

Rapport de situation concernant la phase I du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) (5 septembre 2007 au 31 mars 2009)

Afin d'aller de l'avant, le présent document examine les réalisations obtenues et les défis rencontrés au cours de la phase I du processus IHP+ et se conçoit comme un document accompagnant le futur plan de travail de la phase II.

Citons à titre de résumé les résultats suivants obtenus au cours de la première phase:

- Signature de trois accords nationaux: Ethiopie, Mozambique et Népal; élargissement à de nouveaux signataires du Pacte mondial IHP (en dernier, le Rwanda et l'Ouganda);
- Engagement accru de la société civile en tant que partenaire par le biais d'une voix et d'une participation renforcées aux niveaux mondial et national;
- Elaboration de cadres communs pour 1) des résultats dans le secteur de la santé, 2) le suivi et l'évaluation;
- Achèvement du premier examen indépendant du IHP+; contrat conclu à plus long terme avec le collectif Nord-Sud pour l'examen annuel des progrès de mise en œuvre;
- Lancement du groupe spécial de haut niveau sur le financement novateur des systèmes de santé;
- Etablissement d'une liste d'attributs essentiels d'une bonne stratégie nationale de santé et élaboration d'un outil pour l'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé;
- Adoption de recommandations couvrant toutes les institutions afin de renforcer les équipes nationales (phase II pour la mise en œuvre); et
- Accord entre la BM et l'UNICEF en vue d'harmoniser les politiques d'achats en matière de santé.

Les succès de la phase I sont dus aux efforts engagés par tous les partenaires IHP+. Outre le soutien technique et administratif fourni par la participation aux groupes de travail interinstitutions et au groupe de référence (SuRG), relevé à la section I, ainsi que le soutien financier d'ensemble apporté à la mise en œuvre de la phase I, relevé à la section II, de nombreuses institutions ont soutenu le processus IHP+ et la mise en œuvre de ses objectifs en apportant un soutien financier et technique allant au-delà de ce qui est indiqué dans le présent document. Dans bien des cas, les partenaires ont efficacement intégré les objectifs et les tâches du IHP+ dans leurs propres plans de travail et consacrent des ressources institutionnelles individuelles à la réalisation de ces objectifs.

Comme l'a dit Margaret Chan, Directeur Général de l'OMS, dans ses observations de clôture lors du premier examen ministériel, *"l'IHP+ n'est peut-être pas parfait, mais il a fait remonter à la surface, au vu de tous, les questions principales qui doivent être abordées dans toute discussion honnête et fructueuse."* C'est dans cet esprit qu'un rapport narratif et financier des activités, défis et jalons de la phase I a été préparé pour être étudié par les partenaires en prélude à la phase II.

I. Rapport narratif – Principales activités et jalons

Domaine d'action 1: Elaborer des 'accords nationaux' qui contraignent les partenaires du développement à assurer un financement durable et prévisible et à accroître l'harmonisation et l'alignement en faveur du soutien de stratégies et de plans nationaux assortis de coûts, axés sur les résultats et remédiant aux contraintes des systèmes de santé	
Résultats et activités	Principales activités et jalons
<p>1.1 Elaborer des accords nationaux dans au moins 8 pays:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer un bilan du travail dans le secteur • Préparer une feuille de route pour définir l'accord national • Signer les accords nationaux • Commencer le travail préparatoire dans d'autres pays désireux d'élaborer un accord 	<ul style="list-style-type: none"> • En septembre 2007, le Pacte mondial IHP a été signé par huit pays (Burundi, Cambodge, Ethiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Népal et Zambie), huit donateurs bilatéraux (Royaume-Uni, Norvège, Allemagne, France, Italie, Portugal, Canada et Pays-Bas), neuf organisations internationales et d'autres donateurs. Les 8 pays IHP+ ont rédigé des rapports de bilan en mars 2008, et des discussions nationales internes ont été organisées sur des 'feuilles de routes' menant aux accords. • Trois accords nationaux sont signés à ce jour: Ethiopie, Mozambique et Népal; d'autres sont escomptés d'ici juin en Zambie et au Mali. Des progrès sont en cours dans d'autres pays; néanmoins, certains retards ont été pris en raison de troubles politiques et de changements à des postes politiques de haut niveau (Kenya, Madagascar, etc.). • En mai 2008, les nouveaux signataires comportaient deux nouveaux pays (Nigeria et Madagascar) et trois nouvelles institutions bilatérales (Australie, Finlande et

	<p>Suède). En février 2009, les nouveaux signataires comprenaient deux nouveaux pays (Rwanda et Ouganda). Madagascar a récemment finalisé une feuille de route menant à un accord national (janvier 2009), alors que le Nigeria, le Rwanda et l'Ouganda sont en train de discuter de mécanismes permettant de faire avancer le programme IHP+ au niveau national. Les feuilles de routes de ces pays sont attendues pour juin 2009 et seront sans doute présentées à la prochaine réunion des équipes nationales en juin 2009.¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une analyse du soutien financier apporté à 7 équipes nationales du secteur de la santé au cours de la phase I (environ la moitié du budget de la phase I, voir "II. Rapport financier") est actuellement en cours. Au titre de la phase I, 7 pays ont soumis des propositions de soutien financier pour des activités telles que les exercices de détermination des coûts et de budgétisation et les consultations de la société civile. Le présent rapport est destiné à circonscrire les sommes dépensées par chacune des 8 équipes nationales du secteur de la santé pour des activités de soutien au processus IHP+ au niveau du pays. Une fois ce rapport achevé, les partenaires IHP+ étudieront les mécanismes de soutien financier au cours du processus de budgétisation pour la phase II.
<p>1.2. Renforcer les mécanismes de coordination au niveau national:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partager la composition actuelle, les méthodes de travail et les plans de rationalisation, dans le cadre de la feuille de route menant à l'accord • Préparer des plans pour renforcer les méthodes de travail: par ex. <ul style="list-style-type: none"> – renforcer la coordination dans les institutions et gouvernements – réaliser des analyses du système et des contraintes – diffuser dans le pays le savoir, organiser des manifestations d'apprentissage et dégager un consensus sur les options de politique du renforcement des systèmes de santé • Contribuer à élaborer des orientations quant aux bonnes pratiques pour la planification et la coordination nationale du secteur de la santé, par ex.: <ul style="list-style-type: none"> – définir la composition, y compris en impliquant la société civile – préparer des propositions pour les investissements des professionnels de santé/du renforcement des systèmes de santé/du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> • La composition des équipes nationales a été définie fin février 2008 dans le cadre des préparatifs de la réunion des équipes nationales du secteur de la santé à Lusaka qui a également inclus les options pour l'avenir et les principaux jalons à atteindre dans les prochains mois. • En mars 2009, 7 pays (Burundi, Ethiopie, Cambodge, Kenya, Mali, Mozambique, Népal) avaient soumis des propositions pour renforcer le travail au niveau national. Des propositions de soutien financier ont des objectifs et des prestations détaillés, assortis de jalons et de calendriers. Elles ont été approuvées par l'OMS et la BM² et des fonds ont été transférés aux équipes nationales par le biais de l'OMS (au total US\$ 2800k). Les propositions sont disponibles sur le site web de l'IHP+ (http://www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_countries.html). Un bref résumé des progrès dans les pays est fourni à l'Annexe I. • Une analyse des pratiques des équipes nationales a été préparée; des recommandations ont été faites quant aux mécanismes permettant de renforcer les méthodes de travail des partenaires au niveau national en renforçant les équipes nationales existantes. Une analyse et un résumé des outils pertinents pour renforcer les équipes nationales ont également été préparés. Ce travail a bénéficié du vif soutien de tous les partenaires IHP+. Le suivi du renforcement des équipes nationales sera assuré dans la phase II. • Une note sur l'implication de la société civile dans les équipes nationales de santé a été rédigée par le groupe de référence et diffusée. Des mesures sont en train d'être prises pour accroître l'engagement de la société civile au niveau national, notamment en renforçant les lignes de communication et le partenariat avec une proposition spécifique qui sera mise en œuvre dans la phase II. • Une note d'orientation pour l'élaboration des accords nationaux a été rédigée en juin 2008 et a désormais été largement diffusée à toutes les équipes nationales et aux autres partenaires IHP+.

¹ Cette réunion des équipes nationales sera destinée aux pays IHP+ d'Afrique – date et lieu à déterminer. Une réunion distincte des équipes nationales sera planifiée pour les pays IHP+ d'Asie à une date à déterminer.

² Les lignes directrices/critères pour les propositions sont disponibles à l'adresse: <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/IHP+%2016/International%20Health%20Partnership.pdf>.

<ul style="list-style-type: none"> - mémorandums d'accord, codes de conduite, planification sectorielle conjointe et examens 	
<p>1.3 Convenir d'un mécanisme préférentiel pour mobiliser les ressources en vue de renforcer les systèmes de santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les mécanismes existants (examens sectoriels, calcul des coûts, cadre de dépenses à moyen terme, etc.) pour plaider en faveur d'investissements supplémentaires de ressources internationales et nationales • Convenir d'un mécanisme préférentiel pour mobiliser les ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • En septembre 2008, le Royaume-Uni a annoncé son soutien (£450 millions) aux pays engagés dans l'initiative IHP+, à mettre à disposition une fois que les accords auront été finalisés. • En octobre 2008, les Etats-Unis ont annoncé leur soutien à l'IHP+ dans une lettre émanant conjointement du responsable du plan PEPFAR et d'USAID. Le PEPFAR s'est engagé à fournir USD \$2 milliards sur 5 ans aux stratégies nationales pour les travailleurs de la santé dans quatre pays impliqués dans l'IHP+ - Mozambique, Ethiopie, Kenya et Zambie. • Le groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé a été établi en septembre 2008 dans le but de travailler avec les partenaires à contribuer à combler les déficits de financement nationaux afin d'atteindre les OMD liés à la santé en mobilisant des ressources supplémentaires; en accroissant l'efficacité financière du financement de la santé; et en renforçant l'utilisation efficace des fonds. Le groupe spécial s'est réuni à deux reprises (novembre 2008, mars 2009) et travaille à l'élaboration de recommandations définitives pour mai 2009.
<p>1.4. Liaison régulière avec l'équipe de base interinstitutions IHP+ (CT):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire rapport, dès qu'ils se présentent, sur tous les goulets d'étranglement dans les systèmes de santé et chez les partenaires de développement qui entravent les progrès • Dialoguer régulièrement avec l'équipe de base et permettre une contribution aux rapports de situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Un dialogue régulier avec l'équipe de base (OMS, BM et HHA) a lieu quasiment quotidiennement, avec un échange informel de renseignements entre institutions et partenaires de développement. Sur le plan formel, l'équipe de base se réunit toutes les semaines par téléconférence pour suivre le travail en cours, réagir aux besoins des équipes nationales, assurer la liaison avec tous les autres partenaires IHP+, et consulter sur tous les aspects du processus IHP+. Une réunion de l'équipe de base a eu lieu à Washington D.C. en novembre 2008 pour réévaluer les rôles et responsabilités de l'équipe de base dans le contexte des changements incessants apportés au programme de travail et des divers initiatives connexes (groupe spécial, etc.).
<p>Domaine d'action 2: Générer et diffuser la connaissance, l'orientation et les outils dans des domaines techniques spécifiques liés au renforcement des systèmes et services de santé³</p>	
<p>2.1 Stratégie de communication pour le renforcement des systèmes de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La stratégie de communication pour le renforcement des systèmes de santé a été définie en décembre 2007 dans le cadre du lancement T de L'Affaire de tous de l'OMS⁴.
<p>2.2 Domaines prioritaires pour la génération de bases factuelles et de connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plans nationaux, stratégies et budgets • Fourniture des services de santé • Financement fondé sur les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Accord sur les attributs pour évaluer/valider les plans nationaux, options permettant de les apprécier afin de faciliter les investissements communs des donateurs; les liens entre le VIH/SIDA et les plans de santé seront finalisés à l'issue des consultations nationales en juin. Le travail sert à soutenir l'élaboration de candidatures de stratégies nationales au Fonds mondial. • Ce groupe de travail interinstitutions a été formé récemment. Son plan de travail est inclus dans le plan d'action de la phase II. • Le groupe de travail interinstitutions s'est réuni à deux reprises (mars et décembre 2008) depuis le lancement de l'IHP+. Des ateliers au niveau des pays ont désormais été organisés (2 en Afrique, 1 en Asie). Un site web provisoire consacré au financement fondé sur les résultats a été lancé par la Banque en août 2008 (www.worldbank.org/hnp/rbf). Un site web plus complet sera lancé en 2009. Un bulletin d'information régulier RBF est diffusé tous les trimestres aux partenaires.

³ Les principales institutions doivent veiller à la diffusion de la connaissance par le biais de réunions régulières avec les parties intéressées.

⁴ Cadre d'action de l'OMS: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, OMS Genève 2007. Disponible en ligne à l'adresse: <http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>

<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité de l'aide et santé ("La santé en tant que secteur phare") • Contrôle et évaluation • Financement de la santé et protection sociale (lien avec P4H) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe de travail interinstitutions a préparé le forum de haut niveau d'Accra en septembre 2008 et a contribué à organiser la table ronde 8. Un rapport détaillé de "la santé en tant que secteur phare" a été présenté. L'OCDE/CAD continuera son travail sur la santé, et fera rapport de ses progrès à sa vaste base de donateurs. • Le groupe interinstitutions a convenu d'un cadre commun pour contrôler les performances et évaluer les progrès dans les pays, notamment avec des indicateurs communs de la performance des systèmes de santé. Les implications pratiques du cadre de contrôle et d'évaluation commun sont prises en compte pays par pays. • A la suite de la conférence de Bonn de novembre 2007, la France a organisé en mai 2008 une réunion de haut niveau sur le financement de la santé. En janvier 2009, une réunion a convenu d'activités essentielles telles que: (i) protection financière pour la santé intégrée dans des plans de santé; (ii) harmonisation de l'assistance externe pour la protection financière; (iii) utilisation accrue et améliorée des ressources nationales/internationales; (iv) renforcement de l'apprentissage d'un pays à l'autre; et (v) amélioration de la capacité à prendre des décisions fondées sur des bases factuelles. Un cadre analytique pour la protection financière pour la santé dans les pays en développement est à l'élaboration et la sélection des pays pilotes est en cours.
<p>2.3 Harmonisation & alignement de la recherche sur les systèmes de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un document conceptuel est en cours d'élaboration pour examiner les possibilités d'accroître les synergies entre la recherche en cours sur les systèmes de santé, et sera étudié dans la phase II de l'IHP+.
<p>2.4 Synthèse et diffusion des expériences:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe de référence: vidéoconférences mensuelles • Etablir un espace web IHP+ pour échanger de la documentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Des vidéoconférences mensuelles sont organisées avec le groupe de référence, qui s'est récemment élargi pour inclure les organisations de la société civile (voir 3.1) • Le site web de l'IHP+ a été lancé en avril 2008. http://www.internationalhealthpartnership.net/index.html
<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les modèles de l'Observatoire régional des systèmes de santé • Examen des enseignements tirés de l'expérience du GTT ONUSIDA • Echange d'enseignements et d'expériences entre pays • Consultation sur l'engagement du secteur privé • Mise à profit des enseignements tirés pour développer la 2^e phase de l'IHP 	<ul style="list-style-type: none"> • Des discussions ont eu lieu avec l'Observatoire EURO en janvier 2008, et des options en vue de créer un autre observatoire régional sont à l'étude au WPRO et à l'AFRO avec Harmonisation pour la santé en Afrique. • Un séminaire a été organisé par le GTT ONUSIDA en avril 2008 sur l'expérience en matière de renforcement des instruments d'investissement et des systèmes de santé pour le VIH/SIDA. • La réunion des équipes nationales IHP+ a eu lieu fin février 2008 à Lusaka et a donné pour la première fois l'occasion d'examiner les progrès réalisés par tous les pays IHP+, et de discuter des progrès et des défis du processus IHP+ avec les donateurs et la société civile. Les deuxième et troisième réunions des équipes nationales IHP+ du secteur de la santé (Afrique, Asie) sont prévues entre mai et septembre 2009. • Aucune consultation formelle n'a encore eu lieu. Le mandat pour faire progresser ce travail a été rédigé. • Le plan de travail de la phase II a été élaboré et est à l'étude auprès de tous les partenaires. Son approbation formelle est attendue pour mars 2009 (voir 3.1).
<p>Domaine d'action 3: Renforcer la coordination et l'efficacité et tirer parti d'une fourniture d'aide à la santé prévisible et durable</p>	
<p>3.1 Proposition complète pour l'équipe de base y compris dotation en personnel, méthodes de travail, plans et budget</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les mécanismes régionaux pour 	<ul style="list-style-type: none"> • Le mandat de l'équipe de base de l'IHP+ a été finalisé et approuvé par le groupe de référence en novembre 2007. L'équipe de base évaluera son rôle et sa responsabilité deux fois par an par le biais de réunions régulières (voir 1.4). • Des fonds IHP+ ont été dûment transférés au niveau national (US\$ 2800k), au niveau régional HHA (US\$ 500k), aux départements techniques de l'OMS et de la BM (US\$ 1231k) et à la plaque tournante HNP de la Banque Mondiale (US \$ 925 pour le travail dans les pays, l'équipe de base et le travail technique). • Un employé à temps plein a été recruté à Brazzaville pour HHA au début de 2008 avec le soutien d'une bourse de l'IHP+. Les discussions en Asie n'ont pas encore

<p>l'harmonisation de l'assistance technique et du renforcement des capacités – Afrique et Asie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synthétiser les enseignements et planifier la phase II de l'IHP avec les partenaires 	<p>été finalisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le droit fil des objectifs de l'IHP+, la Banque Mondiale a annoncé la création de deux plaques tournantes pour l'expertise sur les systèmes de santé à Dakar et à Nairobi afin de renforcer le travail des partenaires impliqués dans les initiatives IHP+ et Harmonisation pour la santé en Afrique. Le but est de dispenser une assistance technique de grande qualité aux gouvernements nationaux pour l'élaboration de plans assortis de coûts et axés sur les résultats en vue d'atteindre les OMD liés à la santé. • Un plan de travail pour la phase II de l'IHP+ a été élaboré et est actuellement à l'étude auprès de tous les partenaires IHP+. Le plan de travail de la phase II commencera en avril 2009 et ira jusqu'en décembre 2011, date à laquelle la pertinence et la nécessité d'une phase III seront étudiées par tous les partenaires (voir 4.3)
<p>3.2 Etablir une stratégie de communication pour l'IHP+:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer de la documentation et des mécanismes de communication • Forums internationaux réguliers avec toutes les parties prenantes pour discuter des progrès et aborder les problèmes susceptibles de les empêcher dans les pays <ul style="list-style-type: none"> – Secrétariats des partenariats – Société civile – Partenaires de développement • Rapports de situation réguliers sur le plan de travail IHP+ 	<ul style="list-style-type: none"> • Des bulletins IHP+ sont produits tous les mois et diffusés par courrier électronique aux partenaires de développement, aux groupes de la société civile, aux bureaux nationaux et dans toute l'OMS et la Banque Mondiale. • Des matériels de communication, y compris une brochure IHP+, une FAQ, etc. ont été élaborés et sont disponibles sur le site web IHP+. • Le site web IHP+ a été lancé en avril 2008. http://www.internationalhealthpartnership.net/index.html • Une stratégie de communication IHP+ plus détaillée sera finalisée d'ici le milieu de 2009. Elle inclura le soutien au renforcement des communications au niveau national. Le travail à venir pour 2009-10 a été planifié dans le but de rassembler et de diffuser l'information dans les pays IHP+. • Une réunion avec les secrétariats des partenariats a eu lieu en décembre 2007 et le suivi a été assuré en bilatéral avec les secrétariats, par le biais d'un briefing du groupe de référence et par le biais du bulletin IHP+. • Des vidéoconférences du groupe de référence affaires sont organisées tous les mois avec des représentants des institutions de santé internationales et la société civile. • Les vidéoconférences du groupe de référence directeur sont organisées tous les deux mois avec les institutions, la société civile et les partenaires de développement. • Un Forum de la société civile a été organisé à Genève le 23 mai et a impliqué plus de 80 organisations de la société civile, en particulier des pays en développement. Un réseau régulier de la société civile est suivi par les représentants de la société civile au groupe de référence et administré indépendamment par le biais de la liste de courriers électroniques de la société civile de l'IHP+. • Le Directeur général de l'OMS a entamé des réunions informelles avec les partenaires du développement à l'été 2008 (voir point 1.3). • Quatre rapports de situation ont été préparés pour diverses manifestations essentielles liées à l'IHP+, notamment des réunions du H8, l'Assemblée mondiale de la santé et l'examen ministériel de l'IHP+. • D'autres rapports et briefings informels sont préparés régulièrement (notamment le présent rapport), y compris des actualisations informelles et des rapports adressés au groupe de référence.
<p>3.3 Faciliter la solution aux contraintes des institutions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etudier les mesures d'incitation institutionnelles pour soutenir les Principes de Paris dans le secteur de la santé • Contraintes propres aux pays: à confirmer 	<ul style="list-style-type: none"> • Le travail sur les contraintes des donateurs a été achevé par l'OMS et la BM dans le cadre des préparatifs de la réunion d'Accra. • Les contraintes pesant sur les institutions, telles que perçues par les partenaires de l'IHP+, ont été évaluées dans le cadre de l'examen indépendant de l'IHP+ en septembre 2008. Une réponse a été élaborée et a servi à alimenter les promesses faites par les partenaires dans le Communiqué de l'examen ministériel et à servir de repère pour la compréhension des goulets d'étranglement des institutions pour le collectif N-S. • La Banque a récemment conclu un accord avec l'UNICEF sur l'utilisation d'une

	<p>grille pour les achats, à utiliser par les emprunteurs de la Banque lorsque l'UNICEF leur fournit des biens et services liés à la santé financés par la Banque. Une méthode d'achats similaire avec le FNUAP sera signée en mai 2009. La Banque est en train de prendre des mesures pour concevoir des grilles similaires avec d'autres institutions des NU, en accordant une grande priorité aux achats liés à la tuberculose.</p>
<p>3.4 Améliorer la capacité des institutions à renforcer la planification et la budgétisation fondée sur les résultats, accroître l'harmonisation et l'alignement de l'aide et créer des capacités de renforcement des systèmes de santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réseau professionnel des systèmes de santé • Outils, stocks et manifestations pour le développement du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • La conception d'une base de données pour un réseau professionnel des systèmes de santé a été finalisée en juillet 2008 mais n'a pas encore été rendue opérationnelle par manque de personnel. • Une stratégie de développement des capacités sera définie en 2009 avec HHA.
<p>Domaine d'action 4: Garantir une responsabilisation mutuelle et le suivi des performances.</p>	
<p>4.1 Responsabilisation à la mise en œuvre des accords nationaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un cadre de responsabilisation au niveau mondial • Evaluer mutuellement les progrès au niveau des pays • Examen par la société civile des progrès dans la mise en œuvre des accords dans tous les pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Un communiqué conjoint a été publié à la fin de la première réunion d'examen ministériel de l'IHP+, où tous les partenaires se sont engagés à prendre des actions spécifiques pour tenir leurs promesses afin de renforcer l'adhésion au Pacte mondial IHP. Les progrès par rapport au Pacte mondial IHP et au communiqué subséquent seront étudiés dans les rapports annuels du collectif N-S ainsi qu'à la prochaine réunion d'examen ministériel (2010). • La première évaluation des progrès de la mise en œuvre d'un accord national a été effectuée en Ethiopie pour alimenter le premier examen ministériel. • Le collectif Nord-Sud inclut la société civile (voir 4.2).
<p>4.2 Contrôler et évaluer les progrès par pays:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consensus sur le cadre national de contrôle et d'évaluation: progrès & efficacité de l'aide • Appréciation des options pour l'évaluation indépendante des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadre stratégique commun pour contrôler les performances et évaluer les progrès dans les pays a été élaboré à l'issue de consultations approfondies des pays (voir 2.2). • Un examen des progrès indépendant a été effectué en septembre 2008 et une réponse a été rédigée par les partenaires IHP+ pour indiquer les principaux changements de comportement à initier au niveau des institutions. • Un collectif Nord-Sud d'institutions a été sélectionné (Responsible Action – Afrique du Sud, LSHTM – Royaume-Uni, Miz Hasab – Ethiopie, Oxfam GB – Royaume-Uni) pour évaluer les progrès IHP+ et réaliser les examens annuels, étudier les résultats au niveau du pays et au niveau mondial, l'adhésion aux engagements pris dans le Pacte mondial et dans les accords nationaux et recommander les domaines d'action pour le changement.

<p>4.3 Préparer les progrès en vue de manifestations de haut niveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre rapports de situation ont été rédigés (voir point 3.2).⁵ • Des contributions ont été préparées pour le G8 en juillet 2008, le Forum de haut niveau d'Accra en septembre 2008, la réunion de haut niveau du SG des NU en septembre 2008 et l'initiative OMD du SG en Afrique. • L'examen ministériel des progrès sur un an a eu lieu en février 2009; à cette occasion, tous les signataires du Pacte mondial IHP se sont réunis pour échanger leurs avis sur les progrès à ce jour et aborder les défis actuels. • A la fin du premier examen ministériel, le communiqué de l'examen ministériel IHP+, adopté par tous les participants, identifie six domaines sur lesquels devront porter les efforts futurs.⁶

II. Rapport financier

Le budget de la phase I de l'IHP+ a totalisé 14 millions de dollars US pour la période de 16 mois allant de septembre 2007 à mars 2009. Au-delà de ce budget spécifique, les signataires individuels ont également programmé leurs propres ressources pour soutenir le processus IHP+. Ainsi, le budget effectif est sensiblement plus élevé, mais le quantifier dépasserait la portée du présent rapport. Plus de la moitié du budget du plan de travail de la phase I de l'initiative IHP+ (7,35 millions de dollars US, 53,5%) a été conçue pour le travail au niveau national décrit dans le domaine d'action 1, et le reste du budget a été fractionné entre les trois domaines d'action restants tels que:

Tableau 1: Ventilation du budget de la phase I de l'IHP+ (en dollars US)

Domaine d'action	Budget	% du total
1. Plans nationaux & accords nationaux	7,35 million	53,5%
2. Connaissance des systèmes de santé, orientation et outils	2,63 million	19%
3. Coordination & fourniture de l'aide pour la santé	3,02 million	22%
4. Responsabilisation mutuelle & suivi des performances	1 million	7%
Total	14 million	100%

Fonds de donateurs IHP+

Des fonds ont été mobilisés et reçus de la part de sept grands partenaires de développement selon la liste du Tableau 2. Le total de l'intégralité des fonds couvre tout le plan de travail de la phase I de l'initiative IHP+ dont 9.546 dollars US (68%) ont été transférés aux unités de mise en oeuvre pertinentes y compris les équipes nationales, les bureaux nationaux de l'OMS et de la Banque mondiale, les groupes de travail interinstitutions et l'équipe de base à l'OMS, à la Banque mondiale et à Harmonisation pour la santé en Afrique. Sur le budget total de 14 millions, 4.994 (36%) ont été affectés /dépensés. Ce chiffre devrait augmenter étant donné que, par suite de contraintes dues au nouveau système financier de l'OMS, les affectations/dépenses effectives au niveau du pays ne sont pas aisément accessibles depuis le siège. Un examen est actuellement en cours de réalisation en contact direct avec les bureaux nationaux de l'OMS et de la Banque mondiale afin de fournir un résumé de la performance de ces propositions en termes de finances ainsi que de processus et de prestations. Cet examen sera achevé à la mi-avril 2009.

5

<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/MINISTERIAL/IHP%20draft%20Jan27.pdf>

6

Tableau 2: Fonds de donateurs IHP+ (en milliers de dollars US)

Donateur IHP+	Date de réception	Montant reçu	Transféré ⁷	Affecté/dépensé ⁸	% Transféré	% Affecté/dépensé	Solde
OMS	Jan 2007	960	901	512	94%	53%	59
GAVI	Sept 2007	539	327	281	61%	52%	212
Norvège	Nov 2007	991	706	374	71%	38%	285
Royaume-Uni	Déc 2007	7.114	6.605	3.767	93%	53%	509
Australie	Avril 2008	1.914	650	59	34%	3%	1.264
Suède	Nov 2008	1.131	0	0	0%	0%	1.131
Pays-Bas	Jan 2009	1.351	357	0	26%	0%	994
Total		14.000	9.546	4.994	68%	36%	4.454

Utilisation des fonds à travers les domaines d'action de l'IHP+

Environ 67% du budget total de 14 millions de dollars US ont été transférés aux unités de mise en oeuvre pertinentes. Voici une ventilation par domaine d'action des fonds transférés et affectés/dépensés:

Tableau 3: Montants transférés et affectés/dépensés (en milliers de dollars US)

Domaine d'action	Budgétisé	Transféré	Affecté/dépensé	% transféré	% affecté/dépensé
1. Plans nationaux & accords nationaux	7.350	4.466	1.837	61%	25%
2. Connaissance de systèmes de santé, orientations et outils	2.630	969	762	37%	29%
3. Coordination & fourniture d'aide pour la santé	3.020	2.882	2.083	95%	69%
4. Responsabilisation mutuelle & suivi des performances	1.000	999	549	100%	55%
Total	14.000	9.316	5.231	67%	37%

La majorité des fonds transférés et affectés/dépensés pour le domaine d'action 1 a été consacrée à aider les pays à élaborer les pactes nationaux dans les huit pays IHP+ de la première vague. Spécifiquement, 50.000 dollars US ont été transférés à chaque bureau national de l'OMS et à la Banque mondiale pour couvrir les coûts de réunions à l'intérieur des pays et de manifestations liées au dialogue IHP, par ex. la réunion des équipes à Lusaka en février 2008. Des fonds ont également été utilisés pour mettre en oeuvre des propositions conjointes de bureau national, détaillant comment ils renforceraient la coordination nationale en matière de santé. Sept des huit pays de la première vague ont soumis des propositions à cet effet: Ethiopie, Burundi, Cambodge, Kenya, Mozambique, Mali et Népal (en mars 2009, la Zambie n'avait pas soumis de proposition). La première tranche s'élevant à 400.000 dollars US, soit 50% du total de la bourse, a été transférée aux bureaux nationaux de l'OMS pour distribution aux responsables conjoints de la mise en oeuvre. La deuxième tranche sera transférée après dépense intégrale des 400.000 dollars US initiaux et en réponse aux demandes des pays⁹. Comme mentionné plus haut, les affectations/dépenses effectives au niveau national seront actualisées à la mi-avril 2009.

Les transferts et affectations /dépenses de fonds liés au domaine d'action 2 ont été principalement consacrés au soutien des activités des groupes de travail interinstitutions. Plus spécifiquement, 270.000 dollars US ont été transférés au soutien

⁷ Sommes envoyées à l'unité de mise en oeuvre et disponibles pour affectation /dépense.

⁸ Les sommes affectées sont des sommes engagées pour dépense par l'unité de mise en oeuvre.

Les sommes dépensées sont des sommes déboursées par l'unité de mise en oeuvre.

⁹ Cela représente 2,8 millions (soit 400.000 USD x 7 pays de la première vague). Si la Zambie soumet une proposition, le total des transferts projeté atteindra 3,6 millions (soit 2,8 millions + 800.000 USD). Les transferts projetés seront couverts par le solde restant du domaine d'action 1 ainsi que, si nécessaire, par le solde restant du domaine d'action 2.

d'activités liées au groupe de travail interinstitutions sur l'évaluation conjointe des plans nationaux et 295.000 au groupe de travail interinstitutions sur le suivi et l'évaluation. Une somme supplémentaire de 375.000 dollars US a été transférée pour soutenir les activités de fourniture de services. Sur ces transferts, les taux d'affectations /dépenses ont été de 76%, 100% et 41%, respectivement.

L'essentiel des fonds transférés et affectés/dépensés pour le domaine d'action 3 a été consacré au soutien de la communication et de la gestion de l'IHP+. Ces éléments incluent les dispositions en matière de communications et de logistique pour la première réunion des équipes nationales à Lusaka (275.000 USD). Les produits liés à la stratégie de communication incluent 15.000 dollars US pour soutenir la création du site web IHP+ ainsi que pour préparer, imprimer, traduire et diffuser les documents de communication essentiels. Une somme supplémentaire de 30.000 USD a été consacrée au soutien de l'élaboration d'une base de données du Réseau professionnel des systèmes de santé. L'essentiel des dépenses restantes a été consacré à soutenir les structures de gestion de l'équipe de base de l'IHP+ à l'OMS, à la Banque mondiale et à Harmonisation pour la santé en Afrique pour la période allant de septembre 2007 à mars 2009.

Les transferts et affectations /dépenses de fonds liées au domaine d'action 4 ont été principalement consacrés à soutenir l'examen externe du IHP+ et les événements de haut niveau destinés à assurer le suivi, l'évaluation et les rapports d'avancement. Ces éléments ont inclus la consultance externe qui a abouti à la réalisation du premier examen externe à court terme du IHP+ en septembre 2008 (128.000 USD) ainsi que la consultation de la société civile en mai 2008 (180.000 USD) et l'examen ministériel en février 2009 (350.000 USD).

Annexe 1: Situation par pays (jusqu'en février 2009)

Burundi – Le processus d'élaboration d'un accord pour le Burundi est en cours et implique la préparation d'un Plan d'action à moyen terme 2009-2011, d'un cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) 2009-2011, d'un cadre de résultats et du cadre unique harmonisé pour le contrôle et l'évaluation.

Cambodge – Le gouvernement et les partenaires de développement ont élaboré un Plan d'action quinquennal pour l'harmonisation, l'alignement et les résultats. Le Ministère de la Santé a proposé un "équivalent national" à un accord national, sur la base des conventions et procédures formelles existantes.

Ethiopie – L'Éthiopie a signé le premier accord national IHP+, qui a récemment fait l'objet d'un examen indépendant.

Kenya – Les anciennes fonctions du Ministère de la Santé sont désormais assumées par deux Ministères, celui des Services médicaux et celui de la Santé publique.

Madagascar – Les premières étapes menant à l'accord national ont été constituées par le document "principes directeurs", signé en décembre 2008, mais la situation politique à Madagascar risque de perturber le processus.

Mali – L'accord sera signé prochainement et repose sur le programme sectoriel (PRODESS II 2005-2011) ainsi que sur son cadre de dépenses à moyen terme (MTEF).

Mozambique – Le Mozambique a signé son accord national en septembre 2008. Une adaptation du calcul des coûts du Plan stratégique du secteur de la santé (PESS) a été finalisée.

Népal – L'accord national pour le Népal a été signé en février 2009. Par ailleurs, le Ministère de la Santé et de la population a également instauré des soins universels gratuits à divers niveaux.

Nigeria – Le Nigeria a rejoint l'IHP+ en mai 2008 et travaille à l'élaboration d'un Plan national stratégique de développement de la santé (NSHDP) assorti de coûts.

Rwanda et Ouganda – Le Rwanda et l'Ouganda ont signé le Pacte mondial IHP en février 2009.

Zambie – La Zambie signera prochainement son accord national, sur la base du plan et budget du Plan stratégique national pour la santé pour 2006-2011, dont les coûts ont récemment été calculés.