon significative dans les processus politiques du secteur de la santé – y compris les mécanismes de planification, de coordination et de revue du secteur de la santé	L'engagement significatif de la société civile dans les processus politiques du secteur de la santé a été appuyé, y compris dans les mécanismes de planification, de coordination et de revue du secteur de la santé
3. La coopération au développement en santé est plus prévisible	A. Proportion du financement du secteur de la santé décaissé par rapport au budget annuel approuvé B. Prévisions des dépenses publiques de santé disponibles pour 3 ans	A. Pourcentage de l'aide au secteur de la santé destinée au gouvernement décaissée au cours de l'année pour laquelle elle était prévue B. Proportion estimée de l'aide au secteur de la santé couverte par des plans de dépenses prévisionnelles et/ou des plans opérationnels couvrant au moins une période de trois ans à venir
4. L'aide à la santé est inscrite dans le budget	Des plans ou stratégies nationaux du secteur de la santé sont en place, dont les objectifs et les budgets actuels ont été évalués conjointement	Pourcentage de l'aide au secteur de la santé prévue pour décaissement qui est inscrite dans les budgets annuels approuvés par les assemblées législatives des pays en développement
5. La redevabilité mutuelle entre les acteurs de la coopération au développement dans le secteur de la santé est renforcée à travers des revues inclusives	Il existe un processus inclusif d'évaluation mutuelle des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé, qui répond au moins à quatre des cinq critères proposés	Proportion des pays dans lesquels les partenaires au développement ont participé à des évaluations mutuelles des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé, y compris en matière d'efficacité de l'aide
6. Des institutions efficaces : les systèmes des pays en développement sont renforcés et utilisés	Les systèmes de gestion des finances publiques des pays soit (a) adhèrent aux bonnes pratiques généralement acceptées ; soit (b) ont un programme de réforme qui est mis en place pour atteindre cet objectif.	Pourcentage de l'aide au secteur de la santé destinée au gouvernement qui utilise les systèmes nationaux de gestion des finances publiques (dans les pays où les systèmes sont considérés comme adhérant aux standards acceptés, ou qui ont lancé un programme de réformes).

3 Les données ont été combinées pour les partenaires au développement bilatéraux qui utilisent plus d'un canal de coopération. Il s'agit de la Belgique (gouvernements belge, flamand et wallon), de l'Allemagne (GIZ et KfW) et des USA (USAID et CDC).

4 Les contributions aux agences multilatérales et aux ONGI par la Norvège et d'autres pays sont déclarées par ces agences sans indiquer l'origine des fonds. Comme la méthodologie de l'IHP+R ne permet pas de montrer l'origine des fonds, les contributions de la Norvège ne sont pas reflétées dans ce rapport de suivi.

La base de données finale inclut des données provenant de gouvernements de 24 pays en développement et de 213 bureaux dans les pays des partenaires au développement. La performance a été analysée et présentée en utilisant des données groupées. Certains indicateurs ont été analysés et présentés pour tous les pays participants, mais pour l'analyse des tendances, seules les données des 17 pays qui ont participé aux cycles précédents ont été incluses. L'adhérence institutionnelle aux engagements en faveur de l'efficacité du développement par les partenaires au développement a été analysée parmi les 16 partenaires au développement qui ont participé à l'étude dans au moins quatre pays.

Une enquête globale par questionnaire auprès des organisations de la société civile lancée par IHP+R a été largement distribuée à travers un certain nombre de réseaux de la société civile. Malgré plusieurs rappels et des extensions de délais, seules 34 réponses ont été reçues, la plupart venant de deux pays seulement : l'Ouganda et le Pakistan. Le taux de réponse était trop faible pour mener une analyse significative des résultats de l'enquête.

2.3. LIMITES DES DONNÉES

Les données recueillies sont sujettes à d'importantes limitations. Certaines sont héritées du cadre de suivi des cycles précédents, d'autres proviennent de l'alignement sur le processus de suivi du GPEDC. Une discussion complète des limitations est incluse dans l'annexe méthodologique du présent rapport (disponible en ligne).

2.3.1. La portée limitée du cadre de rapportage

L'IHP+ peut avoir fait des progrès dans des domaines qui échappent au cadre de rapportage retenu. IHP+R a fait des efforts pour utiliser des données supplémentaires, telles que les données sur les progrès vers les OMD et sur le financement de la santé, mais cela n'a pas été le sujet principal du présent cycle de suivi.

2.3.2. Les défis méthodologiques relatifs à certains indicateurs

Le cadre de suivi convenu inclut deux nouveaux indicateurs : la disponibilité des CDMT et la disponibilité des prévisions de dépenses à trois ans. Il comprend aussi de nouvelles approches pour mesurer des questions qui étaient déjà suivies : l'utilisation des cadres nationaux de résultats (CNR), la participation significative de la société civile et la disponibilité de mécanismes de redevabilité mutuelle. Certains de ces changements ont soulevé des défis pour la collecte et l'analyse des données, par exemple relatifs à l'utilisation de données notifiées par les gouvernements pour suivre les performances des partenaires au développement quant à l'utilisation des CNR et à l'inscription de l'aide dans le budget.

Pour l'indicateur 3DPa sur la prévisibilité du financement (qui compare les fonds effectivement décaissés avec les décaissements prévus), il y a quelques cas où les données agrégées (sur le devant des fiches de performance) et les données désagrégées (sur le dos des fiches de performance) semblent incohérentes. Cela reflète la méthode d'agrégation utilisée dans les cycles de suivi précédents. Par exemple, le Fonds mondial affiche une performance globale de 100%, alors qu'il y a sept pays qui ont un score de moins de 100%. Ceci est dû au fait qu'il y a eu des décaissements plus élevés que prévu (dans 8 pays) ainsi qu'au fait qu'on a utilisé des agrégats pondérés (dès lors, le volume du programme d'un pays affecte la performance globale), ce qui signifie que les pays avec de grandes enveloppes de ressources qui ont de bonnes performances peuvent masquer de mauvaises performances dans les pays avec de petites enveloppes de ressources. Par ailleurs, les données présentées dans les fiches de performance sont plafonnées à 100%, ce qui peut cacher ce phénomène.

2.3.3. Les données sont auto-déclarées

IHP+R a fait des efforts pour valider les données auto-déclarées en les triangulant avec d'autres analyses de l'efficacité de l'aide, à travers des discussions structurées au niveau des pays, et à travers des revues par les pairs informelles des fiches de performance. En pratique, ces approches se sont révélées trop difficiles à appliquer systématiquement et de façon significative endéans le temps et les ressources disponibles.

2.3.4. Des données limitées provenant de sources auto-sélectionnées

Le nombre de participants a augmenté depuis le dernier cycle de suivi IHP+R et de nouveaux partenaires au développement se sont joints, certains d'entre eux offrant des volumes importants d'aide au secteur de la santé, tels que les gouvernements du Canada, de la France et des Etats-Unis. Il y a cependant encore de nombreuses lacunes. Certains partenaires au développement n'ont pas participé à l'enquête dans tous les pays où ils sont actifs. Il ne peut pas être exclu qu'ils n'ont participé que dans les pays où ils collaborent activement avec le gouvernement sur la politique et les questions techniques, ce qui introduit un biais significatif dans leur fiche de performance. En outre, dans le contexte de l'augmentation du nombre d'acteurs du développement à l'échelle mondiale, l'échantillon touché par ce cycle de suivi est relativement faible. Il ne comprend pas la coopération avec les fondations philanthropiques et le nombre croissant de partenariats Sud-Sud ; et seulement quatre ONG internationales ont participé dans seulement trois des pays participants.

2.3.5. Disponibilité et fiabilité des données

IHP+R a tenté de se concentrer sur « mise en commun de données » plutôt que sur la « collecte de données », en ramassant des données issues des systèmes de suivi existants. Ceci n'a pu être réalisé que dans de rares cas. Les données pour le suivi des performances n'étaient pas facilement disponibles et ont dû être recueillies et vérifiées à travers des processus qui se sont parfois révélés onéreux et ont souvent soulevé des questions de fiabilité. Dans certains pays, il y avait des grandes discordances entre les données financières fournies par les gouvernements et par les partenaires au développement. Comme indiqué, la possibilité d'importer des données provenant de sources internationales disponibles a également été limitée.

2.3.6. Le manque de données qualitatives et permettant l'interprétation

Le développement du cadre de suivi IHP+R a été fortement influencé par des préoccupations relatives aux coûts de transaction du rapportage. En conséquence, les partenaires au développement et les gouvernements n'ont pas été invités à fournir des informations supplémentaires qui auraient permis une analyse plus nuancée de problèmes complexes qui ne peuvent être appréhendés par des indicateurs quantitatifs. Néanmoins, la base de données IHP+R est actuellement la plus grande base de données mondiale sur la coopération au développement dans le secteur de la santé ; les données recueillies sont les meilleures qui soient disponibles et, malgré les limites, elles apportent un éclairage utile sur la performance des signataires de l'IHP+ au niveau des pays et, dans une certaine mesure, aussi d'autres partenaires au développement. Elles devraient être utilisées pour favoriser un dialogue contextualisé et nuancé sur la performance de la coopération dans le secteur de la santé au niveau des pays.

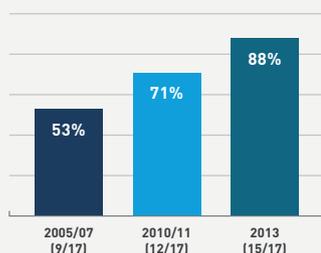
3. La performance des pays partenaires

3.1. LES PAYS PARTENAIRES CONTINUENT À RESPECTER LEURS ENGAGEMENTS À ÉTABLIR DES STRATÉGIES SECTORIELLES DE SANTÉ, À MESURER LES RÉSULTATS ET À RENFORCER LA REDEVABILITÉ

Les données de quatre indicateurs ont été analysées pour évaluer la performance des pays partenaires sur le respect des engagements de redevabilité :

1. La mise en place d'un cadre sectoriel de résultats exhaustif du secteur de la santé ;
2. La participation de la société civile dans les processus de politique et de planification de la santé ;
3. L'évaluation conjointe de la stratégie nationale du secteur de la santé, y compris les objectifs et les budgets ;
4. La mise en œuvre de politiques et procédures favorisant la redevabilité mutuelle.

Figure 1 : Proportion de pays ayant un cadre sectoriel de résultats



Depuis le début du suivi de la performance de l'IHP+, un nombre croissant de pays partenaires ont mis en place un cadre sectoriel de résultats exhaustif du secteur de la santé (Figure 1). Les 17 pays qui avaient participé aux cycles de suivi précédents sont plus susceptibles d'avoir un cadre sectoriel de résultats en place que les sept pays qui ont participé pour la première fois cette année.

Pour suivre l'engagement de la société civile, les ministères de la santé ont rapporté des informations sur la participation des organisations de la société civile (OSC) dans cinq processus de politique et de planification de la santé : les revues annuelles conjointes ; les réunions de coordination du secteur ; les groupes de travail thématiques ou techniques ; l'élaboration du budget et l'allocation des ressources ; l'élaboration du plan de développement sectoriel de la santé à moyen terme. Ce dernier processus a été mesuré pour la première fois dans ce cycle de suivi.

La participation de la société civile dans la politique de santé et les processus de planification telle que reportée par les gouvernements a continué à être aussi élevée que ce qu'annoncé en 2010/11, à l'exception de la participation dans l'élaboration du budget et l'allocation des ressources, où une diminution de 50% a été enregistrée. Cela a réduit considérablement le nombre total de pays qui ont atteint l'objectif pour cet indicateur (Figure 2 pour les 17 pays qui avaient déjà participé au suivi de l'IHP+).

Figure 2 : Nombre de pays où les OSC participent dans chacun des cinq processus de la politique de santé

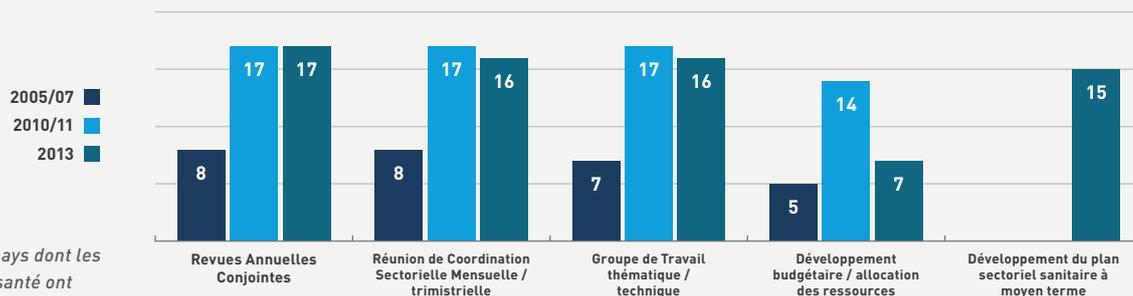
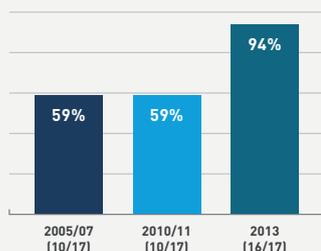


Figure 3 : Proportion de pays dont les stratégies nationales de santé ont été évaluées conjointement

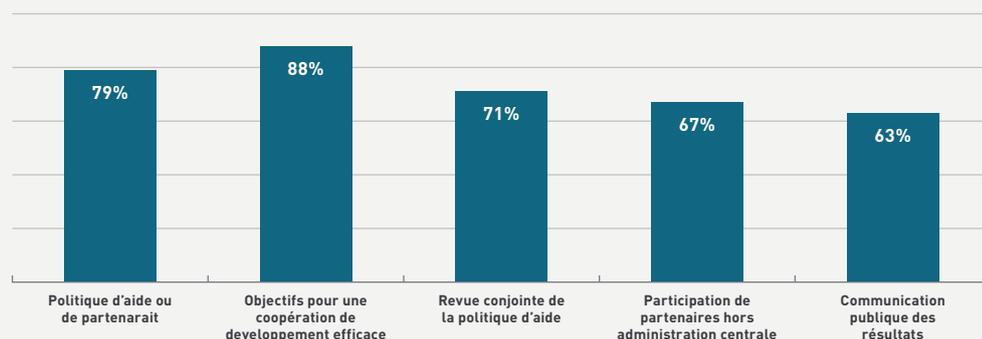


Les pays partenaires ont continué à rapporter qu'ils ont des stratégies et des plans nationaux de santé comprenant les objectifs et les budgets. Sur les 17 pays qui ont participé aux cycles précédents, 16 (94%) ont désormais en place des stratégies évaluées conjointement. C'est une augmentation substantielle comparé aux seuls 10 pays (59%) qui l'avaient rapporté en 2011 (Figure 3). A noter que ceci peut refléter un effet cumulatif (comme les plans stratégiques couvrent généralement une période de 5 ans, et que les rapports IHP+ ne viennent que tous les 2 ou 3 ans), de même qu'une augmentation de cycle en cycle. Parmi les nouveaux pays participants, seul 1 avait une stratégie sanitaire évaluée conjointement.

Cinq processus nationaux ont été suivis afin d'évaluer l'environnement politique de redevabilité mutuelle : (i) l'existence d'une politique d'aide ou de partenariat, (ii) l'inclusion d'indicateurs d'efficacité du développement dans la politique, (iii) la revue conjointe de cette politique, (iv) la participation de la société civile à cette revue, et (v) la communication publique des résultats de la revue.

Les deux tiers des 24 pays participants ont indiqué qu'au moins quatre des cinq processus de redevabilité mutuelle étaient en place. Le processus le plus courant était l'établissement d'objectifs pour une coopération au développement efficace, la moins fréquente était la communication publique des résultats (Figure 4). Les cinq processus ont été plus fréquemment respectés par les 17 pays qui ont participé à des cycles de suivi précédents que par les pays qui ont adhéré pour la première fois à ce suivi.

Figure 4 : % des pays qui ont établi des processus de redevabilité mutuelle (N = 24)



Par rapport à 2010/11, le nombre de pays qui atteignent la cible d'établir au moins quatre critères a légèrement diminué, mais les données ne sont pas strictement comparables en raison des critères plus stricts qui ont été appliqués dans le cycle de suivi de 2014 (Figure 5).

Le score moyen obtenu par les 24 pays participants pour les quatre indicateurs de redevabilité mutuelle était de 74%. Huit pays ont eu un score inférieur à la moyenne. Ce sont généralement les nouveaux membres de l'IHP+, dont l'ancienneté moyenne est de 2,5 ans. Ce chiffre est à comparer aux 16 autres pays qui ont une ancienneté moyenne de 5 ans comme membre de l'IHP+ (Figure 6).

Figure 5 : % des pays avec au moins 4 processus de redevabilité mutuelle (N = 17)

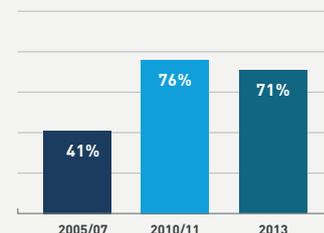
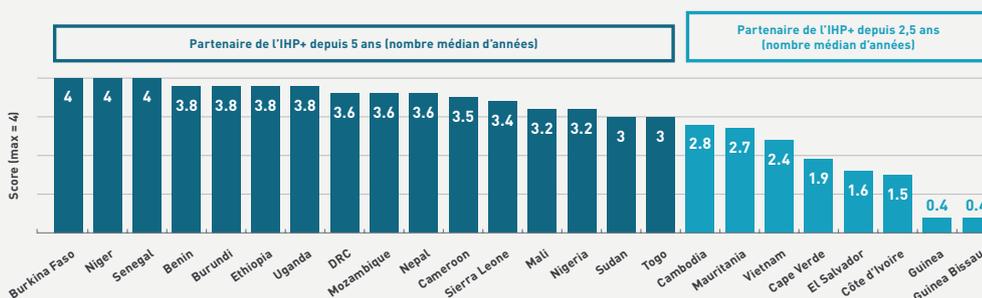


Figure 6 : Scores cumulés des pays participants sur 4 indicateurs de redevabilité



3.2. LES PAYS PARTENAIRES AMÉLIORENT LEURS FINANCEMENTS ET DANS UNE CERTAINE MESURE, LA GESTION FINANCIÈRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Trois indicateurs ont été analysés pour évaluer les progrès des pays partenaires concernant le respect des engagements de transparence et de prévisibilité du financement du secteur de la santé :

1. La part du budget national alloué au secteur de la santé et le niveau d'exécution du budget ;
2. La prévisibilité du financement du secteur de la santé au cours des trois prochaines années grâce à un budget glissant ou à un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) ;
3. La qualité de la gestion des finances publiques (GFP) selon l'appréciation par la Banque Mondiale des politiques et des institutions nationales (indice CPIA).

Depuis le cycle de suivi de 2010/11, les gouvernements partenaires ont augmenté la proportion des budgets nationaux alloués au secteur de la santé d'une moyenne de huit à dix pour cent. Deux pays (le Togo et le Burkina Faso) ont atteint l'objectif de 15% fixé pour l'Afrique par l'engagement d'Abuja. Douze pays ont augmenté leur allocation budgétaire en faveur de la santé depuis le dernier cycle de suivi tandis que cinq la maintiennent ou la diminuent (Figure 7). Le niveau moyen d'exécution des budgets est resté stable à 71%, mais le nombre de pays qui ont atteint l'objectif d'exécution du budget de 90% a augmenté de 44%, passant à 13/22 (Figure 8).

Figure 7 : Part du budget national alloué à la santé en 2013

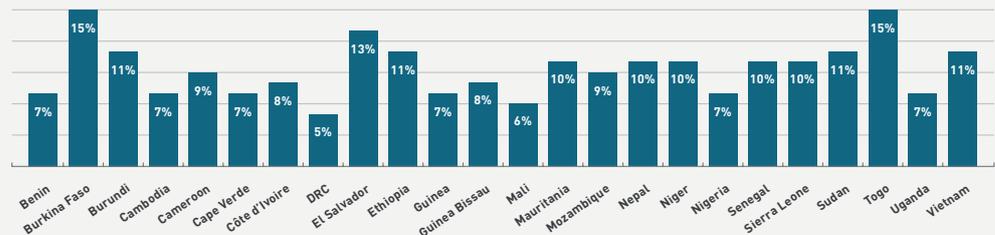
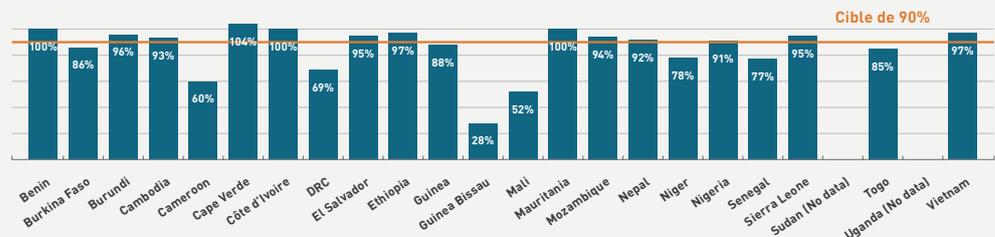


Figure 8 : Exécution du budget du secteur de la santé du gouvernement en 2013



Mise en garde

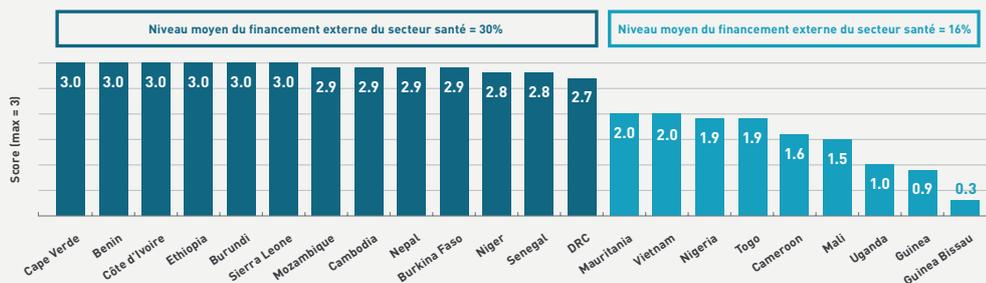
Au cours des consultations en RDC, les intervenants ont fait remarquer que le taux d'exécution du budget rapporté par le ministère de la santé est surestimé, car il comprend des fonds des partenaires inscrits dans le budget. L'exécution du budget national à l'exclusion des fonds externes n'est habituellement qu' autour de 30% à 35%.

19 des 24 ministères de la santé ont indiqué qu'ils avaient mis en place un CDMT ou un budget glissant planifié sur trois ans pour le secteur de la santé.

La série des données CPIA publiée par la Banque Mondiale pour 23 des 24 pays participants ne montre guère de tendance à l'amélioration de la robustesse des systèmes de gestion des finances publiques, avec un score moyen passant de 3,17 en 2005 à 3,26 en 2013. (Il n'y a pas de données CPIA publiés pour El Salvador.) En 2013, douze pays participants ont été évalués comme ayant des systèmes de gestion des finances publiques suffisamment robustes, avec un score CPIA égal ou supérieur à 3,5.

La performance globale des pays partenaires sur les trois indicateurs de gestion financière varie de 0,3 à 3 (valeur maximale). Neuf pays ont obtenu un score sous la moyenne de 2,3. Bien qu'il y ait une certaine corrélation entre la performance et la durée de l'adhésion à l'IHP+, elle est beaucoup plus faible que pour les indicateurs de redevabilité. Il y a, cependant, une plus forte corrélation de la performance avec le niveau du financement externe du secteur de la santé (Figure 9). Cela peut être dû au fait que les partenaires au développement préfèrent aider les pays ayant une gestion des finances publiques plus solide, ou que les pays recevant un haut niveau de financement externe investissent davantage dans leurs propres systèmes de gestion des finances publiques.⁵

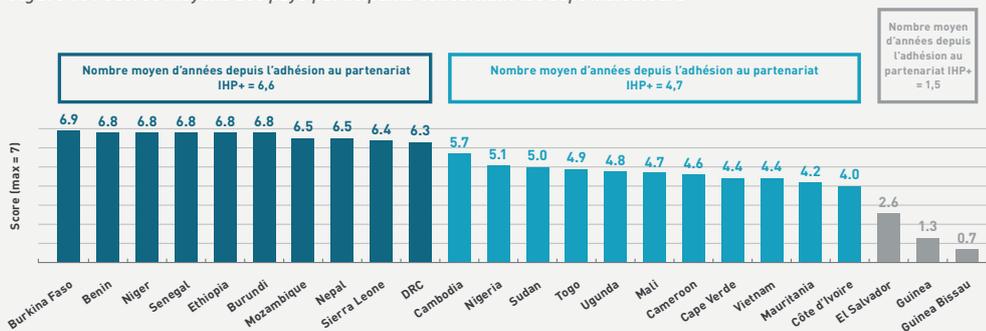
Figure 9 : Scores moyens des pays participants concernant 3 indicateurs de gestion financière



3.3. LES PROGRÈS AU REGARD DES ENGAGEMENTS DE COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT NE SONT PAS UNIFORMÉMENT PARTAGÉS ENTRE LES PAYS

Il y a des variations significatives parmi les 24 pays concernant la performance au regard des 7 indicateurs : la majorité des pays (19 soit 79%) ont atteint l'objectif d'avoir un plan de dépenses à moyen terme pour le secteur de la santé ; une minorité des pays (sept soit 29%) ont atteint l'objectif d'engager la société civile dans les processus de politiques de santé.⁶

Figure 10 : Scores moyens des pays participants concernant les sept indicateurs



Six pays (Bénin, Burkina Faso, Burundi, Ethiopie, Niger et Sénégal) se sont bien comportés sur l'ensemble des indicateurs, tandis que trois (Guinée, Guinée-Bissau et El Salvador) ont globalement obtenu de faibles résultats (Figure 10). Les explications possibles à propos de cette mauvaise performance diffèrent d'un pays à l'autre. La Guinée-Bissau a connu un coup d'État en 2012 et n'a rejoint l'IHP+ qu'en 2013, année pour laquelle les données ont été recueillies.

5 Le Soudan a été exclu de cette analyse car le niveau de financement externe n'est pas connu, tandis qu'El Salvador a été exclu car le score CPIA n'est pas disponible.

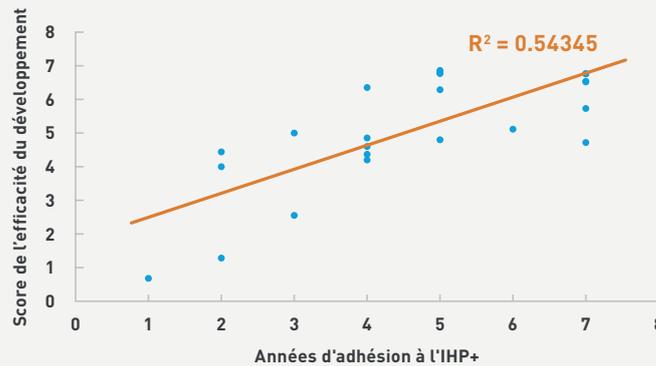
6 Les indicateurs dont la valeur était inconnue ont été entrés comme « 0 » dans cette analyse. Ceci affecte les scores du Cameroun, du Cap Vert, de la Côte d'Ivoire, d'El Salvador, de la Mauritanie et du Soudan, chacun pour un indicateur.

El Salvador est également un partenaire récent de l'IHP+. Son score total est affecté par l'indicateur manquant concernant la gestion des finances publiques, mais cela n'affecte pas le classement. Le pays reçoit seulement environ un pour cent du financement de la santé en provenance de sources externes, et les questions de coopération au développement sont susceptibles d'être moins prioritaire que dans d'autres pays avec des budgets importants d'aide au secteur de la santé. La Guinée est aussi un nouveau partenaire, ayant rejoint l'IHP+ en 2012, mais son faible score de 1,3/7 était néanmoins inattendu. IHP+R a donc comparé ses résultats aux scores obtenus par le Burkina Faso, un pays voisin qui a enregistré le meilleur score global de 6,9/7 parmi les 24 participants au cycle de suivi.

Le Tableau 7 de l'annexe 3 montre que ces deux pays ont des données démographiques, économiques et de santé similaires. Toutefois, le Burkina Faso reçoit une plus grande part d'aide extérieure dans son financement du secteur de la santé que la Guinée et a également enregistré des progrès plus rapides dans les indicateurs de santé. Les résultats du suivi suggèrent que le Burkina Faso a un environnement national plus propice à la coopération au développement que la Guinée, et que ses partenaires au développement ont également montré une plus grande réactivité et des comportements plus coopératifs. Le Burkina Faso a rejoint le partenariat IHP+ trois ans avant la Guinée, ce qui peut avoir contribué à la différence.

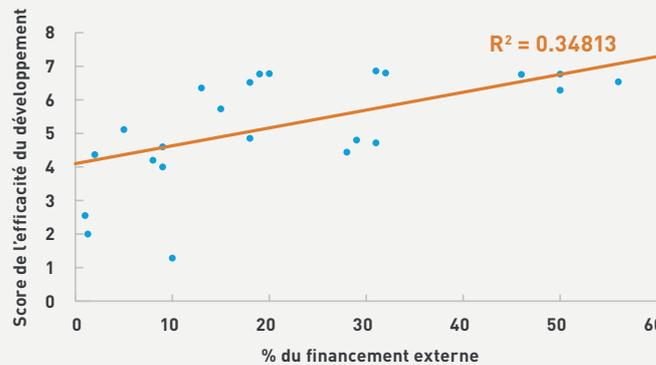
Les résultats globaux de performance des pays sont positivement corrélés avec leur ancienneté dans le partenariat IHP+ (Figure 11). La corrélation est plus importante pour la redevabilité que pour les indicateurs financiers.

Figure 11 : Scores des pays pour les 7 indicateurs d'efficacité du développement par année d'ancienneté dans l'IHP+



Il y a également une corrélation positive entre les scores de performance globale des pays et le niveau du financement externe, quoique moins importante (Figure 12).

Figure 12 : Scores des pays pour les 7 indicateurs d'efficacité du développement en % du financement externe de la santé



Ceci peut indiquer soit un effet positif du partenariat IHP+ sur la performance, et en particulier sur la redevabilité, soit que les pays les plus performants sont plus susceptibles de rejoindre plus tôt le partenariat et plus susceptibles de recevoir une plus grande quantité de financement externe. La corrélation doit donc être interprétée avec prudence.

4. La performance des partenaires au développement

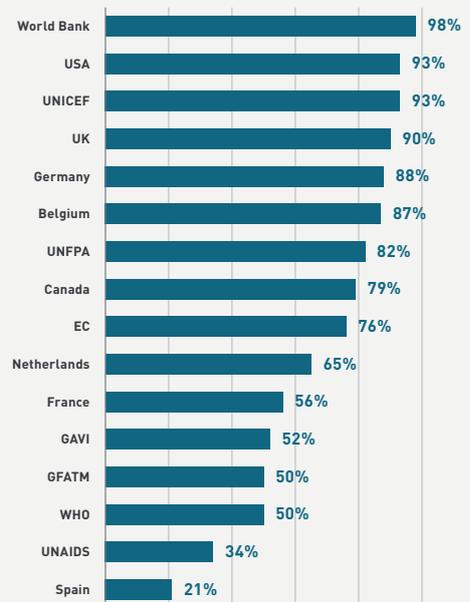
4.1. LES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT S'ALIGNENT DE PLUS EN PLUS ET CONTINUENT DE PARTICIPER AUX PROCESSUS DE REDEVABILITÉ AU NIVEAU DES PAYS

IHP+R a analysé trois indicateurs pour évaluer la performance des partenaires au développement quant au respect de leurs engagements en termes de redevabilité :

1. L'appui et l'utilisation du cadre sectoriel de résultats tel que déclaré par les participants, et la proportion des fonds d'aide déboursés via des programmes suivis à travers le cadre sectoriel de résultats ;
2. L'appui technique, financier et en matière de plaidoyer apporté aux OSC pour leur participation dans les processus politiques de santé ;
3. La participation à l'évaluation mutuelle des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements du secteur de la santé, y compris sur l'efficacité du développement.

Parmi les 16 partenaires au développement qui ont fourni des données au ministère de la santé dans au moins quatre pays, la proportion des dépenses totales faites à travers des programmes qui sont alignés sur le cadre sectoriel de résultats du pays varie de 98% pour la Banque mondiale à 34% pour l'ONUSIDA. Certains partenaires responsables d'un grand volume d'aide au secteur de la santé sont seulement alignés à 50% (Figure 13).

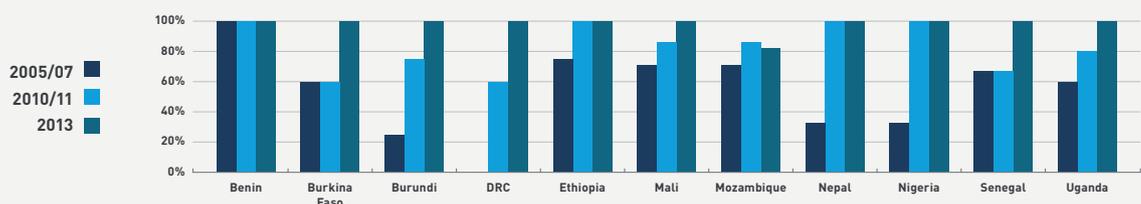
Figure 13 : Proportion des fonds de développement décaissés à travers un mécanisme aligné sur le cadre sectoriel de résultats



Les données en série en provenance des pays et des partenaires au développement qui ont participé au suivi de la performance de l'IHP+ au cours des trois derniers cycles étaient disponibles pour seulement onze pays. Ces données montrent un alignement croissant des partenaires au développement sur les cadres sectoriels de résultats (Figure 14). En 2013, les partenaires au développement dans chacun des

11 pays, excepté au Mozambique, ont obtenu un score de 100% pour cet indicateur. Ce résultat doit être interprété avec prudence. Il ne signifie pas que les programmes des partenaires au développement participants ont été entièrement alignés, mais plutôt que tous les partenaires ont déboursé une partie de leurs fonds de développement à travers un programme qui était aligné, comme un programme d'appui budgétaire général ou sectoriel ; et qu'en plus, ils ont participé à au moins un des quatre processus possibles pour renforcer le cadre sectoriel de résultats.⁷

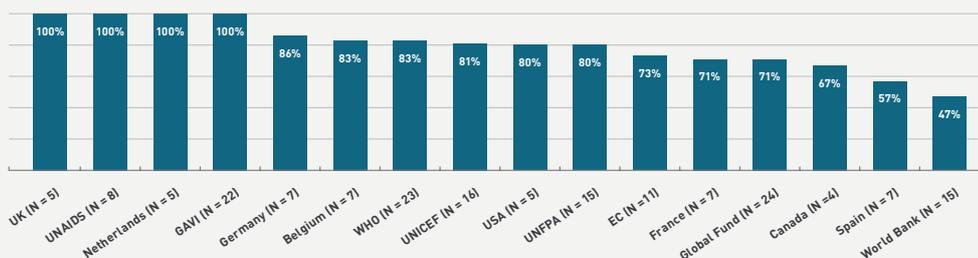
Figure 14 : Proportion des partenaires au développement dans les pays sélectionnés qui sont alignés sur le cadre sectoriel de résultats



7 (i) Utilisation du cadre sectoriel de résultats pour leur propre programme ; (ii) programmes alignés sur les cycles de programmation du gouvernement ; (iii) participation au suivi-évaluation du secteur santé piloté par le pays ; et (iv) adoption du système national de suivi-évaluation.

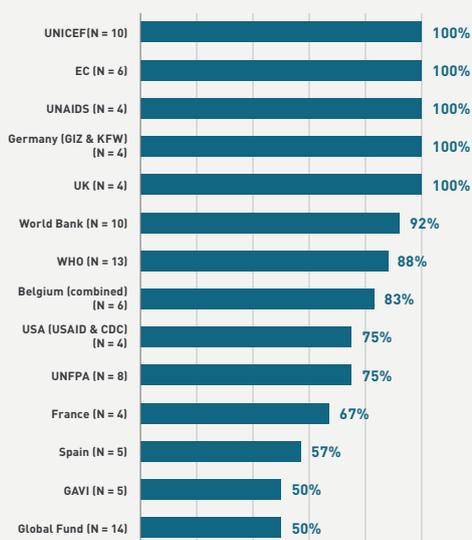
Les partenaires au développement ont mentionné un appui à la participation des OSC dans les politiques et la planification de la santé dans la plupart des pays. Dans environ les trois quarts des partenariats, les partenaires au développement ont fourni au moins un type d'appui pour permettre aux OSC de participer au dialogue sur les politiques de santé (Figure 15). Cela représente une légère augmentation par rapport aux cycles précédents. Parmi ceux-ci, 63% ont déclaré fournir une aide financière aux OSC, 56% ont fourni une assistance technique et 37% ont appuyé les rôles de lobbying et de plaider en faveur des OSC. Le financement des OSC pour la prestation de services a été exclu de cette enquête.

Figure 15 : % de pays où les partenaires au développement ont signalé au moins un type d'appui aux OSC



N = Nombre de pays dans lesquels le partenaire au développement a participé au cycle de suivi

Figure 16 : Proportion des pays dans lesquels le partenaire au développement participe aux évaluations mutuelles



N = Pays qui ont des processus d'évaluation mutuelle auxquels a participé le partenaire au développement qui a soumis les données de performance

Environ un tiers des partenaires au développement ont indiqué qu'ils ont participé aux évaluations conjointes du secteur de la santé dans tous les pays ayant mis en place de tels processus. La plupart des partenaires au développement qui appuient plus de trois pays ont participé à des évaluations mutuelles dans 60 à 100% de ces pays (Figure 16). Les organismes multilatéraux et les initiatives globales de santé qui ont répondu dans un grand nombre de pays ont eu des résultats allant de 100% de participation (UNICEF) à 50% (GAVI et Fonds mondial).

Bien que la plupart des partenaires au développement aient signalé une augmentation de la participation à des évaluations mutuelles entre 2005/07 et 2011, la participation a baissé en 2014, sauf dans trois pays.

L'Allemagne, le Royaume-Uni, l'ONUSIDA, l'UNICEF et la Commission européenne ont déclaré qu'ils ont participé à des évaluations mutuelles dans tous les pays. En revanche, les initiatives globales de santé (Fonds mondial et GAVI) ont trouvé particulièrement difficile de participer à ces processus.

Les conclusions des pays suggèrent qu'alors que les pays ont travaillé dur pour instaurer des processus de redevabilité, il y a eu moins de progrès du côté des partenaires au développement qui n'ont pas tiré profit de ces processus pour se rendre des comptes entre eux, ni pour rendre des comptes aux gouvernements partenaires. Par exemple, au Burkina Faso, au Cap Vert, au Népal et au Togo, les gouvernements ont rapporté qu'ils avaient totalement achevé la mise sur pied des processus de redevabilité, mais seulement 40-50% des partenaires au développement ont rapporté y participer.

Dans le nombre limité de partenariats (entre les pays et les partenaires au développement) pour lesquels les données des cycles de suivi précédents étaient disponibles, il y a eu un niveau élevé de participation aux processus de redevabilité, comme noté en 2010/11 (en augmentation comparativement au cycle de suivi 2007). Cependant, la participation a été moindre chez les partenaires au développement qui ont rejoint le cycle de suivi pour la première fois. Ceci indique une tendance positive vers une participation plus grande et plus soutenue dans les processus de redevabilité, lorsque la durée du partenariat est plus longue.

Tirer des conclusions sur la performance globale des institutions des partenaires au développement en matière de redevabilité est problématique en raison du choix sélectif de chaque partenaire de participer à l'exercice de suivi dans un nombre limité de pays, et des critères d'atteinte des objectifs pour les trois indicateurs de redevabilité, qui ont été placés bas. Parmi les 16 partenaires au développement qui ont soumis des données dans au moins quatre pays, le score moyen était de 2,67/3. Deux partenaires ont obtenu une note de 3/3, tandis que six se plaçaient en-dessous de la moyenne (Figure 17).

Figure 17 : Scores des partenaires au développement sur les 3 indicateurs de redevabilité



N = Nombre de pays dans lesquels le partenaire au développement a participé au cycle de suivi

4.2. LA PERFORMANCE DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT AU REGARD DU FINANCEMENT ET DE LA GESTION FINANCIÈRE A DÉCLINÉ

Les données de quatre indicateurs ont été analysées pour évaluer la performance des partenaires au développement quant au respect de leurs engagements à fournir une assistance financière transparente et prévisible qui répond aux priorités des systèmes de santé nationaux :

1. Le niveau d'exécution des ressources allouées au secteur de la santé en 2013 ;
2. La proportion de l'aide au gouvernement qui est inscrite dans le budget national du secteur de la santé ;
3. La prévisibilité des financements communiqués au gouvernement pour les trois années de 2015 à 2017 ;
4. La proportion de l'aide financière au secteur public qui a utilisé les procédures nationales d'exécution du budget, de rapportage financier et/ou d'audit.

Dans les 24 pays de l'échantillon, l'objectif d'une exécution budgétaire de 90% pour les partenaires au développement a été atteint dans 12 pays (Figure 18), juste un de moins que les 13 pays où l'exécution du budget par le gouvernement a atteint l'objectif (Figure 8). L'objectif combiné d'un taux d'exécution de 90% à la fois pour le budget national et les budgets des partenaires au développement a été atteint dans neuf pays (Figure 19).

Figure 18 : Exécution du budget des partenaires au développement dans le secteur santé en 2013

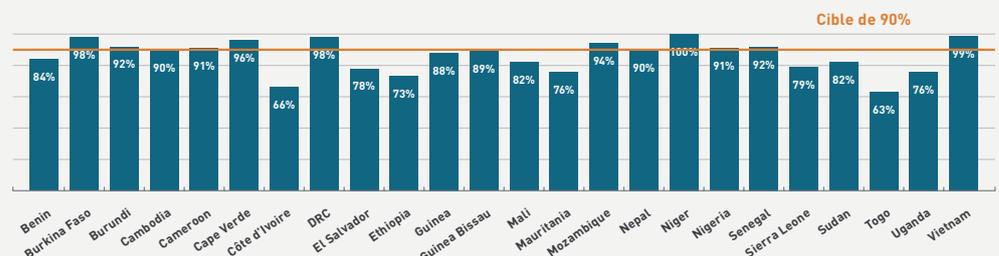
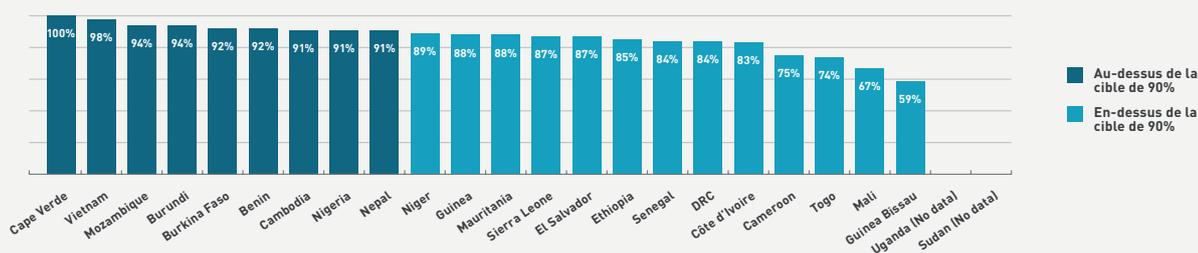


Figure 19 : Exécution combinée du budget du gouvernement et des partenaires au développement dans le secteur de la santé en 2013



Lorsqu'on compare les résultats avec le rapport de performance 2010/11 pour les 17 pays qui ont participé aux deux cycles de suivi, le taux global d'exécution du budget des partenaires au développement est passé de 99% à 85%. Mais cela est en grande partie dû au fait qu'il y a eu d'importants décaissements non planifiés en 2010, principalement par le Fonds mondial. Les taux d'exécution du budget 2010/11 dans de nombreux pays étaient donc bien au-dessus de 100%.

La prévisibilité du financement des partenaires au développement est essentielle pour effectuer la planification. Sur la base des dépenses des partenaires au développement en 2013 et des rapports des ministères de la santé quant à l'information disponible pour les trois années suivant l'enquête, IHP+R a estimé jusqu'à quel point les gouvernements partenaires étaient informés en 2014 quant aux prévisions des dépenses des partenaires au développement sur les trois prochaines années, de 2015 à 2017. Bien qu'environ 86% des dépenses étaient prévisibles pour 2015, seuls 35% l'étaient pour 2017 (Figure 20).

Il y a des différences significatives entre les informations fournies par les ministères de la santé et celles fournies par les partenaires au développement concernant le montant des fonds de développement inscrits dans le budget. Les données provenant de ces deux sources n'ont donc pas pu être fusionnées et l'indicateur a été calculé en utilisant seulement des données fournies par les partenaires au développement. La proportion des fonds de développement inscrits dans les budgets nationaux en 2013 était de 71%, similaire à la proportion déclarée en 2010/11 (72%). Elle avait diminué de façon significative par rapport au niveau de 81% enregistré en 2005/07 (Figure 21). Cette conclusion, cependant, est sensible aux données fournies par quelques partenaires avec de grandes enveloppes budgétaires.

Parmi les partenaires au développement pour lesquels des données en série provenant des derniers cycles de suivi étaient disponibles, seul le Royaume-Uni a atteint l'objectif de 85% d'aide au secteur gouvernemental reprise dans le budget national. Presque tous ont signalé des réductions significatives de l'aide inscrite dans le budget par rapport aux cycles précédents, exception faite de la Belgique et du Fonds mondial (Figure 22).

Figure 20 : Prévisions de dépenses des partenaires au développement disponibles au ministère de la santé

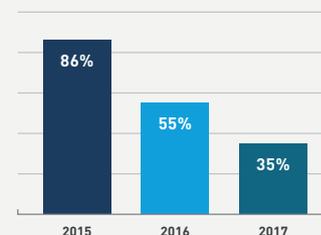


Figure 21 : % de l'aide totale inscrite dans le budget

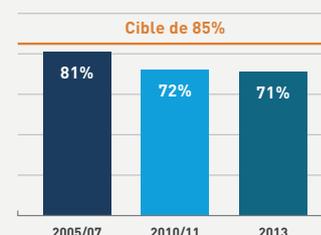


Figure 22 : % de l'aide des partenaires au développement inscrite dans le budget national

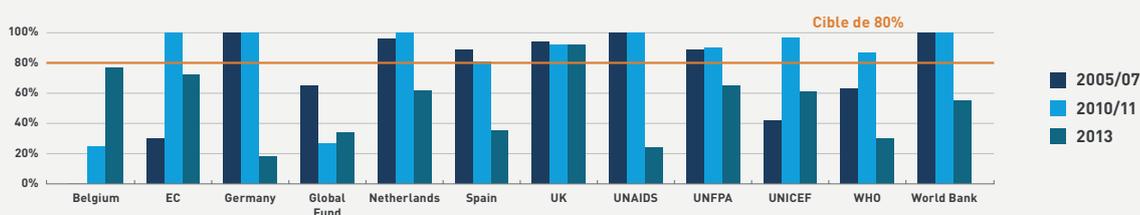
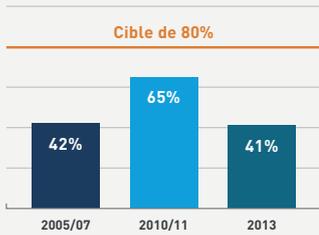


Figure 23 : % des fonds des partenaires utilisant les systèmes nationaux de GFP



Alors qu'il n'y a pas eu de déclin dans le niveau des systèmes de gestion financière des pays partenaires, ceux-ci n'ont été utilisés que pour gérer 43% des fonds des partenaires au développement dans les 12 pays avec un score CPIA supérieur à 3,5. Parmi ceux-ci, pour huit pays disposant de données en série, l'utilisation des systèmes nationaux de GFP par les partenaires au développement a chuté à 41% en 2013, venant de 65% en 2010/11 et 42% en 2005/07 (Figure 23).⁸

Les données de performance agrégées masquent des variations importantes entre les partenaires au développement (Figure 24). Certains partenaires au développement, comme la Commission européenne, les Pays-Bas et l'Espagne, ont toujours utilisé au moins deux des trois procédures nationales de gestion financière. Beaucoup d'autres, y compris certains des plus grands contributeurs tels que le Fonds mondial ou l'USAID, utilisent les systèmes nationaux pour moins de 20% de leurs contributions.

Figure 24 : % des partenaires au développement utilisant les procédures nationales de GFP dans les pays avec un CPIA ≥ 3,5

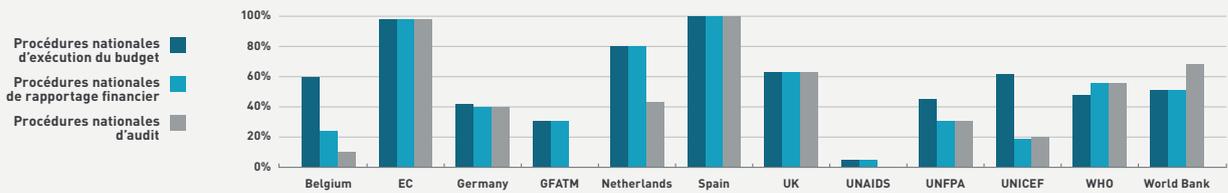
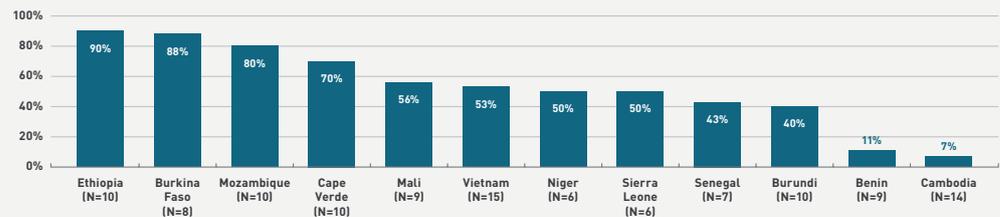


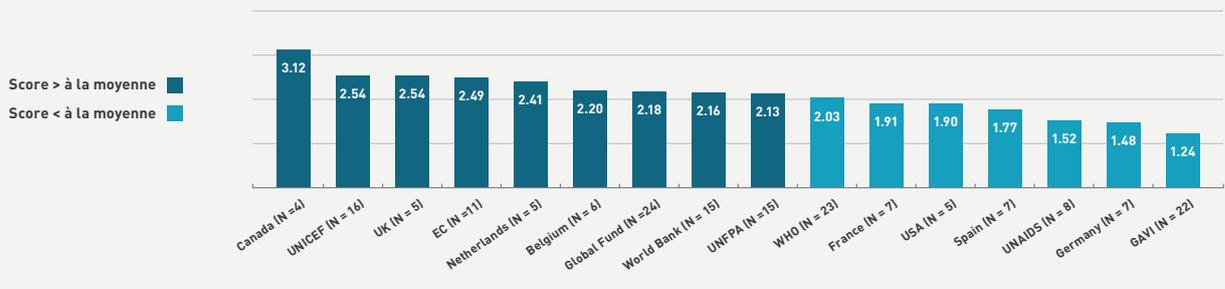
Figure 25 : % des partenaires utilisant les procédures nationales de GFP dans les pays avec un CPIA ≥ 3,5



N = Nombre de partenaires au développement qui ont participé au suivi dans chaque pays

Dans l'ensemble, la performance des partenaires au développement concernant le respect des engagements en matière de coopération financière a été au mieux statique, et moins convaincante que la performance vis-à-vis des engagements sur les processus de redevabilité. Sur un score total possible de quatre, seul le Canada est parvenu à s'approcher de l'objectif de 3,43. Le score moyen pour les 16 partenaires qui ont participé à l'enquête dans au moins quatre pays était de 2,1, et sept partenaires au développement étaient en-dessous de la moyenne. Parmi ceux-ci, on trouve l'USAID qui est l'un des membres les plus récents de l'IHP+, mais il y a également l'OMS, l'Allemagne, la France, l'Espagne et GAVI qui sont parmi les premiers signataires du Pacte mondial (Figure 26).

Figure 26 : Scores des partenaires au développement sur 4 indicateurs de coopération financière



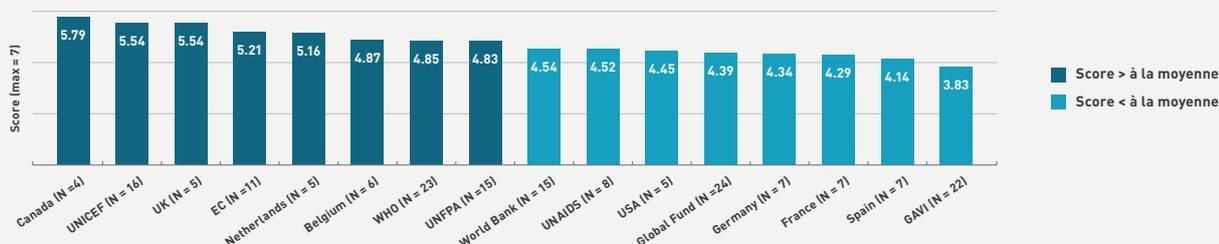
⁸ Il est important de noter que les données des partenaires au développement dans les pays avec un score CPIA en matière de GFP de moins de 3,5 ne sont pas prises en compte ici. Alors que ceci est cohérent avec les précédents rapports IHP+R, cela sous-estime les cas où les partenaires au développement utilisent le système de GFP en dépit de ses faiblesses relatives. C'est le cas par exemple de l'Allemagne au Népal, de la Banque mondiale et de la Belgique en Ouganda, où les systèmes de GFP ont un score CPIA inférieur à 3,5 mais où ces partenaires signalent encore qu'ils utilisent le système de GFP du pays. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion générale sur l'effet de cette approche méthodologique – dans certains cas, elle peut réduire la performance globale du partenaire quant à l'utilisation des systèmes de GFP, dans d'autres elle peut améliorer la performance globale du partenaire. Pour plus de détails, voir l'annexe méthodologique 2014 de IHP+R (disponible en ligne).

4.3. LA PERFORMANCE GLOBALE DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT RELATIVE À LEURS ENGAGEMENTS POUR UNE COOPÉRATION EFFICACE EST INFÉRIEURE À CELLE DES PAYS PARTENAIRES, MAIS AU NIVEAU DES PAYS, LES SCORES OBTENUS PAR LES DEUX PARTENAIRES SONT CORRÉLÉS

Comme lors des cycles précédents, la plupart des partenaires au développement n'ont pas soumis leurs données dans tous les pays où ils sont actifs. Pour certains, c'était parce qu'ils n'avaient pas de programme dans le secteur de la santé dans tous les pays. Les exceptions sont le Fonds mondial, GAVI et l'OMS qui ont participé au suivi dans presque tous les pays participants.

Les 16 partenaires au développement qui ont participé au suivi dans au moins quatre pays ont obtenu une note moyenne de 4,8 sur 7 (Figure 27). Ceci est inférieur au score moyen de 5,1 obtenu par les pays partenaires, bien que pour certains indicateurs les partenaires au développement ont fait face à beaucoup moins d'obstacles pour atteindre les objectifs que les pays (par exemple, pour l'engagement de la société civile et pour la participation aux processus de redevabilité mutuelle). Aucun des partenaires au développement n'a atteint l'objectif de 6,34. Le Canada s'en rapproche le plus, mais avec des données pour seulement quatre pays.

Figure 27 : Score global des partenaires au développement sur sept indicateurs



Il y a beaucoup de raisons pour lesquelles les partenaires au développement peuvent ne pas atteindre les objectifs relatifs au respect de leurs engagements en matière de coopération au développement. Ils peuvent opérer avant tout dans les pays où il est plus difficile de respecter les engagements, ou encore où les conditions de la redevabilité mutuelle et de l'efficacité financière ne sont pas rencontrées. Ils peuvent avoir des organes de gouvernance qui ne donnent pas la priorité ou n'incitent pas à l'efficacité du développement. Aucune tendance ne se dégage selon la nature bilatérale ou multilatérale des partenaires : l'UNICEF a bien performé, le FNUAP moins ; le Canada et le Royaume-Uni ont surclassé l'Espagne et la France.

Toutefois, il est utile de garder à l'esprit une des conclusions de ce suivi de la performance. Au niveau des pays, les scores obtenus par les pays partenaires et les partenaires au développement sont corrélés (Figure 28). Le message est plausible : les partenaires au développement sont plus susceptibles de bien performer dans les pays avec un environnement politique favorable. De même, les pays qui travaillent avec des partenaires au développement efficaces sont davantage incités à améliorer leurs politiques et leurs systèmes. Comme dans tout partenariat, le résultat est en grande partie déterminé par l'interaction entre les deux partenaires.

Figure 28 : Corrélation entre les résultats des partenaires au niveau des pays



5. Leçons du Mali et de la République démocratique du Congo sur le suivi de l'IHP+

Lors de ce cycle 2014 de suivi de la performance de l'IHP+, le consortium IHP+R a engagé des consultants locaux au Mali et en RDC afin de piloter une approche d'appui intensif au niveau des pays. Le but de cet exercice était de stimuler un débat national sur la redevabilité mutuelle dans le secteur de la santé, de préparer des études de cas sur la redevabilité mutuelle dans les deux pays et enfin, d'explorer plus avant le rôle de la société civile dans les processus politiques de santé. IHP+R a organisé des discussions de groupe avec des représentants de la société civile et interrogé des représentants du gouvernement ainsi que des partenaires au développement.

5.1. LES MÉCANISMES ET PROCESSUS DE REDEVABILITÉ MUTUELLE

5.1.1. Des mécanismes de redevabilité mutuelle existent dans les deux pays mais fonctionnent mieux au Mali qu'en RDC

Au Mali, les mécanismes établis en vertu du Pacte national étaient suffisamment mûrs pour procéder à des revues de performance avec un appui extérieur minimal. Les intervenants ont reconnu toutefois que, dans la pratique, les revues sont principalement axées sur la performance du gouvernement, tandis qu'il y a peu de suivi de la performance des partenaires au développement. En RDC, les structures fonctionnent à peine et, en raison du faible leadership du ministère de la santé, le dialogue sur la politique sectorielle est principalement mené par les partenaires au développement. Peu de partenaires ont participé à l'effort de suivi mené par le ministère de la santé. Ceci suggère que le suivi de la performance mené par le ministère de la santé au niveau du pays nécessite différents niveaux d'appui en fonction des capacités et du leadership du ministère de la santé.

5.1.2. Les ministères de la santé et les partenaires au développement dans les deux pays ont considéré le suivi de la performance de l'IHP+ comme une contribution utile dans leur dialogue sur la coopération au développement

La collecte de données menée au niveau des pays et centrée sur ce niveau, introduite dans ce cycle de suivi, a créé des opportunités de stimuler le dialogue entre les gouvernements et les partenaires au développement concernant l'efficacité du développement. Au Mali et en RDC, le processus de suivi de l'IHP+ a insufflé un nouveau dynamisme dans le dialogue national sur la coopération au développement dans le secteur de la santé et a permis d'identifier quelques-uns des domaines qui nécessitent plus d'attention. Parmi ceux-ci, la participation de la société civile dans le dialogue sur les politiques de santé et le partage de l'information financière entre les ministères de la santé et les partenaires au développement.

Les consultations dans les deux pays ont également révélé que les résultats du suivi de la performance de l'IHP+ n'ont été discutés qu'au sein du personnel technique et ont manqué d'intérêt politique. Cela a été décrit comme une « occasion manquée » pour lier le suivi de la performance du développement aux systèmes de redevabilité à travers le Parlement, les médias et la société civile.

5.1.3. L'intégration du suivi de la performance du développement dans les systèmes de suivi de routine

Au Mali, la plupart des données nécessaires à l'évaluation de la performance de l'IHP+ étaient facilement disponibles, et il y a eu peu de discordances entre les données financières fournies par le gouvernement et les partenaires au développement. En revanche, en RDC, les structures de coordination et le flux d'informations étaient considérablement moins fonctionnels. La collecte de données précises et fiables n'aurait pas été possible sans le soutien de l'assistance technique nationale.

Les partenaires au Mali ont estimé que les coûts de transaction du suivi de la performance de l'IHP+ étaient raisonnables, tandis qu'en RDC, ils étaient beaucoup plus élevés. Dans les deux pays, les intervenants ont recommandé davantage d'efforts pour intégrer les indicateurs de coopération au développement dans les systèmes de suivi de routine.

5.2. LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

5.2.1. La société civile est en désaccord avec le gouvernement et les partenaires au développement quant à la qualité de leur inclusion dans le dialogue sur les politiques de santé

Dans les deux pays, les consultations ont révélé de grandes différences de points de vue entre les ministères de la santé, les organisations de la société civile et les partenaires au développement quant au degré de participation de la société civile dans les processus politiques de santé. Les représentants de la société civile estiment que leur implication est plus symbolique que substantielle, et que l'appui financier des partenaires au développement a été principalement lié à la prestation de services, tandis que les activités comme la promotion, le lobbying et la participation dans les processus politiques ont été sous-exploitées. Ils ont également reçu des informations insuffisantes ou tardives des gouvernements et peu d'appui financier pour renforcer leur capacité à s'engager dans le dialogue national sur la politique de santé

5.2.2. Les organisations de la société civile ont des rôles multiples et potentiellement conflictuels

Les organisations et groupes de la société civile comprennent divers types d'OSC et certains combinent plusieurs rôles dans le secteur de la santé qui peuvent entrer en conflit : ils peuvent être bénéficiaires (par exemple, les groupes de patients) ; défenseurs (par exemple, les groupes d'activistes de la santé) ; exécutants (par exemple, les groupes professionnels, le secteur privé, les structures de santé des ONG et des organisations confessionnelles) ; et financiers (par exemple, les fonds communs de placement ou mutuelles de santé). Les organisations actives dans les processus politiques de santé appartiennent le plus souvent à la catégorie des « défenseurs » ou des « exécutants », avec un chevauchement considérable entre ces deux fonctions. Cela génère des tensions avec les ministères de la santé, avec lesquels elles sont parfois en concurrence pour obtenir des fonds internationaux ou pour fournir des services de santé. En RDC, un bureau de coordination de la société civile a été créé avec l'appui de certains partenaires au développement pour représenter la société civile dans le dialogue national de santé. Cependant, avec le temps, cette structure a évolué vers une organisation qui a fourni des services financés par les partenaires internationaux. Elle est entrée en concurrence avec ses propres membres. Certaines grandes ONG ne la reconnaissent plus comme une institution qui représente leurs vues et leurs intérêts dans le dialogue sur les politiques de santé.

La question de savoir qui représente la société civile dans le dialogue sur la politique nationale de santé a été discutée intensément par les parties prenantes au Mali et en RDC. Des organisations de la société civile ont exprimé l'avis que le financement par les partenaires au développement pour la prestation de services peut augmenter leur rôle dans le secteur national de la santé, mais il y a également un risque de créer une dépendance qui peut affaiblir leur efficacité au niveau de la défense des intérêts et du suivi de la redevabilité. Les consultations dans les deux pays ont souligné l'importance de fournir un appui aux organisations de la société civile qui ne soit pas lié à la prestation de services, mais qui permette aux organisations de créer des réseaux entre elles et de développer des activités de plaidoyer ainsi que des positions politiques communes.

L'implication de la société civile dans la redevabilité

Au Mali, le ministère de l'économie et des finances organise des sessions de formation pour les organisations de la société civile sur le thème de la redevabilité. Le secrétariat du ministère qui s'occupe de l'harmonisation des donateurs communique étroitement avec un groupe de la société civile qui s'occupe du suivi citoyen du budget, et fournit des informations sur la planification du budget national ainsi que sur son exécution. Cette information est également publiée en ligne et accessible au public.

6. Conclusions et perspectives

6.1. QU'AVONS-NOUS APPRIS

Tableau 5 : Les messages clés du quatrième cycle de suivi de la performance de l'IHP+

Messages clés	
1. L'adhésion à l'IHP+ est associée à une meilleure performance des pays en matière d'efficacité de la coopération au développement	
2. Les performances des gouvernements et des partenaires sont corrélées	
3. Les pays partenaires continuent à respecter leurs engagements à établir des stratégies sectorielles de santé, à mesurer les résultats et à renforcer la redevabilité	
Etablissement d'un cadre sectoriel de résultats	EN PROGRÈS
Engagement de la société civile dans la politique et la planification sanitaire	STAGNATION
Évaluation conjointe de la stratégie nationale, y compris les objectifs et les budgets	EN PROGRÈS
Mise en œuvre de politiques et procédures permettant la redevabilité mutuelle	STAGNATION
4. Les partenaires au développement s'alignent de plus en plus et continuent de participer aux processus de redevabilité au niveau des pays	
Appui à et utilisation des cadres nationaux de résultats et proportion des fonds suivis à travers les cadres nationaux de résultats	EN PROGRÈS
Appui aux OSC pour leur participation dans les processus politiques de santé	EN PROGRÈS
Participation à des évaluations mutuelles des progrès de la mise en œuvre des engagements	STAGNATION
5. Les pays partenaires améliorent leurs financements et dans une certaine mesure, la gestion financière dans le secteur de la santé	
Part du budget alloué à la santé et niveau d'exécution du budget	EN PROGRÈS
Prévisibilité du financement de la santé sur les 3 prochaines années par le biais d'un budget glissant ou d'un cadre des dépenses à moyen terme	EN PROGRÈS
Qualité de la gestion des finances publiques selon l'indice CPIA	STAGNATION
6. La performance des partenaires au développement au regard du financement et de la gestion financière a décliné	
Niveau d'exécution des budgets d'aide au secteur de la santé en 2013	EN DÉCLIN
Proportion de l'aide au gouvernement inscrite dans le budget national de la santé	STAGNATION
Prévisibilité des financements communiqués au gouvernement pour 2015-2017	EN DÉCLIN
Proportion de l'aide utilisant les procédures de gestion financière nationales	EN DÉCLIN

6.1.1. L'efficacité du développement

Le quatrième cycle de suivi de la performance a renseigné une amélioration globale de la performance des pays partenaires. Les deux indicateurs de redevabilité mutuelle et de financement se sont améliorés dans la plupart des pays, bien que de nombreux pays continuent d'avoir des systèmes de gestion financière faibles. Les scores globaux de performance sont positivement corrélés avec le nombre d'années d'adhésion à l'IHP+, ainsi qu'avec le niveau de financement externe du secteur de la santé, qui donne une indication de l'intensité du réseau de partenariat dans le pays.

Presque tous les partenaires au développement ont amélioré leur performance au regard des indicateurs de redevabilité mutuelle, et certains au regard des indicateurs de l'alignement de l'aide financière sur les systèmes nationaux. Mais dans l'ensemble, les indicateurs d'une coopération financière efficace de la part des partenaires au développement ont diminué. La performance des partenaires au développement est corrélée avec la performance des pays partenaires. Ceci souligne le fait que la performance d'un partenariat dépend des comportements et de la qualité de l'interaction entre tous les partenaires.

6.1.2. L'approche basée sur les pays

Les consultations dans les deux pays cibles ont fortement soutenu l'approche basée sur les pays. Elle a insufflé un nouveau dynamisme dans le dialogue national sur la coopération au développement en matière de santé, et a aidé à identifier les domaines qui nécessitent plus d'attention, par exemple l'engagement de la société civile dans le dialogue sur les politiques de santé et le partage de l'information financière entre les ministères de la santé et leurs partenaires au développement. Cela a également élargi la participation à des non signataires de l'IHP+ et à des organisations non gouvernementales internationales.

L'expérience du cycle de suivi suggère également que cette approche nécessite un niveau différencié d'appui en fonction du degré des capacités et du leadership du ministère de la santé. Alors que dans certains pays, cette approche peut être mise en œuvre par le ministère de la santé sans une aide extérieure importante, d'autres pays exigent une assistance technique. Comme l'expérience de la RDC l'indique, cette aide est plus efficace quand elle est fournie dans le pays par un consultant ou une organisation nationale.

L'approche basée sur les pays du suivi de la performance a également souligné la nécessité d'améliorer le suivi de routine de la coopération au secteur de la santé. L'intention de IHP+R de prioriser la récolte de données provenant de bases de données existantes a été réalisée seulement dans de rares cas. La plupart du temps, des données fiables n'étaient pas disponibles et ont dû être assemblées par les ministères et les partenaires au développement au travers de processus onéreux de collecte et de validation des données. Dans les deux pays cibles, les intervenants ont fortement recommandé que les données du suivi de la performance du développement soient intégrées dans les systèmes nationaux d'information de routine.

6.1.3. L'engagement de la société civile

La participation de la société civile dans le partenariat national pour la santé continue d'être un problème qui provoque d'importantes discussions. Les consultations menées dans les deux pays cibles ont souligné qu'il y a des perceptions différentes entre les gouvernements, les partenaires au développement et les organisations de la société civile à propos de l'engagement efficace de la société civile. La question de savoir qui doit représenter la société civile dans le dialogue national sur la santé est loin d'être résolue et entrave la participation efficace des organisations de la société civile. La participation limitée dans le dialogue sur la politique de santé et l'efficacité du développement au niveau des pays peut expliquer que la connaissance et l'intérêt pour l'IHP+ parmi les ONG axées sur la santé au niveau des pays est au mieux limitée. Cela a également été confirmé par le taux de réponse

très faible à l'enquête lancée par IHP+R via un grand nombre de réseaux internationaux de la société civile. L'IHP+ a pris un certain nombre de mesures pour promouvoir la participation des OSC dans les processus de politique et de planification, y compris, entre autres, en incluant des OSC dans les structures de gouvernance de l'IHP+ et en octroyant des subventions au niveau des pays pour appuyer les capacités des OSC (à travers le Fonds d'action pour une politique de santé). Cependant, il reste des questions en suspens quant à la participation significative des OSC, et une approche stratégique et adéquatement financée est nécessaire.

6.1.4. La redevabilité mutuelle

La redevabilité des partenaires IHP+ quant à l'efficacité de la coopération dans le secteur de la santé dépend de son caractère mutuel. La mise en œuvre doit surmonter deux difficultés principales : d'abord, la relation entre les partenaires internationaux de la coopération au développement est très asymétrique ; et, deuxièmement, il n'existe aucun mécanisme institutionnel pour rendre opérante la redevabilité entre les partenaires. Les relations asymétriques reflètent de grandes différences structurelles de pouvoir entre les parties prenantes dans le développement du secteur de la santé, qui risquent de compromettre la mise en œuvre des processus de redevabilité mutuelle. Ceux qui fournissent l'aide au développement ont de puissants instruments financiers pour faire rendre des comptes aux bénéficiaires. En revanche, les instruments des gouvernements bénéficiaires pour faire rendre des comptes à leurs partenaires sont limités. Les gouvernements peuvent également imposer des sanctions juridiques et financières aux acteurs de la société civile, alors que la capacité de la société civile pour obliger les gouvernements à rendre des comptes est très variable. Bien que les processus et les outils adoptés par l'IHP+ ont peut-être atténué certains des effets de l'asymétrie entre les partenaires, il ne les a pas surmontés.

IHP+R a fait une revue des exemples de mécanismes internationaux de redevabilité desquels l'IHP+ pourrait s'inspirer pour aller de l'avant. Un résumé des approches possibles pour renforcer la redevabilité mutuelle est présenté dans la section 6.2.3.

6.2. LES PERSPECTIVES

6.2.1. Le suivi mondial de l'efficacité du développement

Le lien avec les processus de suivi de Paris et Busan / du Partenariat mondial (GPEDC) a été un élément clé des évaluations de la performance l'IHP+. En concordance avec le GPEDC, le suivi 2014 de l'IHP+ a été explicitement centré sur le niveau des pays, et a essayé de rassembler des données existantes plutôt que d'en collecter de nouvelles, afin de réduire les coûts de transaction. Cette approche a conduit à une plus grande appropriation et à une participation accrue, comparativement au suivi de l'IHP+ en 2012, mais il n'a pas généré la réduction prévue des coûts de transaction car les données n'étaient pas systématiquement disponibles en routine dans les bases de données existantes, et ont donc dû être collectées à la source.

En somme, la valeur d'intégrer ou de fusionner les cadres de suivi de l'IHP+ et du GPEDC pour le secteur de la santé réside dans la capacité à réduire les coûts de transaction ; de telles réductions devraient provenir d'un raccourcissement du processus d'élaboration du cadre de suivi de l'efficacité du développement, et du potentiel de coordonner le processus de collecte et d'analyse des données dans le secteur de la santé – c'est-à-dire de faire en sorte que le processus GPEDC inclue la collecte de données désagrégées par secteur. Alors que l'adaptation du cadre de suivi du GPEDC pour l'IHP+ a permis de réduire clairement les coûts de transaction, il n'y a pas eu de coordination dans le processus de collecte et d'analyse des données ; en même temps, les limites méthodologiques associées aux indicateurs du GPEDC ont créé des défis pour l'analyse de l'IHP+ – qui peuvent cependant être relevés. Pour justifier le fait de continuer à s'aligner, il sera nécessaire de mieux se coordonner entre l'IHP+

et le GPEDC pour définir les indicateurs et les méthodes de collecte des données, et ceci avant le prochain cycle de suivi du GPEDC.

Le quatrième cycle de suivi de l'IHP+ a souligné les avantages de localiser le processus au niveau des pays, dont une plus grande appropriation par les ministères de la santé et davantage d'accent sur la stimulation d'un dialogue national de haut niveau entre les partenaires sur les concepts et les performances. Un processus centré sur les pays peut sembler être associé à un risque de coûts de transaction plus élevés, mais ceci peut être atténué en intégrant un ensemble minimum d'indicateurs de l'efficacité du développement dans le cadre de performance sectoriel et/ou les processus d'évaluation mutuelle de la performance menés par les pays, comme c'est le cas au Mozambique. L'expérience du Mali et de la RDC suggère que différents pays exigent différents niveaux d'appuis. Certains auront besoin de plus de ressources que ce qui a été alloué aux pays en 2014. Compte tenu des défis globaux décrits dans le rapport de performance 2014, il reste, cependant, un argument fort pour garder une agrégation globale des informations sur l'état et les tendances de la coopération au développement dans le secteur de la santé, afin de continuer à promouvoir les changements nécessaires dans le comportement institutionnel et de favoriser le débat mondial sur l'efficacité du développement. La comparaison et la publication des données sur la performance des pays et des partenaires au développement est susceptible d'avoir contribué à l'amélioration de la performance documentée depuis 2007, même si le changement est plus prononcé pour les pays que pour les agences de développement. En outre, il semble que certains des obstacles persistants aux progrès des partenaires au développement exigent des réponses politiques qui doivent être prises au niveau des sièges, et qui sont susceptibles d'être davantage influencées par le dialogue et la redevabilité au niveau mondial.

6.2.2. Les défis pour l'IHP+ dans un environnement changeant

L'environnement mondial de la coopération internationale dans le secteur de la santé est en train de changer. Avec la fin de l'agenda de développement du millénaire des Nations Unies en 2015, un nouveau cadre de coopération mondiale est en train d'émerger, mettant davantage l'accent sur la durabilité et les systèmes que sur les problèmes de santé spécifiés dans les objectifs de développement du millénaire. Parallèlement à cette tendance, un accent croissant est mis sur la redevabilité pour les résultats du développement. L'IHP+ pourrait avoir beaucoup à offrir à ces changements globaux s'il parvient à se positionner stratégiquement. Il possède une vaste expérience dans l'appui aux mécanismes de redevabilité au niveau des pays et dirigés par les pays, il met fortement l'accent sur l'appui aux plans et aux budgets nationaux de santé, et il poursuit une stratégie implicite d'investir dans les systèmes de santé pour fournir une série de résultats de santé.

Pour être efficaces dans ce rôle, les signataires de l'IHP+ doivent être réalistes sur ce qu'ils n'ont pas réussi à atteindre jusqu'à présent. Les partenaires au développement fournissent plus d'aide, mais pas nécessairement de façon plus efficace ni efficiente. L'IHP+ devrait continuer à explorer les moyens permettant de rendre les partenaires au développement redevables de leurs engagements.

L'IHP+ doit également reconnaître que son partenariat pourrait atteindre plus efficacement le nombre croissant de partenaires au niveau mondial, ainsi que les nombreux acteurs des systèmes de santé au niveau national. Depuis le début, l'IHP+ promeut activement une large participation, y compris celle des OSC au niveau des pays et au niveau mondial; la participation élargie dans le suivi 2014 de la performance de l'IHP+ à travers l'approche par pays (voir par exemple la participation des partenaires non IHP+ et ONGI); et il continue à accueillir de nouveaux membres (à la fois des pays et des partenaires au développement). Pourtant, il est encore possible d'élargir le groupe de partenaires (y compris les BRICS) et de pays impliqués pour assurer une coopération au développement plus efficace et une meilleure redevabilité. Il est tout aussi important pour le dialogue politique sur l'efficacité de la coopération au développement et sur la redevabilité d'être plus inclusif au niveau des pays, en incluant d'autres parties prenantes telles que les élus, les médias et les OSC non impliquées dans

la santé telles que les syndicats. La participation de quatre ONG internationales et de partenaires au développement qui ne sont pas signataires de l'IHP+ tels que la Corée du Sud dans le quatrième cycle de suivi est toutefois une évolution encourageante, de même que la participation de la Chine à la réunion des équipes santé des pays en 2014.

6.2.3. Approches pour renforcer le suivi et la redevabilité mutuelle à l'avenir

Sur base de l'expérience de la collecte de données pour le quatrième cycle de suivi de la performance, des consultations avec les partenaires dans les deux pays cibles et d'un examen des mécanismes mondiaux de redevabilité pour la coopération au développement, le consortium IHP+R a identifié un certain nombre d'approches possibles pour renforcer la redevabilité mutuelle. Celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives, ni ne constituent des recommandations d'actions. Elles doivent être davantage analysées et discutées pour guider l'IHP+ dans les prochaines étapes de son positionnement dans l'architecture internationale des partenariats pour un développement efficace. Les coûts de transaction des différentes approches varient et doivent être considérés lors de l'élaboration des futures stratégies de suivi. Les différentes approches énumérées ci-dessous sont expliquées en détail dans un document distinct de IHP+R, portant sur la redevabilité mutuelle.⁹

Continuer à renforcer le suivi et la redevabilité dirigés par les pays

Poursuivre le travail inachevé des signataires de l'IHP+ consistant à rendre compte de leurs engagements à travers les pactes mondial et nationaux. Ce qui est important pour avancer sur ce point serait de poursuivre le développement du suivi de la performance au niveau des pays.

Établir des mécanismes de redevabilité par les pairs plus forts

Établir des liens distincts entre les différents groupes de pairs des partenaires au développement et des gouvernements (y compris les ministères de la santé, les ministères des finances et de la planification, les parlements et les gouvernements locaux) respectivement. Ceci pourrait être établi aux niveaux sous-régional, régional ou interrégional.

Établir des liens plus étroits avec les mécanismes internationaux de redevabilité sociale

L'intégration de la société civile est déjà l'un des principes poursuivis par l'IHP+. L'IHP+ pourrait élargir cette relation en cherchant des partenariats et des alliances avec des organisations de défense de la société civile (liés à la santé ou non) qui se sont révélés considérablement efficaces pour pousser les partenaires au développement et les gouvernements à être redevables.

Intégrer le suivi de la coopération au développement et des résultats en matière de santé

Avec l'introduction d'un nouvel agenda de développement des Nations Unies, un nouvel ensemble d'objectifs de développement sera défini, fournissant une occasion à l'IHP+ de recentrer son cadre de redevabilité sur les résultats plutôt que (principalement sur) les processus de coopération.

Intégrer l'évaluation de la performance de l'IHP+ avec le mécanisme de suivi du GPEDC

Le mécanisme de suivi du GPEDC est nouveau et n'a réalisé qu'un cycle de suivi dans un nombre limité de pays. Mais l'approche d'une plus grande intégration offre la possibilité de réaliser des économies d'échelle et de renforcer mutuellement les messages des deux processus.

Peut-être qu'une combinaison d'approches améliorera davantage la redevabilité pour une meilleure coopération au développement. La réflexion actuelle autour de la façon d'atténuer les asymétries et le manque de force exécutoire propose « une architecture de redevabilité triangulaire et multicouche qui comprend trois composantes principales : Nord-Sud [redevabilité mutuelle], Sud-Sud [examen par les pairs] et non gouvernementales ».¹⁰ Une architecture multicouche avec des homologues nationaux

⁹ IHP+R, Options de redevabilité mutuelle, disponible sur <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/results-evidence/2014-monitoring-round>

¹⁰ Ocampo, JA and N Gomez Arteaga (2014) Accountable and effective development cooperation in a post-2015 era. Background Study 3: Accountability for Development Cooperation. Preparing for the 2014 Development Cooperation Forum DCF Germany High-Level Symposium, p.2.

puissants – en particulier les parlements et la société civile – doit être complétée par des processus d'examen par les pairs au niveau régional et par des rapports indépendants au niveau mondial.

Pour que ces approches tendent effectivement à modifier les comportements des partenaires au développement, l'IHP+ doit trouver les moyens de renforcer l'effet de levier qu'il exerce sur la prise de décision organisationnelle. L'une des priorités des signataires de l'IHP+ est de générer et d'allouer un capital politique suffisant à ces questions. Une attention politique a été accordée à l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au début de l'IHP+ en 2007, mais cette attention a diminué depuis lors. L'intérêt politique s'est récemment ravivé. Le leadership politique devrait également encourager les OSC à s'intéresser davantage à ces questions, créant ainsi un cercle vertueux d'organisations qui prennent et tiennent leurs engagements à améliorer leurs comportements de développement. Il est crucial, pour obtenir l'engagement politique en faveur de l'efficacité du développement, de fournir des preuves qu'elle conduit à de meilleurs résultats de santé. C'est un domaine dans lequel l'IHP+ peut devoir investir des efforts supplémentaires.

6.2.4. Conclusion

Le quatrième cycle de suivi de la performance de l'IHP+ a de nouveau mis en évidence un plus grand alignement de la pratique de la coopération au développement dans le secteur de la santé sur les principes de l'efficacité du développement, tout en indiquant des lacunes persistantes dans cette coopération. L'élimination de ces lacunes demande des efforts continus, et peut-être une approche révisée ou étendue sur la manière de faire de la coopération au développement de façon plus efficace et responsable. Le consortium IHP+R avait pour tâche d'analyser les progrès et de documenter les résultats. Il appartient maintenant aux partenaires de l'IHP+ d'en tirer des conclusions et d'entamer des actions.

Le site Web de l'IHP+ donne accès aux principaux résultats du suivi 2014.¹¹ Les fiches de performance des pays et des partenaires au développement, ainsi que le rapport global du cycle de suivi 2014, peuvent être téléchargés à partir de la même source.

La valeur du cycle de suivi 2014, qui a bénéficié d'une augmentation substantielle de la participation des pays et des partenaires au développement par rapport aux cycles précédents, dépendra de l'utilisation des résultats aux niveaux national et mondial. Surtout au niveau des pays, il est important d'inclure tous les partenaires au développement (ceux qui ont participé et ceux qui n'ont pas participé) et les parties prenantes concernées au niveau national (y compris les autres ministères, les médias, le parlement, les OSC liées à la santé, les OSC non liées la santé telles que syndicats, etc.) dans le dialogue politique sur l'efficacité du développement, en vue d'apprendre du suivi et de discuter pour savoir comment mieux faire. Les partenaires au développement devraient également discuter des résultats au niveau des sièges, afin d'améliorer encore leurs performances décrites dans ce rapport.

11 Lien : <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/results-evidence/2014-monitoring-round>

Annexes

ANNEX 1. MESURES STANDARDS DE PERFORMANCE DE IHP+RESULTS

Les signataires du Partenariat international pour la santé (IHP+) ont travaillé, au travers de son groupe de travail sur la redevabilité mutuelle, pour conseiller des indicateurs spécifiques permettant de suivre six questions énumérées dans le tableau ci-dessous. Les indicateurs du tableau forment les bases du cycle 2014 de suivi de la performance de l'IHP+ et proviennent du GPEDC ou du dernier cycle de suivi de la performance de l'IHP+. Des informations détaillées sur chaque indicateur sont fournies dans l'annexe du Guide des participants du suivi 2014 de l'IHP+.

Tableau 6 : Sept indicateurs de suivi de la performance des gouvernements et sept pour la performance des partenaires au développement

#	Question	Indicateurs gouvernementaux		Indicateurs des partenaires au développement (PD)	
		Indicateur	Source	Indicateur	Source
1	La coopération au développement en santé est orientée vers les résultats.	Un cadre national de résultats* accepté, transparent et mesurable existe, permettant d'évaluer les progrès du secteur de la santé.	Gouv	Proportion de pays dans lesquels un cadre national de résultats du secteur de la santé est utilisé.	Gouv
2	L'engagement de la société civile.	Preuve que la société civile est significativement représentée dans les processus politiques du secteur de la santé – y compris les mécanismes de planification, de coordination et de revue du secteur de la santé.	Gouv	Preuve que la société civile est appuyée pour être significativement représentée dans les processus politiques du secteur de la santé – y compris les mécanismes de planification, de coordination et de revue du secteur de la santé.	PD
3a	La coopération au développement en santé est plus prévisible.	Proportion du financement du secteur de la santé décaissé par rapport au budget annuel approuvé.	Gouv	Percentage of health sector aid for the government sector disbursed in the year for which it was scheduled.	DP
3b		Prévisions des dépenses publiques de santé disponibles pour 3 ans.	Gouv	Proportion estimée de l'aide au secteur de la santé couverte par des plans de dépenses prévisionnelles et/ ou des plans opérationnels couvrant au moins une période de trois ans à venir.	Gouv
4	L'aide à la santé est inscrite dans le budget.	Des plans ou stratégies nationaux du secteur de la santé sont en place, dont les objectifs et les budgets actuels ont été évalués conjointement.	Gouv	% de l'aide au secteur de la santé prévue pour décaissement qui est inscrite dans les budgets annuels approuvés par les assemblées législatives des pays en développement.	Gouv & PD
5	La redevabilité est renforcée.	Il existe une évaluation mutuelle inclusive des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé, qui répond au moins à quatre des cinq critères proposés.	Gouv	Proportion des pays dans lesquels a été réalisée une évaluation mutuelle des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé, y compris en matière d'efficacité de l'aide.	PD
6	Les systèmes de gestion des finances publiques des pays en développement sont renforcés et utilisés.	Les systèmes de gestion des finances publiques des pays soit (a) adhèrent aux bonnes pratiques généralement acceptées ; soit (b) ont un programme de réforme qui est mis en place pour atteindre cet objectif.	Données de la Banque mondiale – CPIA	Montant de l'aide au secteur de la santé destinée au gouvernement qui utilise le système national de gestion des finances publiques dans les pays où les systèmes sont considérés comme adhérant aux bonnes pratiques généralement acceptées, ou qui ont un programme de réformes en cours.	PD

*Amendé par rapport à l'indicateur du consortium IHP+Results qui a utilisé le cadre d'évaluation des performances plutôt que le cadre de résultats.

Gouv	Données à fournir par les représentants des gouvernements
PD	Données à fournir par les partenaires au développement, au niveau soit des pays soit du siège (le partenaire au développement choisi)

ANNEX 2. GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES UTILISÉS

Accord de partenariat de Busan	L'accord de partenariat de Busan expose les principes, engagements et actions qui sous-tendent une coopération efficace au service du développement international. Il s'agit d'un consensus qu'un grand nombre de gouvernements et d'organisations ont soutenu expressément. Il offre un cadre de dialogue et d'efforts continus pour améliorer l'efficacité de la coopération au développement. (OCDE)
Aide au secteur de la santé	Aide publique au développement (APD) contribuant au secteur de la santé. L'APD inclut toutes les transactions définies par les directives statistiques du CAD/OCDE, paragraphe 35, comprenant les transactions officielles qui ont pour objectif premier de promouvoir le développement économique et le bien-être des pays en développement, et qui sont concessionnelles de nature et comportent un élément don d'au moins 25%.
Aide au secteur de la santé inscrite dans le budget national du secteur de la santé	Ceci devrait inclure toute l'aide au secteur de la santé inscrite dans le budget annuel au titre des dons, des recettes ou des prêts.
Aide publique au développement (APD)	Dons et prêts concessionnels visant au développement et au bien-être, provenant du secteur public d'un pays donateur et destiné à un pays en développement ou à une agence multilatérale active dans le développement. L'APD inclut les coûts pour le donateur de l'aide par projet ou programme, de la coopération technique, de la remise de dette, de l'aide alimentaire et d'urgence, et les coûts administratifs associés. (OCDE/CAD)
Appui budgétaire général	L'appui budgétaire général est une sous-catégorie de l'appui budgétaire direct. Dans le cas de l'appui budgétaire général, le dialogue entre les donateurs et les gouvernements partenaires se focalise sur la politique et les priorités budgétaires globales. (OCDE 2006)
Appui budgétaire sectoriel	L'appui budgétaire sectoriel est une sous-catégorie de l'appui budgétaire direct. L'appui budgétaire sectoriel signifie que le dialogue entre les donateurs et les gouvernements partenaires se focalise sur des questions spécifiques à un secteur plutôt que sur la politique et les priorités budgétaires globales. (OCDE 2006)
Budget annuel approuvé pour le secteur de la santé	Il s'agit du budget annuel tel qu'il a été approuvé à l'origine par la législature. Afin de soutenir la discipline et la crédibilité du processus de préparation du budget, les révisions subséquentes du budget annuel originel – même si approuvées par la législature – ne devraient pas être inscrites ici. En effet, c'est la crédibilité du budget approuvé originellement qui est importante à mesurer, or les révisions du budget annuel sont souvent rétroactives.
Cadre d'évaluation de la performance	Il constitue la base de la politique d'un gouvernement en matière de partage d'informations quant à la qualité et à la performance des services de santé vis-à-vis du public et des partenaires. Les cadres nationaux d'évaluation de la performance devraient être complets (c'est-à-dire couvrir tous les aspects de la performance du secteur de la santé). Un synonyme utilisé dans ce rapport est le cadre de résultats (sectoriels) du pays.
Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT)	Ensemble de principes généraux pour une budgétisation saine, qui sont mis en œuvre différemment dans des cadres institutionnels différents. Approche qui relie l'allocation des dépenses aux priorités politiques des gouvernements, en utilisant un processus de planification et de préparation du budget à moyen terme (c'est-à-dire sur un horizon de trois à cinq ans).
Déclaration de Paris	La Déclaration de Paris, approuvée le 2 mars 2005, est un accord international auquel plus d'une centaine de ministres, chefs d'agence et autres hauts responsables ont adhéré, engageant leurs pays et organisations à continuer d'augmenter les efforts en matière d'harmonisation, d'alignement et de gestion de l'aide en vue d'atteindre des résultats. Elle est accompagnée d'un ensemble d'actions et d'indicateurs pouvant être suivis. (OECD)
Développement des capacités	Processus à travers lesquels les gens, les organisations et la société dans son ensemble libèrent, renforcent, créent, adaptent et maintiennent leurs capacités au cours du temps.
Efficacité de l'aide	Il s'agit de l'efficacité de l'aide au développement au regard de l'atteinte du développement économique ou humain (ou des objectifs de développement).

Evaluation des politiques et des institutions nationales (CPIA)	L'évaluation des politiques et des institutions nationales (CPIA) apprécie la qualité du cadre politique et institutionnel actuel d'un pays. La « qualité » réfère à la mesure dans laquelle ce cadre est propice pour favoriser la réduction de la pauvreté, la croissance durable et l'utilisation efficace de l'aide au développement. (Banque mondiale)
Evaluation conjointe des stratégies nationales de santé (JANS)	L'évaluation conjointe est une approche partagée visant à apprécier les forces et faiblesses d'une stratégie nationale. Les partenaires de l'IHP+ ont développé un processus pour l'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (JANS) avec l'intention que l'évaluation JANS soit acceptée par des parties prenantes multiples, et puisse être utilisée comme base d'appuis techniques et financiers. Selon cette définition, un plan a été évalué conjointement si le processus JANS ou une appréciation similaire a été réalisé.
Evaluation mutuelle des progrès	Les évaluations mutuelles des progrès sont des exercices qui engagent, au niveau national, les hauts représentants tant des autorités du pays que des partenaires au développement, dans une revue de leur performance mutuelle. Ces revues devraient être conduites à travers un dialogue inclusif impliquant une vaste gamme de ministères du gouvernement (y compris les ministères de tutelle et les départements pertinents, aux niveaux central et local), les partenaires bilatéraux et multilatéraux, et les initiatives mondiales – ainsi que les parties prenantes non gouvernementales, y compris les parlementaires, le secteur privé et les organisations de la société civile. Ces évaluations sont entreprises de façon régulière et peuvent être complétées par des revues indépendantes/impartiales. Les résultats complets de ces évaluations devraient être rendus publics en temps opportun, à travers des moyens appropriés pour assurer la transparence. Ces revues peuvent faire partie des revues annuelles conjointes (RAC) ou être des revues séparées de la performance mutuelle (ex : revues de la performance des pactes nationaux).
IHP+	Partenariat mondial qui met en œuvre les principes de l'efficacité de l'aide de Paris, Accra et Busan, en vue d'améliorer les services de santé et les résultats sanitaires, particulièrement pour les pauvres et les vulnérables.
Mesures standards de performance	Indicateurs développés et approuvés par le groupe de travail de l'IHP+ sur la redevabilité mutuelle. Les mesures standards de performance ont été conçues pour suivre la mise en œuvre des engagements des partenaires au développement et des gouvernements des pays, tels qu'exposés dans le Pacte mondial de l'IHP+. Elles sont basées autant que possible sur la Déclaration de Paris et les indicateurs du GPEDC.
Mécanisme de coordination du secteur de la santé	Organe regroupant diverses parties prenantes, qui se réunit régulièrement (souvent mensuellement ou trimestriellement) et qui constitue le principal forum de dialogue sur la politique et la planification du secteur de la santé.
Mécanisme de fonds commun	Un mécanisme de financement qui reçoit les contributions de plus d'un donateur, qui sont alors mises en commun et déboursées selon les instructions de la structure de prise de décision du fonds. (UNDG)
Pacte mondial de l'IHP+	L'IHP+ est ouvert à tous les pays et partenaires qui souhaitent signer les engagements du Pacte mondial. Le Pacte mondial de l'IHP+ définit des engagements selon les principes de Paris que sont l'appropriation, l'alignement sur les systèmes nationaux, l'harmonisation entre agences, la gestion axée sur les résultats et la redevabilité mutuelle.
Partenaire au développement	Inclut les donateurs bilatéraux et multilatéraux, par ex. les agences d'aide nationales et les organisations internationales, les fonds d'affectation spéciale, les fondations et les ONG internationales.
Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (GPEDC)	Le Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (GPEDC) a été établi comme un résultat direct de l'Accord de partenariat de Busan. Le Partenariat mondial aidera à assurer la redevabilité vis-à-vis de la mise en œuvre des engagements de Busan au niveau politique.
Redevabilité mutuelle	Deux ou davantage de parties prenantes partagent des objectifs de développement, vis-à-vis desquels chacune peut légitimement revendiquer que l'autre est responsable, tandis que chacune peut devoir expliquer comment elle s'est acquittée de ses responsabilités, et être sanctionnée si elle fait défaut à ses obligations. (DFID)

Revue annuelle conjointe (RAC) Une revue annuelle conjointe (RAC) du secteur de la santé est un processus qui peut faire partie du suivi et de la planification de la mise en œuvre du plan stratégique de développement du secteur de la santé. La RAC permet d'identifier si le plan est sur la bonne voie et si les stratégies sont adéquates pour atteindre les résultats escomptés. Le terme « conjointe » réfère à la gamme des parties prenantes intéressées par la performance du secteur de la santé et participant à la revue.

Systèmes de gestion des finances publiques (GFP) Le système de gestion des finances publiques (GFP) est le système de gestion des ressources financières du pays. Il comprend quatre composantes, dont les trois premières se focalisent sur la GFP (la quatrième n'est pas appréciée dans le cadre du suivi 2014 de l'IHP+) : a) les procédures nationales d'exécution du budget ; b) les procédures nationales de rapportage financier ; c) les procédures nationales d'audit ; et d) les procédures nationales de passation des marchés publics. Les cadres législatifs requièrent normalement que des types déterminés de rapports financiers et de rapports d'audit soient produits, et définissent la périodicité de ces rapports. L'utilisation des procédures nationales de rapportage financier et/ou d'audit signifie que les donateurs (en principe) n'imposent pas d'exigences additionnelles aux gouvernements en matière de rapportage financier et/ou d'audit.

Remarque : Des définitions opérationnelles complémentaires peuvent être trouvées dans les annexes des lignes directrices de IHP+R, qui sont disponibles en ligne.

ANNEX 3. COMPARAISON DES PERFORMANCES AU BURKINA FASO ET EN GUINÉE

Tableau 7: La Guinée et le Burkina Faso – Comparaison des performances

	Guinée	Burkina Faso
Population en 2013	11 700 000	16 900 000
RNB par habitant (méthode Atlas)	\$ 460 (2012)	\$ 670 (2012)
Mortalité infanto-juvénile (% de baisse depuis 2005)	101 (26%)	98 (38%)
Dépenses de santé par habitant	\$ 32	\$ 38
Dépenses de santé intérieures / extérieures	90% / 10%	69% / 31%
Année d'adhésion à l'IHP+	2012	2009
Résumé des questions de financement	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des finances publiques faible (CPIA = 3) Exécution du budget de 88% Pas de plan de dépenses à moyen terme 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des finances publiques solide (CPIA = 5) Exécution du budget de 86% Plan de dépenses à moyen terme existant
Résumé des questions de redevabilité	<ul style="list-style-type: none"> Pas de cadre sectoriel de résultats Aucune politique de partenariat Aucune évaluation conjointe La société civile participe seulement aux réunions de coordination et à des groupes thématiques 	<ul style="list-style-type: none"> Cadre sectoriel de résultats en place Politique de partenariat en place Tous les mécanismes de coopération et de partenariat en place, y compris la pleine participation de la société civile
Comportements des partenaires au développement	<ul style="list-style-type: none"> 8 partenaires participants 7/8 de scores positifs pour le travail avec les OSC 13% de scores financiers positifs pour la coopération avec le gouvernement 	<ul style="list-style-type: none"> 9 partenaires participants 9/9 de scores positifs pour le travail avec les OSC 59% de scores financiers positifs pour la coopération avec le gouvernement



PRODUIT PAR:

hera

Laarstraat 43, 2840 Reet, Belgique

Tel. +32 38445930

www.hera.eu

www.ihplusresults.org