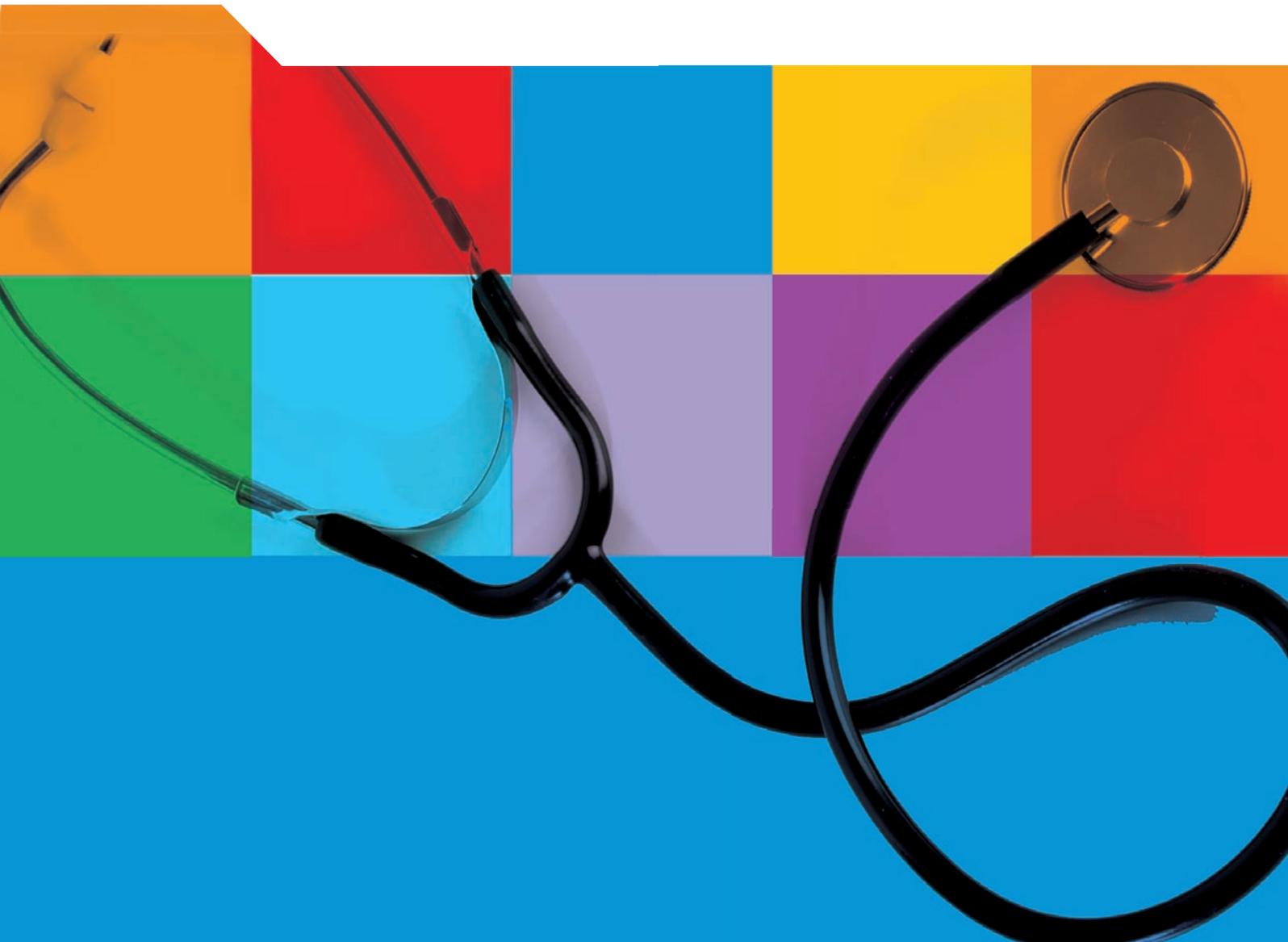




Pour une meilleure aide au développement

L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé

PROGRÈS ET ENSEIGNEMENTS



Pour une meilleure aide au développement

L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé

PROGRÈS ET ENSEIGNEMENTS

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2012), *L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : Progrès et enseignements*, Pour une meilleure aide au développement, Éditions OCDE.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264174658-fr>

ISBN 978-92-64-17464-1 (imprimé)

ISBN 978-92-64-17465-8 (PDF)

Collection: Pour une meilleure aide au développement

ISSN 2074-3629 (imprimé)

ISSN 2074-3610 (en ligne)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Crédits photo : Couverture © Krzysiek_z_poczty | Dreamstime.com.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : www.oecd.org/editions/corrigenda.

© OCDE 2012

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.

Avant-propos

Le quatrième Forum de haut niveau (FHN-4) sur l'efficacité de l'aide, qui s'est tenu à Busan, en Corée, du 29 novembre au 1^{er} décembre 2011, a offert une précieuse occasion à tous les partenaires au développement de travailler ensemble sur un nouveau pacte mondial en vue d'élargir et d'approfondir le partenariat mondial pour le développement, et une occasion aussi de redynamiser le programme de développement, afin que les pays en développement soutenus par leurs partenaires obtiennent de meilleurs résultats et atteignent les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Les travaux sur l'efficacité de l'aide et la santé, qui ont été réalisés et ont fait l'objet de rapports réguliers au cours des quatre années passées dans le cadre du Groupe de travail sur l'efficacité de l'aide, ont représenté l'effort le plus concret pour rapprocher le débat sur la qualité des partenariats de coopération pour le développement et le débat sur les résultats de développement, notamment les OMD.

Ce rapport final marque la fin d'un processus au cours duquel des fonctionnaires de haut niveau d'institutions, d'organisations et de pays divers ont pu partager leur expérience et s'entendre sur des recommandations concernant de nouvelles améliorations individuelles et collectives à apporter en vue d'assurer l'efficacité de l'aide à la santé efficace.

Grâce à ce processus franc et constructif, nous pouvons aujourd'hui faire état des progrès réalisés aux niveaux mondial et national. L'Équipe de projet sur la santé en tant que secteur de référence (TT HATS) a utilisé son influence et ses liens avec l'extérieur pour rassembler des informations sur les progrès accomplis au sein de ses institutions membres et sur les principales approches déployées, notamment au niveau des pays. Elle s'est efforcée constamment d'alimenter l'ensemble du processus de suivi et de promotion de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris en vue d'être une source d'enseignements pour les autres secteurs et domaines qui font face à des défis similaires en termes de coordination, d'alignement et de prolifération des acteurs. Il est encourageant de constater que d'aucuns s'inspirent de ce travail pour nourrir le débat sur des questions telles que le changement climatique ou la sécurité alimentaire.

L'objectif de la TT HATS est d'aider à prendre des actions et des décisions plus efficaces à tous les niveaux. Les outils sont en place. De nombreuses informations sont disponibles. Nous savons ce qu'il faut faire. Il s'agit maintenant de répondre aux appels urgents émanant des pays en développement afin de les soutenir dans les efforts qu'ils déploient pour atteindre leurs objectifs de développement au profit de leurs populations, et pour renforcer les capacités dans le secteur de la santé.

Il ne suffit pas de voir de combien l'aide destinée à la santé a augmenté au cours de ces dernières années. Cet effort accru de la part des donateurs et d'autres sources de financements, surtout en période de difficultés budgétaires, accroît la responsabilité qui est la nôtre de rendre compte de l'utilisation de l'aide et de son impact au niveau des

pays et de résoudre de manière appropriée les problèmes qui pourraient compromettre la pérennité des résultats obtenus.

Il ne suffit pas de reconnaître que le secteur de la santé, plus que d'autres, a mis au point des outils pour améliorer l'efficacité de l'aide, notamment des approches sectorielles, le Partenariat international pour la santé (IHP +) et d'autres approches. Encore faut-il, pour que ces approches soient couronnées de succès, un engagement qualitatif, cohérent et collectif de l'ensemble des partenaires.

Il ne suffit pas de se féliciter du fait que la mortalité infantile a diminué, que les objectifs fixés pour le paludisme et la tuberculose d'ici à 2015 sont à portée de main et qu'environ six millions de personnes bénéficient aujourd'hui de traitements antirétroviraux. Cette réussite doit s'inscrire dans le cadre de systèmes de santé plus efficaces qui sont en mesure de répondre aux différents besoins de la population.

Aujourd'hui, le paysage mondial de la santé, avec plus de 100 programmes mondiaux, des moyens innovants de financement ou de fourniture d'intrants au secteur de la santé et la participation croissante d'acteurs au développement non traditionnels, a contribué à l'obtention de résultats importants, et certaines défaillances du marché sont corrigées par le biais de partenariats novateurs. Mais la situation actuelle est également source de préoccupations, du fait que ces interventions ne tiennent pas toujours dûment compte de la nécessité pour les pays de développer leurs propres capacités de santé, afin notamment de profiter pleinement et durablement des résultats de ces diverses interventions. Le paysage mondial requiert des efforts supplémentaires afin de rationaliser l'aide au développement en faveur de la santé, de corriger le chevauchement des mandats et d'améliorer l'action collective au niveau des pays.

Ce ne sont là que quelques-uns des exemples des travaux et faits importants que la TT HATS a rassemblés dans ce rapport final. Ses conclusions et recommandations devraient être utiles et exploitées par les décideurs et les experts, qu'ils travaillent pour l'État, le secteur privé, les ONG ou les milieux universitaires, afin d'améliorer encore l'efficacité de la coopération pour le développement.

Enfin, en tant que président du CAD de l'OCDE, je tiens à féliciter et à remercier tous mes collègues et leurs institutions partenaires pour leur contribution active à la TT HATS ainsi que le Groupe de travail sur l'efficacité de l'aide pour la confiance et le soutien dont il a témoigné tout au long de cette aventure.



J. Brian Atwood

Remerciements

Le présent rapport a été préparé par l'Équipe de projet sur la santé en tant que secteur de référence (TT-HATS) du Groupe de travail sur l'efficacité de l'aide, à titre de contribution au quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui s'est tenu en République de Corée, du 29 novembre au 1^{er} décembre 2011. Le rapport a été établi sous la direction d'Elisabeth Sandor (OCDE).

De précieux apports sous forme de contributions, d'examen mutuels, de propositions et de critiques, ont été fournis par les membres de la TT-HATS : Geoff Adlide et Bjorg Sandkjaer (Alliance GAVI), Manjiri Bhawalkar et Daniel Low-Beer (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), Musa Bullaleh (ONUSIDA), Mukesh Chawla (Banque mondiale), Martinus Desmet (représentant de la Belgique au CAD-OCDE), Bruno Dujardin, Jessica Martini et Elisabeth Paul (Groupe de recherche en appui à la politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide/GRAP-PA Santé), Annick Jeantet (*Action for Global Health*), Gérard Schmets (coprésident), Rania Kawar et Paolo Piva (OMS), Janet Kwansah et Ben Ampanoah (Ghana), Jason Lane (Commission européenne), Tiana Lalaorarijaona Vololontsoa (Madagascar), Salif Samaké (Mali, coprésident), Jacqueline Mahon (FNUAP), Anders Molin (SIDA), Tim Shorten et Shaun Conway (IHP + results), Pascal Villeneuve (UNICEF), Marie-Odile Waty (SFI).

Les principaux auteurs du rapport sont Clare Dickinson et Kathy Attawell.

De nombreux collègues de donneurs bilatéraux, de pays partenaires, de programmes mondiaux, d'agences multilatérales et d'organisations de la société civile ont également collaboré au rapport par le biais de contributions écrites spécifiques et/ou d'entretiens. Il convient de remercier tout particulièrement : Olusoji Adeyi (Dispositif des médicaments accessibles contre le paludisme, FMLSTP) ; Andrew Cassels (OMS), Sue Chandler et James Droop (DFID) ; Bob Emrey, Pamela Rao et Lisa Maniscalco (USAID), Brad Hersh (ONUSIDA), Nicole Klingen (IHP +, Banque mondiale), Elisabeth Paul et Véronique Zinnen (GRAP-PA Santé), Agnes Soucat (BAfD), Phyllida Travis (IHP +, OMS) et Lisa Williams (OCDE).

Table des matières

Avant-propos	3
Remerciements	5
Abréviations	9
Résumé	11
Messages clés	11
Principales constatations	12
Recommandations	15
Enseignements tirés du secteur de la santé.....	17
Références	17
Introduction	19
Références	20
Chapitre 1. Renforcer l'appropriation nationale et les plans nationaux	21
Contexte et engagements.....	22
Renforcement de l'appropriation nationale et des plans nationaux	22
Participation des acteurs non étatiques	25
Messages clés	28
Références	28
Chapitre 2. Utiliser et renforcer les systèmes nationaux dans le secteur de la santé	31
Contexte et engagements.....	32
Renforcement et utilisation des systèmes nationaux.....	32
Alignement du financement, de la gestion et de l'assistance technique.....	34
Messages clés	35
Références	36
Chapitre 3. Harmoniser d'avantage l'aide au secteur de la santé	37
Contexte et engagement	38
Dispositifs communs et coordination.....	38
Division du travail entre les donateurs.....	42
Messages clés	44
Références	44
Chapitre 4. Améliorer la prévisibilité et la transparence de l'aide au secteur de la santé	47
Contexte et engagement	48
Améliorer la prévisibilité de l'aide.....	48
Contribution des mécanismes de financement innovants	52
Transparence et mise à disposition d'informations sur les apports d'aide.....	55
Messages-clés.....	56
Références	57

Chapitre 5. Renforcer la responsabilité mutuelle et nationale pour obtenir des résultats plus durables en matière de développement.....	61
Contexte et engagements.....	62
Renforcement de la responsabilité mutuelle et nationale.....	62
Gestion axée sur les résultats en matière de développement.....	64
Messages clés.....	68
Références.....	69
Chapitre 6. L'efficacité de l'aide et son impact sur les résultats en matière de santé.....	71
Messages clés.....	76
References.....	76
Bibliographie.....	79
Annexe A : Définitions.....	87
Annexe B : Donneurs émergents et efficacité de l'aide dans le secteur de la santé.....	89
Annexe C : Résumé des fiches d'évaluation d'IHP+Results sur la performance des partenaires au développement et des gouvernements nationaux.....	93
Tables	
Table 3.1 : Fragmentation du secteur : décaissements par les donateurs de l'UE en 2007.....	43
Boxes	
Encadré 1.1 : Une appropriation nationale conséquente est essentielle à l'amélioration des résultats en matière de santé.....	22
Encadré 1.2 : Les approches par programme et l'appui budgétaire sectoriel peuvent renforcer l'appropriation nationale.....	23
Encadré 1.3 : Les « Trois principes ».....	23
Encadré 1.4 : Le Partenariat international pour la santé.....	24
Encadré 1.5 : Encourager les partenariats public-privé (PPP) en matière de santé au Kenya.....	27
Encadré 2.1 : Une part importante du financement destiné à la santé est « hors budget ».....	34
Encadré 3.1 : Progrès nationaux quant à l'harmonisation des procédures des donateurs dans le secteur de la santé.....	38
Encadré 3.2 : Les hauts niveaux d'aide-projet constituent un défi pour l'harmonisation.....	40
Encadré 3.3 : La Plate-forme de financement des systèmes de santé.....	41
Encadré 3.4 : Progrès accomplis par les pays en matière de division du travail.....	42
Encadré 4.1 : Le point sur les efforts déployés par les donateurs pour améliorer la prévisibilité de l'aide ..	48
Encadré 4.2 : Des progrès inégaux dans l'amélioration de la prévisibilité de l'aide.....	49
Encadré 4.3 : L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le cofinancement des vaccins par les pays et l'analyse de la marge de manœuvre budgétaire.....	50
Encadré 4.4 : Le décalage entre les engagements et les décaissements.....	51
Encadré 4.5 : Exemples de mécanismes de financement novateurs.....	52
Encadré 4.6 : Enseignements tirés du financement innovant et efficacité de l'aide.....	54
Encadré 4.7 : Les donateurs ne fournissent toujours pas d'informations appropriées sur l'aide.....	56
Encadré 5.1 : Dialogue parlementaire sur l'efficacité de l'aide et résultats au Nigéria.....	63
Encadré 5.2 : Responsabilité et transparence renforcées pour la santé des femmes et des enfants ..	64
Encadré 5.3 : Problèmes à prendre en compte dans les méthodes de financement axées sur les résultats pour le secteur de la santé.....	65
Encadré 6.1 : Efficacité de l'aide et ressources consacrées à la santé.....	72
Encadré 6.2 : Efficacité de l'aide, services de santé et résultats en matière de santé.....	73

Abréviations

ABG	Appui budgétaire général
ABS	Appui budgétaire sectoriel
AfGH	Réseau « Action for Global Health »
AFC	Accord de financement commun
AMC	Garantie de marché
APD	Aide publique au développement
APP	Approche par programme (ou approche-programmes)
CAD	Comité d'aide au développement
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CE	Commission européenne
CEP	Cadre d'évaluation des performances (ou de la performance)
CNLS	Conseil national de lutte contre le sida
DFID	Ministère britannique du développement international
DPAp	Dispositif des médicaments accessibles contre le paludisme
ECSN	Évaluation conjointe de la stratégie nationale
FHN4	Quatrième Forum de haut niveau
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GFP	Gestion des finances publiques
HACT	Approche harmonisée pour le transfert de fonds (ou d'espèces)
HIA	Initiative santé en Afrique
IFFIm	Facilité internationale de financement pour la vaccination
IHP+	Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées
IHP+ Results	Consortium donnant une évaluation annuelle indépendante de la mise en œuvre du IHP+
IITA	Initiative internationale pour la transparence de l'aide
MCC	Société du compte du millénaire
MNC	Mécanisme national de coordination

MoU	Protocole d'accord
NSA	Demande de subventions basée sur la stratégie nationale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODI	Overseas Development Institute (Institut du développement de l'Outre-mer)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH et le SIDA
PEPFAR	Plan d'urgence du Président (des États-Unis) pour la lutte contre le sida
PPP	Partenariat public-privé
RSS	Renforcement des systèmes de santé
S&E	Suivi & Évaluation
SFI	Société financière internationale
SIDA	Agence suédoise pour le développement international
SSSP	Surveillance des systèmes de santé des pays
SSV	Soutien aux services de vaccination
SWAp	Approche sectorielle
TT HATS	Équipe de projet sur la santé comme secteur témoin
UE	Union européenne
UEP	Unité d'exécution (ou de mise en œuvre) de projets
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF ou FISE	Fonds international des Nations Unies pour (le secours) à l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international

Résumé

L'aide contribue largement à réduire la pauvreté et l'inégalité, à rehausser la croissance, à renforcer les capacités, à assurer le développement humain et à accélérer la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement. L'efficacité de l'aide est décisive, tant pour maximiser l'impact de l'aide que pour réaliser les changements nécessaires à un développement durable à long terme.

L'aide au secteur de la santé est importante et complexe et illustre bon nombre des défis qui se posent du point de vue de l'efficacité. Le secteur de la santé a été le premier à agir pour améliorer l'efficacité de l'aide et il offre des enseignements utiles pour les autres secteurs. Ce rapport final de l'Équipe de projet sur la santé en tant que secteur de référence (TT HATS) présente une vue d'ensemble des progrès accomplis dans la mise en œuvre des principes de la Déclaration de Paris de 2005 et du Programme d'action d'Accra de 2008 dans le secteur de la santé, en mettant l'accent sur les enseignements tirés de l'expérience des pays

Messages clés

D'importants progrès ont été réalisés dans le secteur de la santé, mais beaucoup reste à faire. Le secteur de la santé a fait des progrès considérables en matière d'efficacité de l'aide, lançant des initiatives novatrices telles que l'IHP + afin d'améliorer l'harmonisation, l'alignement et les mécanismes de suivi. Toutefois de nouveaux progrès sont nécessaires, en particulier pour combler le fossé entre les engagements pris au niveau mondial et les pratiques en vigueur au niveau national, et pour infléchir durablement le comportement des pays et des donateurs. L'expérience acquise dans le secteur de la santé est riche d'enseignements pour les autres secteurs et pour aider à un développement plus large. Il faut continuer de suivre les progrès accomplis au regard des engagements relatifs à l'efficacité de l'aide en matière de santé et de tirer des enseignements du secteur de la santé et ce, au-delà du Forum de Busan.

Une aide efficace crée les conditions de la réussite. Tout porte à croire que l'efficacité de l'aide améliore les capacités de planification, d'élaboration du budget et de gouvernance, renforce les systèmes nationaux et contribue aux résultats en matière de santé grâce à une mise en œuvre plus efficace et plus durable des politiques, des stratégies et des plans nationaux de santé. Dans les pays fragiles ou sortant d'un conflit, des processus de politique et de gestion rationnels et coordonnés servent de base à l'amélioration des systèmes de santé et de prestation de services. Un défi permanent dans le secteur de la santé consiste à trouver un juste équilibre et de meilleures complémentarités entre des programmes performants du point de vue de l'obtention de résultats mesurables à court terme, même si c'est souvent au détriment de l'efficacité de l'aide et de changements fondamentaux à plus long terme, et des approches plus durables à l'échelle du secteur dans son ensemble, privilégiant une meilleure prise en compte des besoins, des institutions et des priorités des pays, mais dont les résultats sont plus difficiles à mesurer.

La santé fournit des indications et des enseignements uniques sur les aspects complexes de l'architecture de l'aide. L'aide pour le secteur de la santé a augmenté considérablement ces 20 dernières années passant de 5 milliards USD en 1990 à 21.8 milliards en 2007 (IHMD, 2010). Des investissements accrus et une intensification des programmes ont amélioré notablement certains résultats en matière de santé. Ces développements se sont accompagnés d'un nombre croissant d'acteurs et d'accords de gouvernance et de gestion de l'aide de plus en plus complexes. Si la diversité procure de nombreux avantages, elle est aussi source de difficultés du point de vue de l'appropriation nationale, de l'alignement et des systèmes nationaux, et conduit à des approches qui font double emploi et qui sont fragmentées aux niveaux mondial et national. L'utilisation de la santé comme secteur « de référence » a permis de mieux comprendre les risques et les avantages de la diversité et a catalysé l'action en faveur d'une approche plus coordonnée et plus cohérente de l'architecture mondiale de l'aide. Cela a été reconnu par le G8 dans la Déclaration de Deauville en mai 2011. Les enseignements importants tirés du secteur de la santé peuvent guider les efforts déployés à l'échelle mondiale pour faire face à des problèmes tels que le changement climatique et la sécurité alimentaire, qui présentent apparemment des évolutions similaires, notamment un engagement politique ferme, des besoins importants et le lancement de nouvelles initiatives et de nouveaux canaux de financement, et des difficultés analogues liées à l'architecture de l'aide.

Principales constatations

Quels sont les résultats obtenus ?

Des progrès appréciables ont été réalisés en ce qui concerne la mise en œuvre des principes de Paris dans le secteur de la santé, particulièrement pour ce qui est du renforcement de l'appropriation nationale, de la coordination, de l'utilisation des dispositions communes, du dialogue et de l'échange d'informations entre les donateurs et les pays. On citera, par exemple, l'accent mis davantage sur le renforcement du dialogue autour des politiques, des stratégies et des plans nationaux de santé, avec le soutien du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP +) et la fonction de suivi de l'IHP + Results qui fait état des progrès accomplis par les donateurs et les pays partenaires au regard des indicateurs de Paris. De même, la création de la plate-forme de financement commun qui vise à harmoniser les financements provenant de la Banque mondiale, de l'Alliance GAVI et du Fonds mondial dans les systèmes de santé au niveau national, est une initiative prometteuse.

Une aide plus efficace peut améliorer les résultats en matière de santé. Les données disponibles semblent indiquer que l'aide apportée par le biais d'approches sectorielles et par programme peut accroître les ressources globales pour la santé et cela va de pair avec une meilleure prestation de services de santé, une meilleure couverture et de meilleurs résultats en matière de santé. Ces approches reposent généralement sur des politiques, des stratégies et des plans nationaux de santé efficaces, qui constituent la pierre angulaire de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé.

L'appropriation nationale est indispensable à une meilleure efficacité de l'aide. Dans un certain nombre de pays, un puissant esprit d'initiative, des politiques de santé saines et l'utilisation pragmatique des ressources pour mener des réformes du secteur et renforcer les systèmes de santé ont contribué de façon décisive à

l'amélioration des résultats en matière de santé. Des signes prometteurs quant à une appropriation nationale plus forte et plus intégrée, sont à noter.

La participation de la société civile aux processus de planification et d'action publique s'est accrue, mais on observe un manque de cohérence entre les pays et il ne semble guère y avoir d'engagement systématique, notamment avec les pouvoirs législatifs ou le secteur privé.

Les avis divergent quant à la question de savoir si les programmes mondiaux renforcent ou compromettent l'appropriation nationale, encore que la lenteur de l'harmonisation et de l'alignement des programmes mondiaux au niveau national ainsi que la part importante du financement qui est affectée à des usages particuliers, puisse entraver l'appropriation nationale.

Des progrès ont été réalisés en faveur d'un meilleur alignement de l'aide. L'évaluation conjointe menée par un pays d'un plan national de santé, des modalités unifiées pour appuyer le plan et l'utilisation d'un cadre commun des résultats pour effectuer le suivi de la mise en œuvre du plan, sont cruciales pour l'alignement. Certains pays ont déployé des efforts considérables, souvent dans le cadre de réformes plus larges, afin de renforcer les systèmes de passation des marchés et de gestion des finances publiques et de s'assurer que ces systèmes respectent les normes reconnues. Les évaluations conduites par les pays, le dialogue entre les ministères de la Santé et les donateurs ainsi que la participation des donateurs aux processus annuels, ont contribué aux réformes sectorielles dans ce domaine.

L'harmonisation, la division du travail et la mise en œuvre des dispositions communes s'améliorent. Des efforts considérables ont été faits par les pays et les donateurs pour accroître l'utilisation d'approches-programmes et sectorielles, de dispositifs de financement conjoint et de planification commune, de systèmes de gestion financière et de procédures de passation des marchés.

Les donateurs ont fait des efforts systématiques pour améliorer la prévisibilité de l'aide. L'expérience acquise avec des mécanismes de financement innovants, tels que l'IFFIm, montre que les donateurs bilatéraux peuvent conclure des accords pluriannuels et fournir un financement prévisible. Cela fait ressortir la nécessité de mieux analyser le rôle des différentes modalités d'aide à l'égard de la prévisibilité.

Des cadres de responsabilité solides offrent la possibilité de suivre et d'améliorer la responsabilité mutuelle en ce qui concerne les résultats obtenus dans le secteur de la santé, comme l'attestent l'IHP+ Results et la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. La Déclaration du G8 de Deauville note que la responsabilité en matière d'efficacité de l'aide est partagée entre les donateurs et les pays partenaires et souligne le soutien en faveur de la responsabilité mutuelle, l'accent étant mis plus particulièrement sur les résultats.

Quels sont les facteurs qui entravent le progrès ?

Bon nombre des contraintes à l'efficacité de l'aide identifiées par le rapport provisoire de la TT HATS persistent, notamment la complexité de l'architecture de l'aide, le manque d'alignement des donateurs sur les priorités et les systèmes nationaux, une harmonisation insuffisante entre les donateurs et la difficulté à maintenir la dynamique une fois que les mécanismes sont en place. Des évolutions récentes, en

particulier l'émergence de nouveaux donateurs, représentent également des défis du point de vue de l'efficacité de l'aide.

Il existe un « décalage » important entre les engagements et la pratique. Certains donateurs ont fait des efforts considérables pour répondre aux engagements sur l'efficacité de l'aide, mais d'autres, y compris certaines organisations bilatérales et certains programmes mondiaux, restent peu disposés à s'engager ou sont incapables de le faire. Alors que se multiplient les aides-projets apportées par les donateurs traditionnels et émergents, ainsi que les programmes mondiaux, une part importante de ces aides est toujours « hors budget », et l'accroissement de l'aide pour la santé ne s'accompagne pas d'une augmentation proportionnelle de l'utilisation du soutien budgétaire. De nombreuses données factuelles indiquent que l'aide aux projets sape l'efficacité de l'aide, fausse les priorités et l'affectation des ressources, augmente les exigences en matière de budgétisation, d'établissement de rapports et d'audit, et affaiblit la responsabilité mutuelle et nationale.

L'aide reste très imprévisible, et la plupart des donateurs ne sont pas en mesure de donner des engagements réalistes plus d'un an à l'avance. Les différences entre les engagements des donateurs et les décaissements effectifs sont également importantes. En outre, malgré des améliorations en matière d'harmonisation, les examens indépendants et non coordonnés réalisés par les donateurs continuent, et l'harmonisation demeure un défi important pour les programmes de santé mondiaux et certains donateurs bilatéraux.

Les programmes mondiaux se classent relativement bien du point de vue de l'efficacité de l'aide au niveau mondial, mais ils appliquent de façon inégale les principes de l'efficacité de l'aide au niveau des pays. La pression exercée sur les donateurs pour pousser à « dépenser », à obtenir des résultats à court terme et à réduire leurs coûts de transaction, signifie qu'à l'avenir l'aide sera sans doute, de plus en plus, acheminée par le biais de fonds mondiaux, avec les difficultés auxquelles il faut s'attendre dans les pratiques de gestion de l'aide à l'échelon national.

Les pays n'ont pas toujours respecté leurs engagements, comme atteindre l'objectif d'Abuja concernant les dépenses nationales de santé¹, renforcer et réformer les systèmes et élargir le dialogue sur les politiques afin d'inclure la société civile et le secteur privé. Bon nombre de ces changements vont au-delà du mandat des ministères de la Santé. Par exemple, les progrès à réaliser pour renforcer les systèmes de gestion des finances publiques dépendent d'une réforme plus générale de l'État. Les ministères sectoriels peuvent parfois considérer le programme relatif à l'efficacité de l'aide comme un moyen de centraliser le contrôle des ressources par le Ministère des Finances, réduisant ainsi leur autonomie et faisant pression sur les donateurs.

Les considérations politiques influent sur la mise en œuvre des engagements. La pression exercée sur les donateurs pour qu'ils affichent des résultats et conservent la responsabilité, la crainte de perdre de l'influence et des systèmes et des règles rigides limitent l'harmonisation et l'utilisation de dispositions communes. Parmi les contraintes qui pèsent sur les donateurs à l'égard de la prévisibilité de l'aide à moyen terme, on peut citer la réticence à engager des fonds au-delà du mandat en cours, la préférence accordée au maintien d'une influence politique et la souplesse pour répondre aux changements des priorités de politique étrangère, des règles et des processus nationaux. Les préoccupations au sujet du risque fiduciaire et les horizons de planification à court terme dans les pays bénéficiaires réduisent les incitations à fournir

des engagements pluriannuels. Le choix de rester impliqué dans le secteur de la santé semble aussi être fortement influencé par le siège des donateurs.

Les efforts portent davantage sur les processus relatifs à l'efficacité de l'aide que sur l'impact d'une meilleure aide sur la prestation des services de santé et les résultats. Les coûts de transaction des processus relatifs à l'efficacité de l'aide sont élevés, en particulier pour le personnel des pays donateurs, et ces coûts risquent d'être disproportionnés par rapport aux avantages. En outre, prouver et attribuer l'impact de l'efficacité de l'aide est difficile, et il n'existe aucune interprétation commune des résultats qui peuvent être réalistement attendus ou de la manière dont ceux-ci peuvent être mesurés.

Une meilleure hiérarchie des priorités au niveau des pays pourrait renforcer les principes de l'efficacité de l'aide. L'expérience dans le secteur de la santé indique que certains principes sont plus importants que d'autres. L'appropriation nationale, l'alignement et la prévisibilité sont essentiels à d'autres aspects de l'efficacité de l'aide. Pour les pays partenaires, l'harmonisation de l'aide apportée par les donateurs, la responsabilité mutuelle et la gestion des résultats sont certes importantes mais secondaires par rapport à un bon plan, au financement de ce plan et au calendrier de mise à disposition des fonds.

Des lacunes importantes subsistent en matière de connaissances. Il manque des données factuelles sur la pertinence, l'application ou l'adaptation des principes de l'efficacité de l'aide dans des contextes différents, notamment dans les pays à revenu intermédiaire et dans les États fragiles, sur les effets des programmes mondiaux sur l'efficacité de l'aide et sur l'économie politique de l'efficacité de l'aide en matière de santé.

Recommandations

Réaffirmer les engagements pris vis-à-vis des principes de l'efficacité de l'aide et y sensibiliser les nouveaux acteurs. Même si les principes de Paris sont tous importants et se renforcent mutuellement, l'appropriation nationale, l'alignement et la prévisibilité de l'aide constituent les leviers les plus puissants pour atteindre des résultats durables. Il est également nécessaire d'intensifier les efforts afin de faire comprendre plus largement les principes de l'efficacité de l'aide, y compris parmi les donateurs non traditionnels, les parlementaires et la société civile, et d'institutionnaliser l'efficacité parmi les gouvernements et les organismes donateurs.

Intensifier les efforts de mise en œuvre des engagements. Il est urgent d'intensifier la mise en œuvre par un plus large éventail de donateurs et de pays et de trouver des mesures incitatives à cet effet. Il faut redoubler d'efforts pour renforcer et utiliser les systèmes nationaux qui répondent aux normes admises, pour réduire activement l'aide aux projets, les systèmes parallèles et les missions séparées, pour améliorer la prévisibilité de l'aide à moyen et à plus long terme et pour institutionnaliser des cadres communs de résultats et les mesures de responsabilité mutuelle. Les fonds et les programmes mondiaux, en particulier, doivent identifier des mesures permettant de mieux soutenir l'harmonisation et l'alignement au niveau national.

Accroître le soutien à l'initiative nationale et au renforcement des capacités. Les donateurs et les pays se doivent de renforcer l'initiative nationale et la capacité des systèmes nationaux, en particulier pour ce qui concerne la gestion des finances

publiques, la passation des marchés et le suivi et l'évaluation. Les pays ont également besoin d'un appui pour renforcer leur capacité de gérer les initiatives mondiales, leur impact et le nombre croissant d'acteurs intervenant dans le domaine de la santé. Le renforcement des capacités constitue une priorité pour les gouvernements africains en particulier. Il faut intensifier l'investissement et l'assistance technique en vue de renforcer les processus nationaux de planification, de budgétisation et de reddition de comptes, y compris la capacité des assemblées législatives nationales, des organisations de la société civile et du secteur privé de participer à ces processus.

S'entendre sur des résultats réalistes à obtenir par le biais de l'efficacité de l'aide et convenir de calendriers réalistes pour atteindre le changement. Les pays et les donateurs doivent parvenir à un consensus sur la nature des résultats qui pourraient être attendus de l'amélioration de l'efficacité de l'aide et sur la manière dont ils pourraient être mesurés. Il est important de faire preuve de réalisme au sujet du temps qu'il faudra pour changer les comportements et les processus et s'agissant des entraves au progrès.

Consolider la base de données factuelles. Les lacunes particulières à traiter sont l'expérience nationale qui montre les liens qui existent entre une aide plus efficace et des améliorations dans la prestation des services de santé et des résultats de santé ainsi que l'analyse des facteurs culturels et politiques qui influent sur les processus de développement du secteur, de manière à comprendre comment les politiques stimulent ou empêchent le changement. Les efforts déployés en vue de consolider la base de données factuelles devraient s'appuyer sur le travail accompli par la TT HATS et l'IHP+ pour faire état des progrès du secteur, remédier à l'insuffisance de connaissances et fournir des enseignements utiles à d'autres secteurs.

Améliorer la coordination de l'architecture de l'aide mondiale. Il est urgent d'instaurer une coordination plus efficace de l'architecture de l'aide mondiale pour la santé et, une collaboration plus efficace sur les politiques et la prise de décision concernant les initiatives mondiales, afin d'assurer une plus grande cohérence. À cette fin, il faut un leadership de haut niveau, un meilleur alignement des responsabilités et des incitations, et un mandat plus conséquent pour les mécanismes existants tels que le CAD-OCDE, plutôt que la création d'une initiative de coordination mondiale distincte. Il faut prendre des mesures plus cohérentes qu'à l'heure actuelle afin de s'assurer que les pays jouent un rôle de premier plan et que leurs points de vue soient pris en compte. Des efforts accrus sont également nécessaires pour capitaliser sur l'expérience et l'avantage comparatif de la diversité des acteurs dans le secteur de la santé.

Réexaminer les cadres, structures et processus de l'efficacité de l'aide. Il faudrait envisager des réformes susceptibles de réduire les coûts de transaction de mise en œuvre de l'efficacité de l'aide pour s'assurer que les principes de l'efficacité de l'aide puissent être appliqués dans les États fragiles et pour impliquer un plus large éventail d'acteurs. La portée des partenariats nationaux et mondiaux doit être élargie en vue d'englober les pays donateurs émergents, les initiatives mondiales, la philanthropie privée, la société civile et le secteur privé, et de faciliter leur contribution à l'amélioration de la cohérence et de l'efficacité de l'aide pour la santé. La collaboration sud-sud est une priorité pour les pays partenaires et fournit également une tribune importante afin d'accroître la participation des pays donateurs émergents.

Enseignements tirés du secteur de la santé

- **Une tâche de longue haleine.** Formuler des attentes réalistes sur les résultats qui peuvent être obtenus et dans quels délais, tout en reconnaissant qu'une modification radicale des pratiques des donateurs et des pays requiert un engagement à long terme.
- **La politique est importante.** Provoquer de vrais changements durables dans le comportement des donateurs et des pays est tout autant une question de politique qu'une question d'ajustements techniques et de modification des modalités de l'aide.
- **Se concentrer sur des mesures qui font la différence.** Les principes de Paris représentent un moyen de parvenir à une fin. Concentrer les efforts sur les principes qui ont le plus grand potentiel de développement, à savoir l'alignement sur les priorités nationales et la mise à disposition d'une aide prévisible, durable et inscrite au budget.
- **Ne pas réinventer la roue.** Les Pactes, les codes de conduite, la redevabilité et les outils existants, relatifs à la santé peuvent être adaptés et utilisés pour d'autres secteurs.
- **Réfléchir à deux fois.** Éviter l'établissement de nouveaux fonds et programmes mondiaux qui risquent de faire double-emploi avec les mandats organisationnels et les programmes existants ou de les concurrencer, ce qui conduit à la fragmentation. Reconnaître que les approches mondiales destinées à résoudre les problèmes nationaux doivent être fondées sur une analyse claire du contexte institutionnel mondial et national existant.
- **Prévoir de mesurer les résultats dès le départ.** Dès le début, s'investir dans l'élaboration d'une interprétation et d'une attente de résultats communes et dans le suivi et l'évaluation réguliers, solides, indépendants des processus et de l'impact de l'efficacité de l'aide.

Notes

1. Signée en 2001, la Déclaration d'Abuja engage les pays à consacrer 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé.

Références

Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant (2011), Co-Chairs Summary Statement (État récapitulatif des coprésidents), janvier 2011

G8 (2011), *G8 Declaration: Renewed Commitment for Freedom and Democracy*, G8 Summit of Deauville, 26-27 May 2011

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2010), *Financing Global Health*, IHME

OCDE (2009), *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do? An interim report*, TT HATS, OCDE, Paris

ONU (2001), *Déclaration d'Abuja de lutte contre le VIH/SIDA et les autres maladies infectieuses connexes*, Abuja, Nigeria, 24-27 avril 2001

Introduction

La Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide au développement présente dans leurs grandes lignes les engagements pris par les donateurs et les pays partenaires pour réformer les modalités d'acheminement et de gestion de l'aide, afin de maximiser les résultats obtenus en matière de développement. Les mesures à prendre pour améliorer l'efficacité de l'aide sont exprimées dans les principes énoncés dans la Déclaration de Paris :

- Appropriation : Les pays partenaires définissent leurs propres politiques et stratégies de développement et coordonnent leurs actions à l'appui du développement.
- Alignement : Les donateurs font reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays partenaires.
- Harmonisation : Les actions des donateurs sont mieux harmonisées, plus transparentes et plus efficaces collectivement.
- Gestion axée sur les résultats : Gérer les ressources et améliorer le processus de décision en vue d'obtenir des résultats.
- Redevabilité mutuelle : Les donateurs et les pays partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement.

Ces principes ont été encore approuvés par les donateurs et les pays partenaires lors du troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui s'est tenu à Accra en 2008. Le quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (FHN4), qui s'est tenu à Busan en 2011, a évalué les progrès accomplis au regard des engagements de la Déclaration de Paris et du Programme d'action d'Accra et défini l'orientation future de l'efficacité de l'aide. Les progrès d'ensemble sont suivis par le Groupe de travail du CAD-OCDE sur l'efficacité de l'aide.

L'Équipe de projet sur la santé comme secteur de référence (TT HATS) a été établie en 2007 pour assurer le suivi et faire état des progrès accomplis du point de vue de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris dans le secteur de la santé. Le secteur de la santé a été choisi en tant que secteur « de référence » pour plusieurs raisons. L'aide en faveur du secteur de la santé est importante, complexe et sujette à une évolution rapide et elle compte plus d'initiatives mondiales et de donateurs que la plupart des autres secteurs. Le secteur de la santé illustre de nombreux défis auxquels est confrontée l'efficacité de l'aide et a également été le premier à prendre des mesures pour améliorer l'efficacité de l'aide et offre donc des enseignements précieux pour d'autres secteurs.

La TT HATS a apporté une contribution notable au suivi des progrès accomplis, à l'analyse des politiques, à l'amélioration des données et au renforcement de la base de

données factuelles, y compris le partage des enseignements au troisième Forum de haut niveau, et à la publication d'un rapport provisoire en 2009. Elle a également permis de poursuivre un programme de travail dans des domaines où l'expérience acquise dans le secteur de la santé peut servir pour améliorer l'efficacité de l'aide de manière plus générale et traiter de questions importantes, notamment du rôle des donateurs non traditionnels (voir l'Annexe B) et du secteur privé, de la contribution du Partenariat international pour la santé, des mécanismes de financements innovants et de l'impact d'une meilleure aide sur les résultats. L'expérience tirée du secteur de la santé peut aussi orienter et promouvoir une réforme plus générale du secteur public et des systèmes nationaux.

Ce rapport final de la TT HATS présente une vue d'ensemble des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, en mettant l'accent sur les enseignements tirés de l'expérience des pays. Il souligne les réalisations et les principales contraintes qui entravent une aide plus efficace et énonce les actions prioritaires pour accélérer les progrès. Le rapport s'appuie sur le rapport provisoire, les résultats du programme de travail de la TT HATS, la deuxième phase d'évaluation de la Déclaration de Paris et le suivi des progrès d'IHP + Results, sur une analyse bibliographique sur des entretiens. Le rapport s'articule autour des thèmes du rapport d'avancement du CAD-OCDE réalisé pour le quatrième FHN, à savoir l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la prévisibilité et la transparence, la redevabilité et les résultats. Chaque partie comprend une vue d'ensemble des engagements pertinents de Paris et d'Accra, un examen des principales constatations et un récapitulatif des points essentiels. La dernière partie résume les données factuelles disponibles sur la contribution d'une meilleure aide à l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé.

Références

- IHP+Results (2011), *Strengthening Accountability to Achieve the Health MDGs*, Rapport d'activité annuel
- OECD (2009), *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what we still have to do? An interim report*, TT HATS, OCDE, Paris
- OCDE (2011d), *Efficacité de l'aide 2011 : Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris*, OCDE, Paris
- Wood, B. *et al.* (2011), *L'Évaluation de la Déclaration de Paris, Phase 2, rapport final*, Copenhagen

Chapitre 1. Renforcer l'appropriation nationale et les plans nationaux

La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide place l'appropriation des politiques et des programmes par les pays partenaires au centre du programme international visant à rehausser l'efficacité de l'aide. Le Programme d'action d'Accra approfondit et élargit ces engagements en appelant à une plus grande participation des acteurs du développement autre que l'État. On a pu constater qu'un degré élevé d'appropriation nationale dans le domaine de la santé améliore la prestation de services de santé. Ce chapitre s'appuie sur une série d'études de cas nationales, d'outils et de modalités d'apport d'aide qui visent à renforcer l'appropriation nationale des politiques de santé. Il examine, en particulier, les faits observés en matière de participation accrue d'acteurs non étatiques dans le secteur de la santé, notamment des organisations de la société civile, et évalue les effets de leur implication sur la prestation de services et les résultats dans le domaine de la santé.

Contexte et engagements

L'appropriation nationale est essentielle au développement et à l'efficacité de l'aide. Les stratégies et plans nationaux constituent les fondements d'autres domaines de l'efficacité de l'aide. Dans la Déclaration de Paris, les pays partenaires se sont engagés à s'investir du premier rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs stratégies nationales de développement par le biais de vastes processus de consultations, à traduire ces stratégies en programmes axés sur les résultats, et suivant les priorités fixées, tels qu'exprimés dans les cadres de dépenses à moyen terme et les budgets, à coordonner l'aide en consultation avec les donateurs, la société civile et le secteur privé. De leur côté, les donateurs se sont engagés à consolider le rôle prédominant des pays partenaires et à renforcer les stratégies nationales de développement. Le Programme d'Action d'Accra a réaffirmé les engagements à élargir le dialogue au niveau des pays et à renforcer les capacités des pays partenaires en matière de conduite et de gestion du développement.

Les indicateurs pour mesurer les progrès comprennent :

- Les pays partenaires ayant adopté des stratégies nationales de développement qui définissent des priorités claires se rattachant à un cadre de dépenses à moyen terme et comptabilisées dans les budgets annuels.

Renforcement de l'appropriation nationale et des plans nationaux

L'appropriation nationale est d'une importance déterminante pour améliorer la prestation de services et les résultats en matière de santé comme le montrent les exemples de l'Encadré 1.1 (voir également le chapitre 6).

Encadré 1.1 : Une appropriation nationale conséquente est essentielle à l'amélioration des résultats en matière de santé.

L'Éthiopie a démontré qu'elle exerce une réelle maîtrise sur sa politique de santé et sur sa mise en œuvre. Une vision stratégique claire pour le renforcement du système de santé a permis à l'Éthiopie de mobiliser des ressources externes substantielles et de coordonner le soutien des donateurs autour des priorités nationales. Un engagement politique de haut niveau a fait en sorte que les subventions du Fonds mondial destinées à certaines maladies et que les fonds de systèmes de santé de GAVI soient utilisés pour le renforcement de l'ensemble du système tout en améliorant les résultats concernant les maladies spécifiques. En conséquence, il y a eu une amélioration considérable de la couverture des services de santé et l'accès à ces services pour les pauvres des zones rurales (Bilal *et al.*, 2010).

Les récentes améliorations des résultats obtenus en matière de santé au Rwanda, particulièrement pour les femmes et les enfants, ont été liées à la direction dynamique du secteur de la santé, à l'établissement progressif des politiques et des réformes de santé (y compris l'assurance-maladie, le financement axé sur la performance et la décentralisation budgétaire) et à une utilisation efficace et équitable des ressources. La prise en main par l'État de la coordination des financements des donateurs, et de l'assistance technique au processus de réforme et de l'utilisation stratégique des fonds des donateurs pour étendre la couverture des régimes d'assurance-maladie communautaires, ont été des facteurs critiques de succès (Sekabaraga C *et al.*, 2010).

L'appropriation et la prise en main des politiques, des stratégies et des plans en matière de santé au niveau national, ont été renforcées grâce à des approches

par programme et des instruments d'aide tels que l'appui budgétaire sectoriel. La preuve tangible de ce constat est apportée par le Cambodge, le Mali, la Tanzanie et la Zambie (Walford *et al.*, 2010) (voir l'Encadré 1.2).

Encadré 1.2 : Les approches par programme et l'appui budgétaire sectoriel peuvent renforcer l'appropriation nationale

En Tanzanie, l'approche sectorielle (SWAp) en matière de santé a renforcé la prise en main nationale du programme de développement, des processus de réforme de la santé et de la gestion des relations d'aide, le Ministère des finances demandant avec plus de fermeté aux donateurs de s'engager en faveur des priorités de développement nationales (Zinnen, 2011).

Des rapports provenant du Mali semblent indiquer que l'appui budgétaire sectoriel (ABS) et la signature du Pacte de l'IHP+ ont renforcé la collaboration au sein du gouvernement, notamment entre le Ministère de la Santé, le Ministère du Développement Social et le Ministère des Finances (Samaké *et al.*, 2011).

L'appropriation nationale et les autres principes d'efficacité de l'aide ont également été consolidés par rapport au VIH/SIDA grâce à l'application des Trois principes (voir ci-dessous).

Encadré 1.3 : Les « Trois principes »

Les « Trois principes » qui sont centrés sur la nécessité, dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, d'une stratégie ou d'un plan au niveau national, d'une autorité nationale de coordination et d'un cadre de suivi et d'évaluation, ont contribué à la mise en œuvre des principes de l'appropriation nationale, de l'harmonisation et de l'alignement énoncés dans la Déclaration de Paris. Même si des pays tels que le Bénin, le Cambodge et le Malawi ont montré que l'appropriation nationale conséquente peut contribuer à apporter des réponses nationales efficaces et durables à la lutte contre le VIH, avec la participation d'un large éventail d'acteurs, il existe encore des possibilités d'amélioration de la mise en œuvre des « Trois principes ».

Même si l'expérience montre que lorsqu'on passe du mode humanitaire au mode développement, une meilleure coordination des processus stratégiques et de gestion plus coordonnés peut contribuer au renforcement des systèmes de santé et de la prestation de services en matière de santé, il existe cependant un déficit de données factuelles concernant l'application des approches-programmes dans le contexte des États fragiles et des pays sortant d'un conflit. Une étude examinant les possibilités d'opter pour une SWAp dans le secteur de la santé dans trois États sortant d'un conflit, à savoir le Timor Oriental, la Sierra Leone et la République démocratique du Congo, a constaté que le passage à une approche sectorielle est remis en cause par diverses modalités de l'aide, par le manque d'initiative des dirigeants et les capacités fragiles de l'État ainsi que par les politiques et le comportement imprévisibles des donateurs. Malgré l'existence de stratégies sectorielles et sous-sectorielles soutenues par les donateurs engagés et les organismes d'exécution, un esprit d'initiative plus développé et une meilleure appropriation des processus stratégiques et de planification et en dépit de l'existence de processus de coordination et de budgétisation sectorielles de base, il subsiste de nombreuses difficultés telles la mauvaise gestion sectorielle, un système d'aide hors budget et imprévisible, des montants importants de financements verticaux affectés à des programmes concernant des maladies spécifiques, l'utilisation limitée des systèmes nationaux de GFP, l'absence de processus de reddition de comptes et de transparence et l'existence de processus de suivi et d'évaluation parallèles (Rothmann *et al.*, 2011).

Le processus d'établissement de pactes nationaux conclus dans le cadre du Partenariat international pour la santé (IHP+) peut renforcer l'appropriation nationale. Les pactes nationaux incarnent l'engagement des donateurs et des pays à respecter une stratégie nationale unique en matière de santé et à renforcer les systèmes de santé en vue d'atteindre les objectifs dans ce domaine. Le dialogue avec les autres ministères, les donateurs et la société civile et le processus d'élaboration du Pacte devraient permettre aux ministères de la Santé de prendre l'initiative et de réunir le soutien en faveur du plan national. Toutefois, certains donateurs importants ne sont pas signataires de l'IHP+, il a été établi des pactes IHP+ dans relativement peu de pays, leur impact sur l'appropriation nationale n'a pas été évalué de façon rigoureuse et il n'a pas encore été déterminé si les pactes conduiront à des améliorations de l'efficacité de l'aide. Il est également nécessaire de coordonner les pactes IHP+ avec des dispositions préexistantes telles que les protocoles d'accord (MoU) relatifs à l'approche sectorielle.

Encadré 1.4 : Le Partenariat international pour la santé

Le Partenariat International pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), établi en 2007 et coordonné par l'OMS et la Banque mondiale, vise à accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé. Il a pour but d'obtenir de meilleurs résultats de santé par la mise en pratique dans ce secteur des principes de l'efficacité de l'aide. IHP+ encourage l'appui à une stratégie nationale unique de santé menée par le pays, grâce au soutien apporté aux processus nationaux de planification, à l'évaluation conjointe des stratégies et des plans de santé au niveau national (ECNS), aux pactes nationaux, à l'établissement de rapports sur un cadre commun de suivi des résultats, et au suivi des progrès réalisés au regard des engagements énoncés dans les pactes. Les 52 partenaires de l'IHP+ comprennent des gouvernements des pays en développement et des pays donateurs, des organismes internationaux et des organisations de la société civile. L'IHP+ results fait état des progrès accomplis au regard des engagements pris dans le cadre de l'IHP+.

L'utilisation de l'évaluation conjointe des stratégies nationales (ECSN) afin d'évaluer les plans nationaux en matière de santé semble renforcer l'appropriation nationale à travers les principes qui sous-tendent le processus, à savoir que ce dernier doit être induit par la demande, dirigé par le pays et fondé sur les processus et les calendriers nationaux existants, et le processus lui-même. Dans les pays qui ont utilisé l'outil ECNS¹, tels que l'Éthiopie, le Népal, le Rwanda, l'Ouganda et le Vietnam, cette mesure aurait renforcé l'appropriation en favorisant la consultation élargie à tous les niveaux de l'Administration publique et des circonscriptions électorales nationales, et a été utilisée de façon à s'adapter aux processus et aux calendriers nationaux pour l'élaboration du plan national en matière de santé. En mai 2011, le Mali a utilisé le processus ECSN pour effectuer un examen conjoint des stratégies et des plans en matière de santé et de développement social à l'échelon national, afin de garantir la consultation d'un large éventail de parties prenantes, y compris des différents niveaux et secteurs de l'Administration publique, des donateurs, des programmes mondiaux, de la société civile et du secteur privé et afin d'assurer un degré élevé d'appropriation nationale dans l'élaboration du plan de suivi du PRODESS (Programme national de développement sanitaire et social) pour la période 2012-21.

Le processus de l'ECSN a également le potentiel d'accroître l'alignement du financement des donateurs sur les plans nationaux de santé, en améliorant la qualité de ces plans et en renforçant la confiance qui leur est accordée. Au Népal, l'ECSN a contribué à assurer une évaluation systématique du projet de plan et à améliorer les contributions des donateurs (IHP+, 2010d) et un Accord de financement commun

(AFC) a été signé par les six principaux donateurs, qui sont convenus de soutenir le plan de santé et d'utiliser un mécanisme de rapports unique et un audit partagé. Qui plus est, la Banque mondiale et l'Union européenne se sont engagées à se servir de l'ECSN comme base à partir de laquelle seront prises les décisions de financement (IHP+, 2010c).

Les programmes mondiaux sont perçus comme permettant aussi bien de renforcer que de saper l'appropriation nationale et les plans nationaux. Le Fonds mondial est réputé pour soutenir une appropriation nationale accrue, à travers l'implication élargie des parties prenantes, notamment la participation de la société civile aux mécanismes nationaux de coordination (MNC). Cependant, il a également été reproché aux MNC de faire double emploi avec des structures de coordination existantes, ce qui accroît la complexité de la gouvernance en matière de santé et met en péril d'autres aspects de l'appropriation nationale, tels que la supervision nationale du financement du Fonds mondial (Spicer *et al.*, 2010).

Les études de cas réalisées pour l'Alliance GAVI indiquent que les décisions de solliciter un financement de l'Alliance GAVI en vue de renforcer le système de santé sont menées par le pays et reposent sur les priorités identifiées au niveau national (HLSP, 2009). Le Fonds mondial a introduit le processus de « demande de subvention basée sur la stratégie nationale » (NSA) qui utilise l'outil ECSN et a été conçu pour faciliter l'harmonisation des financements accordés par le Fonds mondial avec les priorités nationales dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la maladie, par exemple pour lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Sept pays ont été invités à soumettre une NSA durant la première vague d'apprentissage. Les avis divergent quant au processus de la NSA. Un examen de l'expérience de trois pays de la première vague d'apprentissage semble indiquer que le processus a amélioré la consultation et l'appropriation et, a renforcé les stratégies (Godwin, 2009). Selon d'autres sources non confirmées, l'expérience n'aurait pas été si concluante. L'une des préoccupations concerne le temps et les ressources nécessaires pour développer une NSA. Plus de 100 réunions ont eu lieu au Kenya, et plus de 2 000 personnes ont été convoquées. Dans les trois pays étudiés, les NSA ont été conçues par des consultants, ce qui a limité l'appropriation nationale (Godwin, 2009). Prenant en compte les enseignements tirés de la première vague d'apprentissage, le Fonds mondial a lancé en janvier 2011, une deuxième vague d'apprentissage de la NSA.

Il est possible d'améliorer la collaboration entre les ministères de la Santé et des Finances. L'appropriation nationale va au-delà de la prise en main et de l'appropriation par le Ministère de la Santé. L'expérience du Fonds mondial semble indiquer que les ministères des Finances ne sont pas toujours au courant des financements ou des activités des ministères de la Santé, et que les préoccupations relatives aux plafonds budgétaires sectoriels du FMI peuvent être un obstacle à l'ouverture du dialogue sur l'aide sectorielle.

Participation des acteurs non étatiques

Certaines données factuelles indiquent une participation accrue de la société civile aux processus nationaux d'élaboration des politiques et de planification en matière de santé. Dans sept des dix pays IHP+ qui ont participé à l'enquête 2010, la société civile est représentée dans le mécanisme national de coordination en matière de santé. Dans deux de ces pays, l'Éthiopie et le Mali, la société civile constituait

respectivement 25 % et 30 % des membres (IHP + Results, en 2011). Le processus de l'ECSN a stimulé la participation de la société civile, par exemple, au sein de l'équipe de planification de l'ECSN en Ouganda et de l'équipe d'évaluation de l'ECSN au Ghana (IHP +, 2010c). Une participation élargie et positive de la société civile au processus de la NSA du Fonds Mondial, par rapport aux précédentes propositions par cycle, est signalée au Kenya et au Rwanda (Godwin, 2009). Des possibilités accrues sont offertes à la société civile de participer aux processus budgétaires, par exemple en Zambie, bien qu'il n'y ait guère d'éléments indiquant que la société civile ait eu un impact significatif sur l'affectation des ressources dans le secteur de la santé (Wild et Domingo, 2010). Des études pays provenant du Salvador, du Mozambique, du Népal, de la Tanzanie et de l'Ouganda font état d'une participation accrue de la société aux processus nationaux et infranationaux de planification de la santé (AfGH, 2010).

La participation effective de la société civile aux processus plus généraux d'élaboration des politiques de la santé reste limitée. Même si la société civile a participé à des processus de planification nationaux dans des pays tels que le Salvador et le Népal, leurs points de vue n'ont été pris en compte que de façon limitée dans les politiques (AfGH, 2010). Le manque de participation significative est attribué à des facteurs politiques, à la puissante influence des donateurs, à la faible capacité de réseautage des organisations-cadres et au fait que petites ONG sont peu incitées à s'engager (AfGH, 2011). Dans certains pays, il y a peu d'espace politique pour la société civile et les gouvernements limitent sa participation à quelques organisations choisies. En Éthiopie, le rôle de la société civile se limite à la prestation de services avec peu d'implication dans des activités de sensibilisation (Pereira, 2009). Dans les processus de la NSA, les organisations de la société civile ont été principalement impliquées en leur qualité de bénéficiaires principales et de prestataires de services, et non pour « se faire entendre, pour jouer un rôle en matière de redevabilité et un rôle de surveillance » au Kenya, au Rwanda et au Malawi (Godwin, 2009).

Parmi les autres problèmes qui limitent la participation significative de la société civile au processus d'élaboration des politiques pour le secteur de la santé, retenons le manque de clarté à propos du rôle de la société civile, les préoccupations concernant la sélection des représentants et les perceptions qu'ont les donateurs et le gouvernement de la société civile (Pereira, 2009 ; Schmidt, 2009. AfGH, 2011 ; Zinnen, 2011). Une difficulté connexe est d'évaluer l'efficacité de l'aide de la société civile, une question qui n'est pas bien traitée dans le cadre actuel de la Déclaration de Paris. Certaines de ces difficultés sont abordées par la société civile qui devient mieux organisée et par l'inclusion des organisations communautaires au niveau local et au niveau régional, par exemple, par l'intermédiaire du Forum National de la santé au Salvador.

Initiatives mondiales et les organismes donateurs ont pris des mesures pour soutenir la participation formelle de la société civile. La société civile est représentée aux conseils du Fonds mondial et de l'UNITAID ainsi qu'au Groupe consultatif de la société civile de l'IHP +. L'ONUSIDA a également favorisé la participation des organisations de la société civile pour apporter des réponses nationales portant sur le VIH et au Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA. Les 15 donateurs interrogés par l'IHP + Results en 2010 se déclarent favorables à la participation de la société civile aux processus d'élaboration des politiques de santé. Il existe maints exemples du soutien des donateurs pour renforcer les capacités de la société civile, par exemple, le Mécanisme de soutien à la société civile du Mozambique et le Fonds indépendant de développement en Ouganda, bien

que ceux-ci ne soient pas spécifiques au secteur de la santé (AfGH, 2011). Toutefois, il est possible de mieux utiliser l'aide afin de permettre à la société civile de jouer un rôle plus important dans les décisions concernant les processus d'élaboration des politiques et de redevabilité.

Le secteur privé² joue un rôle de plus en plus important dans le financement de la santé et la prestation des services de santé, mais il ne participe guère au dialogue sur les politiques à suivre au niveau des pays. Une étude de la Société financière internationale (SFI) soutenue par la Fondation Bill et Melinda Gates a constaté que le secteur privé fournit 50 % des biens et services de soins de santé en Afrique, avec 60 % du financement provenant de sources privées (SFI, 2008). Le secteur privé peut améliorer les normes de qualité, l'efficacité et l'accès aux services de santé, mais la collaboration du gouvernement avec le secteur privé est limitée dans de nombreux pays. Cette situation est due en partie au manque de reconnaissance de la contribution potentielle du secteur à l'amélioration des résultats de santé et, en partie, au manque d'organisation formelle et de représentation dans le secteur privé.

La SFI a mis en place l'*Initiative santé en Afrique* (HIA), pour aider les gouvernements à exploiter le potentiel du secteur privé³ en vue d'accroître l'accès à des services de qualité. La HIA aide les pays en soutenant des évaluations et des ateliers du secteur privé afin de convenir d'un plan d'action pour des réformes, et la mise en œuvre du plan. Le processus vise à favoriser l'appropriation nationale. Il est mis en œuvre au Burkina Faso, en République du Congo, au Ghana, au Kenya, au Mali et en Ouganda. Les conclusions initiales du Kenya laissent penser qu'il encourage une plus grande participation du secteur privé aux processus d'élaboration des politiques de santé et au renforcement de l'appropriation et de la responsabilité de l'État (voir l'Encadré 2.5).

Encadré 1.5 : Encourager les partenariats public-privé (PPP) en matière de santé au Kenya

L'évaluation du secteur privé au Kenya (SFI, 2011) encourageait le dialogue entre le secteur public et le secteur privé et une plus grande reconnaissance du rôle du secteur privé dans l'amélioration des meilleurs résultats en matière de santé et du rôle du gouvernement en tant que gestionnaire du secteur de la santé, y compris les acteurs non étatiques. Les actions prioritaires dans le plan d'action qui en découle, comprennent :

- Un dialogue politique pour impliquer le secteur privé, y compris l'institutionnalisation du Conseil de PPP en matière de santé en une entité officielle représentant les groupes clés dans le secteur de la santé dans tous les forums des politiques de santé.
- Des réformes visant à créer un environnement favorable aux PPP, y compris l'accélération de la révision du cadre de la politique nationale de santé en vue d'intégrer une perspective PPP.
- Des partenariats visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé, y compris l'intégration du secteur privé dans les projets pilotes de Caisse nationale d'assurance-maladie.

Au niveau mondial, le financement du développement provenant du secteur privé est de plus en plus important et le secteur privé est également une source d'innovation, d'expérimentation et d'adaptation d'approches en matière d'aide (*FORA Nacional Internacional*, 2010). Cependant, la participation du secteur privé au programme relatif à l'efficacité de l'aide a été limitée et il y existe une marge de manœuvre considérable pour partager les expériences et identifier les moyens pour les partenariats public-privé d'améliorer l'efficacité de l'aide et les résultats en matière de santé.

Messages clés

- L'appropriation nationale est essentielle à d'autres aspects de l'efficacité de l'aide. Une stratégie de santé nationale solide, énonçant clairement les priorités, disposant d'un budget réaliste et fixant des responsabilités et des rôles bien définis, est un préalable pour l'alignement, l'harmonisation, la responsabilité et la réalisation des résultats.
- Les approches par programme ont énormément contribué à renforcer l'appropriation nationale. Des processus tels que les pactes nationaux de l'IHP+ et les évaluations conjointes des stratégies nationales sont susceptibles de renforcer l'appropriation nationale, mais il est trop tôt pour juger de leur impact. Il existe des avis divergents quant à la question de savoir si les programmes mondiaux renforcent ou sapent l'appropriation nationale, et il est nécessaire d'obtenir plus de données factuelles.
- Bien que certains progrès soient constatés concernant le renforcement de l'appropriation nationale des politiques, des stratégies et des plans au niveau national, il faut que les pays jouent un rôle de premier plan plus important et plus efficace et que les donateurs s'impliquent davantage pour les soutenir.
- Quelques améliorations ont été apportées dans le domaine de la participation des acteurs non étatiques, notamment des organisations de la société civile, aux processus d'élaboration des politiques nationales et la planification en matière de santé, attribuées en partie à des programmes de santé mondiaux qui donnent la priorité à la participation de la société civile, mais cette participation n'est pas toujours systématique ou significative. Il existe peu de preuves d'un dialogue cohérent avec le secteur privé dans les processus d'élaboration des politiques nationales ou de planification en matière de santé.

Notes

1. L'outil et les lignes directrices de l'ECSN sont des biens publics qui ont été utilisés dans des pays n'appartenant pas à l'IHP+, comme par exemple le Bangladesh et le Ghana, et par des donateurs qui ne sont pas des signataires de l'IHP+, tels que l'USAID.
2. Le secteur privé n'est pas défini dans la Déclaration de Paris ou dans le Programme d'action d'Accra. Sauf indication contraire, le présent rapport définit le secteur privé comme les fondations, les groupes philanthropiques et les entreprises privées à but lucratif.
3. La SFI définit le secteur privé comme le regroupement des acteurs non étatiques, certains à but lucratif et d'autres à but non lucratif. Cette définition ne comprend pas les fonds mondiaux et les prestataires traditionnels et informels.

Références

Action for Global Health and DSW (2010), *Health Spending in Uganda: The impact of current aid structures and aid effectiveness, Country Briefing 1*, avril 2010, Action for Global Health.

Action for Global Health (2011a), *Democratic Ownership and Civil Society Organisation Meaningful Engagement: Draft findings and recommendations*, Action for Global Health

- Bilal, N. *et al.* (2010), *Health Extension Workers in Ethiopia Improve Access and Coverage for the Rural Poor*, Banque mondiale
- FORO Nacional Internacional (2010), *Supplementary Study. Development Resources beyond the Current Reach of the Paris Declaration*, septembre 2010
- Godwin, P. (2009), *Presenting National Strategic Plans in HIV/AIDS to the Global Fund through the National Strategy Application Modality: Experiences from the three countries in the HIV First Learning Wave. A Synthesis Report for UNAIDS*, décembre 2009
- HLSP (2009), *GAVI Health Systems Strengthening Support Evaluation 2009*, HLSP, Londres
- IHP+ (2010c), *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans: A review of recent experience*. International Health Partnership
- IHP+ (2010d), *Use of Joint Assessment of National Strategies (JANS) in Nepal in Early 2010: Description and lessons*, International Health Partnership
- IHP+Results (2011), *Strengthening Accountability to Achieve the Health MDGs. Annual Progress Report*, International Health Partnership
- ONUSIDA (2010), *Regional Evaluation of the Three Ones in West and Central Africa*
- Pereira, J. (2009a), *Ethiopia: Aid Effectiveness in the Health Sector*. Action for Global Health
- Pereira, J. (2009b), *Zambia: Aid Effectiveness in the Health Sector* Action for Global Health
- Rothmann, I., A. Canavan *et al.* (2011), *Moving Towards a Sector-Wide Approach (SWAp) for Health in Fragile States: Lessons learned on the state of readiness in Timor Leste, Sierra Leone and Democratic Republic of Congo*, document de travail KIT, Série H5, Amsterdam
- Samaké, S. *et al.* (2011), *The Results Achieved through Implementing the Paris Declaration in the Health Sector in Mali*, TT HATS, 2 février 2011, OCDE, Paris
- Schmidt, A. (2009), *Health Aid Effectiveness in Nepal. Paris, Accra, Civil Society and the Poor*. Action for Global Health
- Sekabaraga, C. *et al.* (2010), *Innovative Financing for Health in Rwanda: A report of successful reforms*, Banque mondiale
- Société financière internationale (IFC) (2008), *The Business of Health in Africa: Partnering with the private sector to improve people's lives*. IFC, Banque mondiale
- Société financière internationale (IFC) (2011). *Kenya Case Study for TT HATS Synthesis Report*, IFC, Banque mondiale
- Spicer *et al.* (2010) *National and Sub-national HIV/AIDS Coordination: Are global health initiatives closing the gap between intent and practice?* Mondialisation et Santé, 2010 6:3
- Walford, V. *et al.* (2010), *Is Harmonisation and Alignment Improving the Effectiveness of Health Sector Aid?*, Institut HLSP
- Wild, L. and P. Domingo (2010b). *Aid and Accountability in Health: Country Findings*. Note de projet N° 45, septembre 2010 ODI et World Vision
- Zinnen, V. (2011), *Sector-Wide Approach and Health Service Delivery in Tanzania*, GRAP-PA Santé

Chapitre 2. Utiliser et renforcer les systèmes nationaux dans le secteur de la santé

Aligner l'aide sur les priorités de développement des pays partenaires et soutenir et utiliser leurs propres systèmes et institutions renforce la capacité des pays de gérer leurs propres processus de développement. Ce chapitre expose dans ses grandes lignes le progrès réalisé du point de vue de l'utilisation et du renforcement de ces systèmes dans le secteur de la santé. Il indique par ailleurs le progrès accompli et les difficultés qui restent à surmonter en matière d'augmentation du volume d'aide acheminé par le biais des systèmes nationaux, et l'impact (ou l'absence d'impact) de ces réformes sur le secteur de la santé.

Contexte et engagements

L'alignement sur les stratégies et les plans nationaux et l'utilisation des systèmes nationaux garantissent que l'aide soutient la réalisation des objectifs nationaux de développement et renforce les capacités nationales pour conduire et gérer le développement. Dans la Déclaration de Paris, les donateurs se sont engagés à aligner l'aide sur les priorités, les stratégies et les budgets des pays partenaires, et d'utiliser les institutions et les systèmes nationaux dans toute la mesure du possible. Les donateurs et les pays partenaires se sont engagés à renforcer les capacités nationales, y compris l'utilisation de cadres définis d'un commun accord afin de permettre l'évaluation des procédures et des systèmes nationaux ainsi que pour soutenir les systèmes de gestion des finances publiques et de passation des marchés et pour les réformer. Le Programme d'action d'Accra a réaffirmé ces engagements à utiliser les systèmes nationaux.

Les indicateurs permettant de mesurer les progrès sont les suivants :

- Les pays partenaires dotés de systèmes fiables de gestion des finances publiques et de passation des marchés qui se conforment aux bonnes pratiques généralement admises
- Les apports d'aide comptabilisés dans les budgets nationaux des partenaires
- Le soutien technique coordonné et aligné
- L'utilisation des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de passation des marchés
- L'utilisation limitée des unités parallèles de mise en œuvre de projets
- L'aide programmée comptabilisée dans les systèmes comptables nationaux

Renforcement et utilisation des systèmes nationaux

L'amélioration des systèmes nationaux de gestion des finances publiques (GFP) est inégale d'un pays à l'autre et les éléments d'observation sont insuffisants pour conclure que les systèmes nationaux de passation des marchés s'améliorent. Des pays comme le Burkina Faso, le Burundi et le Mozambique ont amélioré leurs systèmes de GFP entre 2005 et 2009, mais le Népal a enregistré une baisse et les cinq autres pays de l'IHP+ ont montré aucun changement par rapport à leur situation initiale (IHP+, 2011).

Les évaluations conduites par les pays avec la participation d'un large éventail de parties prenantes ont contribué à faire avancer la réforme des systèmes de passation des marchés au Ghana et à Madagascar. D'autres facteurs de succès décisifs sont la stabilité institutionnelle du secteur de la santé et les réformes des systèmes de passation des marchés, le dialogue entre les ministères de la Santé et les donateurs, la participation des donateurs au processus de suivi annuel et la participation de tous les acteurs clés à la prise de décisions en matière de passation des marchés (OCDE, 2009).

De plus en plus les donateurs s'engagent à utiliser les systèmes nationaux, mais cet engagement ne s'accompagne pas de changements concrets. La Commission européenne a mis l'accent sur la nécessité pour l'UE d'accroître son soutien à la mise en œuvre des stratégies nationales de santé par le biais des systèmes nationaux et d'acheminer 80 % de son APD en matière de santé en utilisant les systèmes nationaux

de passation des marchés et de gestion des finances publiques (CE, 2010). De même, l'USAID s'est fixé pour objectif de fournir des fonds directement aux gouvernements partenaires, a émis des directives afin d'encourager le recours accru aux systèmes nationaux et prévoit d'augmenter le soutien au renforcement des capacités pour les systèmes de GFP, reposant sur un cadre d'évaluation du risque de PFM.

Sur le montant total du financement apporté par les donateurs, notifié dans l'enquête IHP + Results 2010 portant sur cinq pays dont les systèmes nationaux de gestion financière ont été considérés comme respectant les bonnes pratiques généralement reconnues¹, 63 % étaient acheminés à l'aide des systèmes de GFP en 2009, soit une augmentation de 18 % par rapport aux années de référence. Quatre des 15 donateurs interrogés atteignaient l'objectif d'utiliser les systèmes de GFP. Une forte proportion de donateurs acheminait l'aide via les systèmes nationaux de l'Éthiopie et du Mali, tandis qu'il a été constaté peu d'amélioration quant à l'utilisation des systèmes nationaux au Burundi, en République démocratique du Congo, à Djibouti et au Nigéria (IHP + Results, 2011). Même dans le contexte de SWAp bien établies, comme au Cambodge, au Malawi, au Mali et en Zambie, ou dans des pays où les systèmes de GFP donnent des résultats meilleurs que ceux à partir desquels les donateurs sont censés les utiliser, l'utilisation des systèmes nationaux reste faible et parfois inégale (par exemple, au Mali). Des canaux distincts de passation des marchés continuent d'être utilisés en Éthiopie, en Ouganda et en Zambie (Pereira, 2009. Schmidt, 2009).

Parmi les donateurs communiquant des informations, seulement 53 % du financement destiné aux marchés utilisait les systèmes nationaux de passation des marchés en 2009, un recul par rapport à la situation de référence de 60 % (IHP + Results, 2011). Le Fonds mondial indique que 80 % du financement apporté aux bénéficiaires publics s'alignait sur les procédures et les systèmes nationaux de passation des marchés en 2010². Au Rwanda, la passation de marchés soutenue par le Fonds mondial a lieu dans le cadre du mécanisme de passation des marchés géré de façon centrale et dirigé par le pays (Fonds mondial, non daté). Les facteurs qui influencent la décision d'un donneur d'utiliser les systèmes de passation des marchés publics, par exemple au Ghana et à Madagascar, sont l'efficacité, la transparence et la redevabilité. Les agences de l'ONU sont toujours plus enclines à utiliser leurs propres systèmes de passation des marchés.

La faiblesse des capacités constitue un frein à l'utilisation des systèmes nationaux, mais le politique y contribue également. Des inquiétudes quant à la capacité des gouvernements d'administrer efficacement les fonds et à la mauvaise affectation des ressources limitent l'utilisation des systèmes nationaux par les donateurs. L'utilisation des systèmes nationaux est particulièrement difficile dans les États fragiles où les systèmes ne fonctionnent pas ou les donateurs sont dans l'impossibilité d'acheminer les fonds par le biais des systèmes publics, pour des raisons politiques. L'expérience du Cambodge semble indiquer que, s'il est vrai que les donateurs alignent de plus en plus leur aide sur les priorités nationales par le biais de l'approche de la gestion sectorielle (SWiM), le passage à l'utilisation des systèmes nationaux a été lent, en raison de la faiblesse des systèmes de GFP et de la réticence des donateurs à assumer une augmentation du risque fiduciaire (OCDE, 2010). Dans certains cas, les décisions prises par les donateurs de limiter l'utilisation des systèmes de GFP sont motivées moins par des raisons techniques ou fiduciaires que par des facteurs politiques.

Alignement du financement, de la gestion et de l'assistance technique

Les progrès réalisés en matière de notification des fonds inscrits au budget sont inégaux. IHP+ Results indique, parmi les donateurs interrogés, une augmentation de la proportion de l'appui des donateurs figurant aux budgets nationaux de 52 % en 2005 à 79 % en 2007 (IHP + résultats, 2011). L'expérience du Mali semble indiquer un constat plus mitigé (voir l'Encadré 2.1).

Encadré 2.1 : Une part importante du financement destiné à la santé est « hors budget »

Au Mali, une évaluation récente de l'appui budgétaire a indiqué qu'une part plus importante de l'aide pour la santé (y compris la contribution indirecte de l'appui budgétaire) est inscrite au budget. Cependant, bien que certains donateurs utilisent des procédures nationales de gestion financière, d'autres ont développé des systèmes de financement parallèles suivant des procédures spécifiques. Malgré les audits annuels du PRODESS, avec des mandats élaborés et acceptés par les donateurs, cinq audits supplémentaires distincts ont été réalisés par les donateurs en 2010, ce qui a augmenté la charge de travail du service financier du Ministère de la Santé (Samaké *et al.*, 2011).

Les fonds de programmes mondiaux indiquent redoubler d'efforts afin de s'assurer que leurs fonds soient inscrits « au budget », avec les subventions alignées sur le cycle budgétaire et l'utilisation des procédures d'exécution du budget national, de rapports financiers et d'audit. Le Fonds mondial indique que 79 % des subventions étaient alignées sur les cycles budgétaires nationaux en 2009. Cependant, 44 % seulement de l'aide versée aux bénéficiaires publics passait par les systèmes de gestion des finances publiques (Fonds mondial, 2011). Les initiatives du Fonds mondial, telles que la consolidation des subventions destinées à la même maladie en un flux unique de financement, devraient faciliter un meilleur alignement sur les systèmes nationaux. En Éthiopie, l'alignement des subventions du Fonds mondial sur les plans nationaux, les priorités du système de santé et les politiques de décentralisation se serait amélioré (Banteyerga *et al.*, 2010). Également en Éthiopie, les fonds du soutien aux services de vaccination et du renforcement des systèmes de santé de GAVI figuraient dans le cadre de dépenses à moyen terme. La mesure dans laquelle ces efforts changent la pratique n'a pas été analysée de façon systématique, mais d'autres données factuelles semblent indiquer que les fonds mondiaux ne sont pas si bien alignés. Le financement fondé sur un cycle du Fonds mondial et de la GAVI aurait contribué à la fragmentation du financement du secteur de la santé au Vietnam, du fait que le calendrier des cycles annuels de financement n'est pas synchronisé avec le processus du budget national (OCDE, 2011).

Des unités distinctes de mise en œuvre de projets (UEP) persistent dans de nombreux contextes. Au Vietnam, par exemple, les UEP ont proliféré. Ainsi le seul Ministère de la Santé en compte 28, même si l'aide extérieure ne représente que 5 à 10 % des dépenses de santé de l'État. Cette situation est due à la fois aux règlements vietnamiens qui exigent l'établissement d'une UEP pour les projets supérieurs à 50 000 USD et aux pratiques des donateurs. Des compléments de rémunération obligatoires de 30 % et d'autres avantages financiers pour le personnel des UEP créent également des distorsions et sapent la coopération avec les fonctionnaires ne travaillant pas dans les UEP (OCDE, 2011).

L'impact au niveau national des mesures visant à améliorer la coordination de l'assistance technique n'est pas clair. Il existe des données factuelles limitées pour le

secteur de la santé sur le degré de respect de l'engagement pris lors de la Déclaration par les donateurs de mettre en œuvre 50 % des apports d'assistance technique par le biais de programmes coordonnés. À l'échelle mondiale, certains organismes ont établi des MoU pour améliorer la coordination de l'assistance technique, par exemple, entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial. L'ONUSIDA a également pris des mesures pour mieux coordonner la prestation d'assistance technique par des agences de l'ONU, grâce à une division du travail et à la mise en place de Programmes communs de soutien dans 72 pays, qui s'alignent sur les stratégies nationales de VIH/SIDA. IHP + Results (2011) indique que tous les partenaires au développement qui ont fourni des données avaient atteint l'objectif de 50 % de soutien au renforcement des capacités coordonné avec les priorités nationales et aligné sur celles-ci. Les perspectives nationales n'ont pas été systématiquement examinées, mais l'évaluation récente de l'ONUSIDA laisse penser que l'assistance technique demeure induite par l'offre et qu'il est encore possible d'améliorer la coordination de l'assistance technique.

Certains pays utilisent les mécanismes de financement commun ou de SWAp pour améliorer la coordination de l'assistance technique. En Tanzanie et en Zambie, les ministères de la Santé ont identifié les besoins de soutien technique et utilisé les processus SWAp en vue de formaliser des mandats et d'identifier des consultants. En Éthiopie, les donateurs apportent une assistance technique harmonisée grâce au Fonds de performance des OMD (Walford, 2010). Il subsiste toutefois des difficultés, notamment le manque de plans nationaux d'assistance technique, la faible appropriation nationale et les capacités de gérer une assistance technique et une prestation permanente d'assistance technique bilatérale à court terme. Au Mali par exemple, malgré le pacte IHP + recommandant la création d'un fonds commun pour l'assistance technique, les donateurs continuent à fournir de l'aide sur une base bilatérale, imposant souvent leurs priorités au Ministère de la Santé (Samaké *et al.*, 2011).

Messages clés

- Les progrès sont inégaux selon les pays en matière de renforcement des systèmes de passation des marchés et de GFP et d'utilisation des systèmes nationaux par les donateurs.
- Les donateurs diffèrent dans leur volonté d'utiliser les systèmes nationaux. Certains ont accru l'utilisation des systèmes de pays, mais d'autres non, même dans les pays qui ont adopté des systèmes conformes aux normes admises. Les donateurs sont sensibles aux risques fiduciaires et de réputation et sont également inquiets au sujet de la rapidité et de l'efficacité, de la transparence et de la redevabilité et, des capacités des systèmes nationaux. Dans certains cas, les donateurs choisissent de limiter l'utilisation de systèmes nationaux en raison de facteurs politiques.
- Les donateurs utilisent à des degrés divers les procédures et les comptes nationaux pour gérer les fonds. Certains donateurs importants continuent d'apporter une aide « hors budget », associée à des procédures de budgétisation, de présentation de rapports et d'audit séparées. Les UEP ont été réduites dans certains pays, mais continuent de proliférer dans d'autres. Les données factuelles pour le secteur de la santé sont limitées, mais les rapports nationaux semblent indiquer que les donateurs continuent de fournir une assistance technique sur une base bilatérale.

- Le manque d'alignement menace les systèmes nationaux, contribue à la fragmentation du financement du secteur de la santé et alourdit les coûts de transaction de l'aide pour les gouvernements bénéficiaires.

Notes

1. Les Systèmes de GFP au Burkina Faso, en Éthiopie, au Mali, au Mozambique et au Niger ont obtenus une notation de 3.5, voire supérieure, concernant le classement EPIP/GFP (3.5 est le point déterminant à partir duquel les partenaires au développement devraient commencer à utiliser les systèmes nationaux.
2. Cependant, le résultat de la réunion de suivi 2011 de la Déclaration de Paris est susceptible d'être plus faible en raison de directives supplémentaires données par l'OCDE.

Références

- Banteyerga, H. *et al.* (2010), *The System-wide Effects of the Scale-up of HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Services in Ethiopia*. Projet 20/20 des systèmes de santé, Abt Associates Inc
- Commission européenne (2010), *The EU Role in Global Health*, Communication de la Commission européenne au Conseil de l'Europe, au Parlement européen, au Conseil économique et social et au Comité des régions, Commission européenne, Bruxelles
- Fonds mondial (2010), *The Global Fund Aid Effectiveness Scorecard*, Fonds mondial, Genève
- Fonds mondial (2011), *Making a Difference: Global Fund results report 2011*, Fonds mondial, Genève
- Fonds mondial (non-daté), *How the Global Fund is Acting on Aid Effectiveness*, Fonds mondial, Genève
- IHP+Results (2011), *Strengthening Accountability to Achieve the Health MDGs. Annual Progress Report*
- OCDE (2009), *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do? An interim report*, TT HATS, OCDE, Paris
- OCDE (2011), *Mapping of Some Important Innovative Finance for Development Mechanisms*. Working Party on Statistics. 7 février 2011. OCDE, Paris
- Pereira, J. (2009a), *Ethiopia: Aid Effectiveness in the Health Sector*, Action for Global Health.
- Pereira, J. (2009b), *Zambia: Aid Effectiveness in the Health Sector*, Action for Global Health.
- Samaké, S. *et al.* (2011), *The Results Achieved through Implementing the Paris Declaration in the Health Sector in Mali*, TT HATS, 2 février 2011, OCDE, Paris
- Schmidt, A. (2009), *Health Aid Effectiveness in Nepal*. Paris, Accra, Civil Society and the Poor, Action for Global Health.
- Walford, V. *et al.* (2010), *Is Harmonisation and Alignment Improving the Effectiveness of Health Sector Aid?*, Institut HLSP
- Wood, B. *et al.* (2010). *Évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, Phase 2*. Projet de rapport des premières conclusions du 15 novembre 2010, Copenhagen

Chapitre 3. Harmoniser d'avantage l'aide au secteur de la santé

L'impact de l'aide est réduit lorsque les donateurs décident séparément des programmes à financer selon leurs propres critères et imposent leurs propres systèmes de planification et d'établissement de rapports au pays bénéficiaires, de sorte que l'apport d'aide n'est pas coordonné. Il en résulte des répétitions inutiles dans les efforts de développement, des coûts de transaction élevés et l'imposition de charges excessives aux pays partenaires. Le problème de l'harmonisation se pose avec une acuité particulière dans le secteur de la santé, où le nombre de donateurs est important et croissant. Ce chapitre s'appuie sur des observations faites dans le cadre d'initiatives visant à limiter la prolifération des donateurs pour décrire certains des principaux blocages qui entravent le progrès vers l'harmonisation des approches adoptées par les donateurs

Contexte et engagement

Une fragmentation excessive de l'aide aux niveaux mondial, national et sectoriel nuit à l'efficacité de l'aide. Des processus parallèles de planification, de financement, de S & E et d'établissement de rapports sont source d'inefficacité, de répétition inutile d'efforts et de coûts de transaction élevés pour les pays partenaires. Dans la Déclaration de Paris, les donateurs se sont engagés à mettre en place des procédures et des dispositifs communs et à mettre en œuvre une division du travail plus efficace. Le Programme d'action d'Accra a mis en exergue l'importance d'établir des partenariats plus efficaces et davantage ouverts à tous et de réduire la fragmentation de l'aide en améliorant la complémentarité entre les efforts des donateurs et la division du travail entre les donateurs aux niveaux international et national.

Les indicateurs permettant de mesurer les progrès sont les suivants :

- L'utilisation de procédures ou de dispositifs communs reposant sur le pourcentage de l'aide fourni dans le cadre d'approches par programme
- Des missions conjointes effectuées par les donateurs et des travaux analytiques

Dispositifs communs et coordination

Au niveau national, il y a eu des progrès quant à la mise en œuvre de dispositifs communs. IHP + Results rapporte que 11 des 15 partenaires au développement interrogés en 2010 avaient atteint l'objectif de 66 % de l'aide de santé fournie grâce à des approches par programme (APP). Cela a réduit la fragmentation de l'aide et les coûts de transaction pour les ministères de la Santé. D'autres données factuelles sur les progrès accomplis sont présentées dans l'Encadré 3.1. Toutefois, une récente analyse de l'appui budgétaire en tant que mécanisme de financement du secteur de la santé a montré que l'appui budgétaire a augmenté moins rapidement que l'aide globale pour le secteur (Paul, 2011).

Encadré 3.1 : Progrès nationaux quant à l'harmonisation des procédures des donateurs dans le secteur de la santé

Les évaluations de la phase 2 de la Déclaration de Paris révèlent la progression constatée dans plusieurs pays. Au Népal, les partenaires au développement ont adhéré à un dispositif de financement commun qui comprend le financement à la fois mis en commun et séparé, et ont établi une matrice commune concernant le soutien technique. En Afrique du Sud, on observe une bonne harmonisation dans le secteur de la santé, du fait des efforts déployés par l'UE et le Groupe de travail. Au Mozambique, 13 donateurs participent au Fonds commun de santé, la coordination entre les donateurs s'est améliorée et l'harmonisation des procédures des donateurs a réduit la charge de travail du gouvernement.

Au Bangladesh, il y a une augmentation des dispositifs de financement commun, de l'utilisation de procédures communes de planification, de gestion financière et de passation des marchés et un accord pour préparer une note conceptuelle sur la division du travail (Banque asiatique de développement *et al.*, 2009). Le programme sectoriel sur la santé, la nutrition et la population (SNP) a accru le nombre de partenaires apportant un soutien par secteur pour couvrir 42 % du budget. L'harmonisation a été améliorée par l'intermédiaire du Forum SNP et du Comité de Coordination et tous les donateurs participent à l'examen et au suivi conjoints. Cependant, après plus de 10 ans de soutien sectoriel, les fonds des donateurs ne sont toujours pas acheminés par l'intermédiaire du Trésor public.

Encadré 3.1. (suite) : Progrès nationaux quant à l'harmonisation des procédures des donateurs dans le secteur de la santé

Au Mali, presque tous les donateurs importants, à l'exclusion des fonds mondiaux, sont représentés dans les mécanismes de SWAp, ce qui améliore la coordination et réduit le double emploi (Samaké *et al.*, 2011). Un examen des SWAp effectué par la Banque mondiale au Bangladesh, au Ghana, en République kirghize, au Malawi, au Népal et en Tanzanie, a conclu que les SWAp aident à coordonner les parties prenantes et à renforcer les plans sectoriels. Cela permet des discussions sur les politiques moins fragmentées et plus consolidées entre le gouvernement et les donateurs et une coordination plus régulière et structurée entre les donateurs (Vaillancourt, 2009). Ces conclusions sont étayées par des examens au Mozambique (Williamson *et al.*, 2008) et en Tanzanie (COWI *et al.*, 2007).

Au Rwanda, le Ministère de la Santé a coordonné l'harmonisation des programmes d'indemnités des donateurs pour s'assurer que ces derniers utilisent des échelles de rémunération nationales et pour éviter de créer des distorsions dans la répartition des professionnels de santé (Sekabaraga C *et al.*, 2010).

La coordination de l'action de l'ONU pour lutter contre le VIH/SIDA a été renforcée par le programme commun « ONUSIDA » et des mécanismes tels que le Budget-Plan de travail intégré (maintenant appelé le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités) ainsi que par des équipes conjointes de l'ONU sur le sida au niveau national, qui fonctionnent dans plus de 80 pays.

Bien que la coordination entre les donateurs puisse réduire les coûts de transaction pour les gouvernements bénéficiaires, les frais de transaction de la coordination peuvent être élevés pour le personnel des donateurs au niveau national. L'évaluation de la Déclaration de Paris, phase 2, fait remarquer que « les rouages fastidieux de coordination autour du groupe de coordination des donateurs... ont conduit la plupart de ces derniers à se plaindre que le coût en termes de temps consacré et de ressources nécessaires à travailler sur des approches communes, est plus élevé que celui constaté lors du travail assumé de manière bilatérale».

Des données factuelles présentées dans un rapport sur l'efficacité de l'aide (Carlsson *et al.*, 2009) soulignent les coûts de transaction des approches sectorielles pour les donateurs. Au Mozambique, le nombre de réunions s'est révélé insoutenable et a contribué à une perte de l'objectif de la politique, en raison du nombre de donateurs dans le groupe. En Tanzanie, le temps et les ressources ont été absorbés par de nombreuses réunions. Un autre examen a cité des notes indiquant que les SWAp sont complexes, le dialogue lourd, les négociations prennent davantage de temps et les missions de suivi des donateurs, bien que moins fréquentes, sont plus larges et plus intensives. Cependant, aucune analyse systématique des coûts de transaction de l'harmonisation ou des modalités d'aide spécifiques, n'a été réalisée (Vaillancourt, 2009).

L'aide-projets non alignée compromet l'harmonisation et augmente les coûts de transaction pour les gouvernements bénéficiaires. Même dans les pays disposant de mécanismes qui fonctionnent pour la coordination des donateurs et les approches de financement commun, l'aide-projet représente une proportion importante de financements extérieurs pour le secteur de la santé. Les données factuelles semblent indiquer que l'aide-projet peut saper l'harmonisation (voir les Encadrés 2.1 et 3.2). En Zambie, l'utilisation de systèmes parallèles de déclaration par certains donateurs créerait des coûts de transaction élevés pour le Ministère de la Santé. En Éthiopie, le

Ministère de la Santé a signalé à la mission de cadrage des ECSN qu'en raison de la fragmentation de l'aide, le Ministère des Finances doit conserver plus de 20 grands livres.

Encadré 3.2 : Les hauts niveaux d'aide-projet constituent un défi pour l'harmonisation

Au Bangladesh, un nombre considérable de projets dans le secteur sont financés en dehors des SWAp. Certains donateurs continuent également de mettre en place une assistance et des études techniques de manière bilatérale (Banque asiatique de développement *et al.*, 2009). Malgré l'adoption du Plan d'action 2006-2010 relatif à l'harmonisation, à l'alignement et aux résultats, le rapport 2008 relatif à l'efficacité de l'aide au Cambodge souligne la fragmentation continue de l'aide dans le secteur de la santé, avec 115 projets actifs.

Au Malawi, plus de 20 donateurs financent plus de 100 projets dans le secteur de la santé en dehors des SWAp. Au Mali, seuls 14 des 50 donateurs pour le secteur de la santé ont signé le Pacte IHP+. Les donateurs qui apportent un appui budgétaire sectoriel financent également des projets individuels. Au Mozambique, seule la moitié des principaux donateurs pour la santé, représentant 22 % de l'aide versée au secteur en 2008, participent au Fonds commun de santé. Les donateurs qui n'y participent pas avancent la nécessité d'affecter des fonds à des projets spécifiques. Le Fonds mondial s'est retiré en 2009 en raison des difficultés à travailler par le biais du mécanisme du Fonds commun.

Les donateurs invoquent une série de mesures dissuasives à l'égard de l'harmonisation. Les facteurs déterminants sont la pression politique pour conserver la responsabilité directe, obtenir des résultats concrets et montrer la relation de cause à effet, la crainte de perdre de l'influence et des règlements et systèmes inflexibles. L'évaluation de la phase 2 de la Déclaration de Paris de la Zambie note que les donateurs sont « tiraillés entre travailler collectivement au niveau national et répondre aux différentes priorités et préoccupations de leur siège. Inévitablement, la pression pèse sur certains partenaires au développement pour conserver la responsabilité directe de leur aide » (Chikwekwe *et al.*, 2011). La nécessité de montrer la relation de cause à effet est mise en exergue dans l'évaluation du Népal, tandis que l'accent mis par le parlement sur la visibilité de l'aide est cité comme un effet dissuasif dans le cas du Japon.

L'harmonisation pose problème pour les programmes mondiaux en raison de leur modèle d'entreprise, du manque de présence dans le pays et de l'utilisation de systèmes séparés de performances et d'établissement de rapports afin de permettre le financement fondé sur la performance. Le Fonds mondial, par exemple, fait état de progrès au regard des indicateurs concernant les rapports analytiques conjoints avec d'autres donateurs. Seule une partie des travaux analytiques du Fonds mondial, tels que les études diagnostiques, est menée conjointement, ce qui conduit à une répétition inutile des efforts. L'harmonisation représente aussi un défi pour les agences de l'ONU, malgré les efforts faits pour s'orienter vers « une ONU », en raison de calendriers et de systèmes différents de planification, de gestion financière et de présentation de rapports. L'approche harmonisée pour le transfert de fonds (HACT), destinée à relever ces défis, a été introduite dans des pays tels que le Mali par les agences de l'ONU qui sont actives dans le secteur de la santé, mais l'HACT ne s'applique pas à l'échelle de toutes les agences de l'ONU ou dans tous les pays.

Les efforts visant à améliorer l'harmonisation se heurtent à l'architecture de l'aide mondiale et à la diversité croissante des acteurs dans le secteur de la santé. Le secteur de la santé a généré un grand nombre d'initiatives mondiales ciblées depuis 2000 (il y aurait actuellement au moins 100 partenariats et programmes mondiaux), et

malgré l'engagement qui a été pris de « réfléchir à deux fois » avant de créer de nouvelles initiatives, de nouvelles initiatives et de nouveaux programmes mondiaux continuent d'être lancés.

Quand de nouvelles initiatives ou approches mondiales sont toujours perçues comme requises par les pays en développement, tous les efforts devraient être faits afin de s'assurer que la conception s'appuie sur les institutions et la division du travail existante dans les pays et, dans tous les cas, évite d'accabler les pays et/ou de compliquer davantage l'architecture de l'aide existante. La multiplicité actuelle des initiatives, certaines avec des mandats qui se chevauchent, et le manque de coordination entre les initiatives, augmentent les coûts de transaction pour les pays, pour les donateurs bilatéraux et multilatéraux et, plus généralement, pour tous les acteurs du développement. Hormis quelques exceptions notables, tels que le Fonds mondial et l'Alliance GAVI, les pays sont mal représentés dans la gouvernance des programmes et partenariats mondiaux.

L'architecture de l'aide pour la santé est également devenue plus diversifiée, avec le rôle croissant que jouent les nouveaux pays donateurs (voir l'Annexe B), les organisations de la société civile et philanthropiques privées, en plus des initiatives mondiales. Bien que cette diversité soit une force potentielle, les mécanismes de coordination existants ont été conçus en grande partie autour des donateurs traditionnels et ne conviennent peut-être pas ou ne sont peut-être pas suffisamment souples pour tenir compte des nouveaux acteurs.

Au niveau mondial, les partenaires au développement ont pris des mesures pour mettre en place des modalités communes, bien que les avantages procurés restent encore à démontrer. Des initiatives telles que la plate-forme de financement des systèmes de santé visent à renforcer les dispositifs communs (voir Encadré 3.3). L'Initiative mondiale en matière de santé des États-Unis, lancée en 2010, met davantage l'accent sur la coordination et la collaboration avec les gouvernements des pays partenaires et d'autres donateurs et tire parti des plans et des programmes existants.

Encadré 3.3 : La Plate-forme de financement des systèmes de santé

La plate-forme de financement des systèmes de santé, qui est composée de l'Alliance GAVI, du Fonds mondial et de la Banque mondiale et qui est facilitée par l'OMS, a été créée en 2009 pour aider les pays à utiliser les fonds existants et nouveaux de manière plus efficace pour le développement des systèmes de santé conformément à l'approche IHP + de (i) une stratégie de santé nationale unique soutenue par tous les partenaires au développement ; (ii) une évaluation conjointe unique de la stratégie nationale en matière de santé ; (iii) un cadre fiduciaire unique comprenant la gestion financière et la passation des marchés ; et, (iv) un cadre unique de S & E reposant sur les systèmes nationaux. La plate-forme a élaboré une approche suivant deux axes : l'harmonisation du financement des systèmes de santé existants par les trois partenaires de la plate-forme et les partenaires nationaux et l'alignement sur les procédures nationales ; et, l'accès au financement des nouveaux systèmes de santé via une application commune du Fonds mondial-GAVI ou par le biais de stratégies nationales de santé conjointement évaluées. Le fait que les processus de la Plate-forme puissent compromettre l'harmonisation et augmenter les coûts de transaction pour les pays suscite des inquiétudes. Bien qu'elle vise à simplifier les flux de financements et que les partenaires aient commencé à harmoniser leurs procédures, chaque agence maintient encore ses propres processus d'application et ses canaux de financements séparés (E2Pi, 2011). Jusqu'ici, la plate-forme n'est pas devenue le mécanisme de financement des systèmes de santé qui avait été recommandé par l'Équipe spéciale de haut niveau sur les financements innovants.

Division du travail entre les donateurs

Les progrès accomplis au niveau national en matière de mise en œuvre de la division du travail sont lents et inégaux et il est encore trop tôt pour évaluer l'impact en termes de réduction de la fragmentation. Neuf des évaluations nationales de la phase 2 de la Déclaration de Paris ont constaté des progrès importants en ce qui concerne la réduction du double-emploi et l'augmentation de la rationalisation au niveau sectoriel, quoique qu'avec des domaines où la fragmentation reste élevée et avec peu d'accords officiels relatifs à la division du travail. Le Code de conduite de l'UE et l'Initiative *Nordic Plus* ont contribué à limiter l'appui sectoriel des donateurs de l'UE dans les pays partenaires. Chaque donneur bilatéral a pris également l'initiative de rationaliser l'engagement sectoriel. Les Pays-Bas, par exemple, ont progressé dans la concentration sectorielle avec ses 36 pays partenaires, où le soutien néerlandais est maintenant limité à deux ou trois secteurs. L'Encadré 3.4 fournit des exemples de pays qui ont accomplis des progrès en matière de division du travail.

Encadré 3.4 : Progrès accomplis par les pays en matière de division du travail

Le **Malawi** a entrepris une division du processus du travail dans l'ensemble et au sein des secteurs (Gouvernement du Malawi, 2010). Le secteur de la santé compte le plus grand nombre de partenaires au développement. Parmi eux, 17 envisagent de déléguer le dialogue et neuf de déléguer les finances. Les donateurs d'appui budgétaire sont plus favorables à la délégation.

Au **Mali**, en réponse au Code de conduite de l'UE, certains donateurs, comme la France et la Belgique, se retirent progressivement du secteur de la santé, tandis que d'autres, comme la Suède et l'Espagne, adoptent des partenariats silencieux (participation passive).

Au **Mozambique**, la Norvège et la Finlande se sont retirées du secteur de la santé et l'Irlande représente la Fondation Clinton par le truchement d'un partenariat silencieux. Dans le cadre du Code de conduite de l'UE, un Plan d'Action conjoint a été accepté et un groupe de travail de donateurs a établi l'avantage comparatif des donateurs et proposé que certains donateurs se retirent de certains secteurs. Cependant peu de progrès dans la rationalisation du secteur ont été réalisés. Certains donateurs dépeignent certains secteurs comme « ne présentant pas un intérêt particulier » et donc comme ne représentant pas un domaine d'engagement, malgré le fait qu'ils y soient toujours présents. La substitution de programmes gérés par l'administration centrale aux programmes bilatéraux sur le terrain n'a rien fait pour rationaliser l'aide.

Globalement, toutefois, les progrès ont été lents et le nombre de donateurs impliqués dans le secteur de la santé au niveau des pays, y compris les donateurs qui apportent un volume relativement faible de financement et donc contribuent à la fragmentation de l'aide sectorielle, reste élevé. Comme le Tableau 4.1, par exemple, il y a en moyenne cinq donateurs de l'UE présents dans le secteur de la santé dans les pays bénéficiaires (Carlsson *et al.*, 2009).

Table 3.1 : Fragmentation du secteur : décaissements par les donateurs de l'UE en 2007 (15 du CAD plus de la CE)

Secteur	Nombre de pays bénéficiaires	Nombre de programmes des donateurs	Total des décaissements en 2007 en millions d'USD	Décaissement moyen par programme des donateurs en millions d'USD	Nombre moyen de donateurs de l'UE dans le secteur (pays bénéficiaires seulement)
Santé	114	610	1 049	1,72	5

Les agences de l'ONU ont pris des mesures pour mettre en œuvre la division du travail. L'UNDAF est cité comme exerçant une influence importante sur la division du travail entre les organismes des Nations Unies. Dans le domaine du VIH/SIDA en particulier, les co-parrains de l'ONUSIDA ont favorisé la division du travail dans le domaine du soutien technique en réponse aux recommandations de la Cellule mondiale de réflexion. En outre, la division du travail a été révisée en vue de répondre aux recommandations de la deuxième évaluation indépendante faite récemment par l'ONUSIDA.

Les progrès sont limités du point de vue de la division du travail des donateurs entre pays. Des disparités importantes entre les pays « chouchous » et « orphelins » des donateurs, subsistent, dans l'ensemble de l'aide au développement et dans le secteur de la santé en particulier. La répartition de l'aide entre les pays est mal coordonnée. Les donateurs déterminent l'assistance-pays séparément et l'affectation de l'aide est déterminée par des facteurs autres que les besoins, ce qui entraîne des chevauchements et des disparités géographiques (Rogerson et Steensen, 2009). En outre, un aspect préoccupant tient au fait que l'affectation de l'aide pour le secteur de la santé privilégie quelques maladies spécifiques, d'où un financement insuffisant pour d'autres priorités importantes du secteur de la santé.

Les priorités du siège déterminent l'engagement sectoriel du donneur. La participation des donateurs au secteur est influencée par l'histoire, l'expertise et le besoin de visibilité. Les faits observés laissent penser que les programmes du siège du donneur sont le facteur décisif et qu'ils l'emportent sur les priorités des pays. L'évaluation des Pays-Bas dans la Déclaration de Paris indique que les « cibles thématiques actuellement définies dans la politique néerlandaise de coopération au développement peuvent avoir une incidence négative sur la division sectorielle du travail entre les donateurs ». En Zambie, le gouvernement a fait preuve d'initiative en identifiant les donateurs les plus importants dans le secteur de la santé, mais la décision finale a été souvent prise au siège des donateurs. De même, au Mozambique, les décisions des donateurs concernant le maintien de leur engagement dans un secteur ou non, sont fortement influencées par le siège.

La consultation est essentielle à la réussite de la division du travail au niveau des pays. Les ministères de la Santé voient des avantages à répartir les risques entre les donateurs et craignent qu'un retrait non coordonné ne réduise le financement. Les inquiétudes exprimées quant au fait que la division du travail serve à réduire les dépenses de santé semblent être corroborées par la diminution de la proportion de l'aide de la CE allouée à la santé, qui revient de 4.7 % à 1.3 % entre 2005 et 2008 (Alliance

2015, 2010). En Tanzanie et en Zambie, la division du travail a conduit au retrait d'un donneur important du secteur de la santé, ce qui a entraîné une diminution des financements. Très peu d'analyses ont été réalisées sur le processus et les résultats de la mise en œuvre de la division du travail. Dans une évaluation conjointe effectuée par le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et la Suède concernant les retraits terminés et en cours au Botswana, en Érythrée, en Inde, au Malawi et en Afrique du Sud (Slob et Jerve, 2008), le retrait néerlandais du secteur de la santé au Malawi a montré que des processus de retraits soigneusement planifiés, tenant dûment compte des problèmes de capacités, permettent le transfert satisfaisant des tâches au gouvernement et à d'autres donneurs. Mais la planification efficace d'un retrait, mettant l'accent sur la durabilité des résultats de développement, est l'exception, et l'évaluation recommande que « les dispositions concernant les retraits soient plus explicites dans les accords d'aide ».

Messages clés

- Au niveau national, il y a eu des progrès en matière de mise en œuvre de dispositions et procédures communes dans le secteur de la santé grâce à l'utilisation accrue d'APP, de SWAp, de dispositifs de financement commun et de procédures communes de planification, de gestion financière et de passation des marchés. Au niveau mondial, la plate-forme de financement des systèmes de santé prend des mesures pour mettre en œuvre des modalités communes, bien que les avantages restent encore à prouver.
- La diversité croissante de l'architecture de l'aide mondiale, avec l'apparition de nouveaux pays donateurs, de programmes mondiaux et de la philanthropie privée, constitue un défi pour l'harmonisation. Il est urgent de mettre en place une coordination mondiale plus efficace et de rationaliser l'architecture de l'aide en matière de santé.
- L'harmonisation est compromise par l'aide-projet non alignée et parallèle et il est possible d'améliorer l'intégration des fonds et des programmes mondiaux au niveau national. L'harmonisation au niveau des donateurs est découragée par la pression exercée sur les donateurs pour montrer des résultats et les relations de cause à effet et conserver la responsabilité, la crainte de perdre de l'influence, ainsi que des systèmes et des règles rigides.
- Au niveau mondial, peu de progrès ont été accomplis en ce qui concerne la division du travail des donateurs entre les pays. Toutefois, au niveau national, des progrès considérables ont été réalisés, tels que le Code de conduite de l'UE et l'Initiative *Nordic Plus*, qui y ont contribué, mais les progrès sont lents et le nombre de donateurs intervenant dans le secteur de la santé reste élevé. La participation des donateurs au secteur est déterminée par l'histoire, l'expertise, le besoin de visibilité et, surtout, les priorités du siège des donateurs. La consultation est essentielle à la réussite de la division du travail au niveau des pays, en particulier pour éviter des effets négatifs sur le financement du secteur.

Références

Alliance 2015 (2010), *The EU's Contribution to the Millennium Development Goals: Keeping the goals alive*

- Alliance GAVI, Fonds mondial, Banque mondiale et OMS (2010a), *Implementing the Health Systems Funding Platform*, Mise à jour des progrès pays, octobre 2010
- Banque asiatique de développement, Gouvernement du Japon, DFID, Banque mondiale (2009), *Donor Coordination and Harmonisation in Bangladesh: A joint evaluation paper*
- Carlsson, B. *et al.* (2009), *Aid Effectiveness Agenda: Benefits of a European approach*, Commission européenne, Bruxelles
- Chikwekwe *et al.* (2011), *Country Evaluation of the Implementation of the Paris Declaration in Zambia Phase II*, Ministry of Finance and National Planning, Zambia.
- COWI, Goss Gilroy Inc et Epos (2007), *Joint External Evaluation of the Health Sector in Tanzania, 1999-2006*, Ministère des Affaires Étrangères du Danemark.
- Commission européenne (2008), *EU Toolkit for the Implementation of Complementarity and the Division of Labour in Development Policy*, Commission européenne, Bruxelles
- Evidence to Policy Initiative (E2Pi) (2011), *The Health Systems Funding Platform*, Note d'information
- Evidence to Policy Initiative (E2Pi) (2011), *Estimating Benchmarks of Success in the Affordable Medicines Facility-Malaria (AMFm) Phase 1*
- Gouvernement du Malawi, Ministère des Finances, Division de la gestion de la dette et de l'aide (2010), *Towards a Division of Labour in Malawi. Donor mapping and report on a first phase exercise of in-country division of labour*, mars 2010
- Paul, E. (2011), *Is Budget Support a Solution for Financing the Health Sector in Developing Countries?*, Présentation
- Rogerson, A. and S. Steensen (2009), *Aid Orphans: Whose responsibility?* Development Brief, Issue 1, October 2009. OCDE, Paris
- Samaké, S. *et al.* (2011), *The Results Achieved through Implementing the Paris Declaration in the Health Sector in Mali*. TT HATS 2 February 2011. OCDE, Paris
- Sekabaraga, C. *et al.* (2010), *Innovative Financing for Health in Rwanda: A report of successful reforms*, Banque mondiale
- Slob, A. and A. Jerve (2008), *Managing Aid Exit and Transformation: Lessons from Botswana, Eritrea, India, Malawi and South Africa*, Rapport de synthèse. SIDA, Ministère des Affaires Étrangères des Pays-Bas, NORAD, Danida
- Vaillancourt, D (2009), *Do Health Sector-Wide Approaches Achieve Results? Emerging evidence and lessons from six countries*, Banque mondiale, IEG
- Williamson, T., Z. Agha *et al.* (2008), *Building Blocks or Stumbling Blocks? The effectiveness of new approaches to aid delivery at the sector level*, Organe consultatif pour l'Irish Aid
- Wood, B. *et al.* (2011), *L'Évaluation de la Déclaration de Paris, Phase 2, rapport final*, Copenhagen

Chapitre 4. Améliorer la prévisibilité et la transparence de l'aide au secteur de la santé

La Déclaration de Paris reconnaît que la prévisibilité est cruciale pour l'utilisation efficace de l'aide par les pays partenaires. Dans le Programme d'action d'Accra, les donateurs se sont engagés à améliorer la disponibilité d'informations sur les apports d'aide. Ce chapitre évalue la réussite des initiatives prises pour améliorer la prévisibilité de l'aide au secteur de la santé, en examinant plus particulièrement les raisons pour lesquelles les progrès, à cet égard sont inégaux. Une analyse est présentée sur la contribution des systèmes de financement innovants à la réduction du déficit de financement dans le secteur de la santé et au renforcement de l'efficacité de l'aide affectée à la santé. Ce chapitre examine les données d'observation relatives à l'amélioration de la transparence dans le secteur de la santé.

Contexte et engagement

Une aide prévisible et transparente permet aux pays de développer des programmes à moyen et long terme. Lorsque les informations sur l'aide sont limitées, le gouvernement fonde la planification et l'élaboration du budget sur des données partiales ou inexactes. La transparence concernant l'utilisation de l'aide est cruciale pour le donneur et la confiance du public. Dans la Déclaration de Paris, les donateurs se sont engagés à fournir des informations à jour, transparentes et exhaustives sur les apports d'aide, et à améliorer la prévisibilité de leurs engagements pluriannuels. Dans le cadre du Programme d'action d'Accra, les donateurs et les pays sont convenus d'augmenter la prévisibilité de l'aide sur le moyen terme, notamment par un renforcement des processus de planification budgétaire nationale, l'apport d'informations par les donateurs sur les engagements annuels et les versements, et des plans de dépenses sur trois à cinq ans précisant l'affectation indicative des ressources.

Les indicateurs permettant de mesurer les progrès sont les suivants :

- Une aide plus prévisible, fondée sur le pourcentage de versements effectués selon des calendriers annuels ou pluriannuels convenus d'avance.

Améliorer la prévisibilité de l'aide

Certains donateurs ont fait des efforts continus pour améliorer la prévisibilité de l'aide, au moyen d'engagements pluriannuels, tandis que d'autres demeurent incapables d'apporter une amélioration, ou sont peu engagés envers cet objectif. L'Encadré 4.1 met en lumière les problèmes-clés.

Encadré 4.1 : Le point sur les efforts déployés par les donateurs pour améliorer la prévisibilité de l'aide

- L'examen de sept organismes de financement a permis de constater une augmentation des engagements à long terme dans les domaines de la santé, avec en tête le Fonds mondial et ses donateurs (Dodd et Lane, 2010). Parmi les organismes bilatéraux évalués, la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni ont fixé des objectifs à long terme pour leurs dépenses d'aide.
- Les États-Unis sont l'un des principaux bailleurs de fonds des programmes mondiaux pour la santé et le contributeur le plus important du Fonds mondial, mais la législation empêche les engagements pluriannuels et à terme. Toutefois, les États-Unis annoncent le niveau de ressources prévu pour la durée de programmes comme le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et l'Initiative américaine pour la santé mondiale (GHI).
- L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) fait état d'une augmentation des donations pluriannuelles par les gouvernements, mais les engagements des ressources mondiales à long terme ne sont pas encore la norme.
- D'après l'auto-déclaration des 15 partenaires au développement participants, le rapport d'étape annuel IHP+ Results (2011) révèle des progrès mitigés du financement prévisible en faveur de la santé. La proportion de financements offerts au titre d'engagements pluriannuels est tombée de 75 % à 70 % entre 2005-07 et 2009, mais en 2009, neuf des quinze partenaires apportaient 90 % de leur aide à la santé par le biais d'engagements pluriannuels.
- La capacité des agences de l'ONU de prendre des engagements à plus long terme est limitée par le besoin de mobiliser des ressources, mais l'UNICEF et le FNUAP ont opté pour des engagements de cinq ans lorsque cela était possible (IHP+ Results, 2010).
- D'après les données factuelles disponibles il est peu probable que les donateurs non traditionnels s'engagent sur plusieurs années.

Encadré 4.1 (suite) : Le point sur les efforts déployés par les donateurs pour améliorer la prévisibilité de l'aide

- La capacité des donateurs de s'engager à plus long terme risque fort d'être confrontée à l'environnement économique mondial actuel. Les budgets de développement et l'aide à la santé risquent fort de stagner (Allemagne) ou d'être réduits (France, Italie, Espagne) en 2010 et 2011 (Réseau « Action for Global Health », 2011).

Plus particulièrement :

- La Communication de la Commission européenne de 2010 sur le rôle de l'UE dans la santé mondiale propose une prévisibilité d'au moins trois ans et encourage les États-membres d'adhérer aux Contrats OMD qui permettent de s'engager jusqu'à six ans (dont 70 % des fonds sont fixes, assurant ainsi un haut degré de prévisibilité, et 30 % dépendent de performances mesurées par divers indicateurs de résultats).
- Le Royaume-Uni privilégie les engagements de cinq ans lorsque cela est possible et, dans certains pays, il met en œuvre des Accords de partenariat de développement sur dix ans.
- Le cycle de planification des Pays-Bas permet de prévoir quatre ans de financements indicatifs.
- La Société du compte du millénaire financée par le gouvernement américain conclut des accords de cinq ans avec les pays répondant aux critères d'éligibilité. Le PEPFAR fonctionne avec des cadres de partenariat de cinq ans. L'ONUSIDA doit utiliser les fonds affectés avant deux ans, tandis que la Société du compte du millénaire et le PEPFAR disposent d'une durée illimitée.

L'impact sur la prévisibilité de l'aide et sur les budgets du secteur de la santé sur le terrain est mitigé. Dans la pratique, les engagements pluriannuels sont appliqués de façon irrégulière dans les différents pays et on ne dispose pas d'éléments particuliers prouvant que les engagements à plus long terme ont amélioré le budget du secteur de la santé, par exemple par l'ajustement du Cadre de dépenses à moyen terme d'un pays (IHP+ Results, 2010). Cela est confirmé par les conclusions de la phase 2 des évaluations de la Déclaration de Paris, qui montrent des progrès dans certains pays, mais pas dans d'autres. Sept sur 14 évaluations de pays révèlent des améliorations, dues à l'augmentation du nombre de donateurs apportant leur soutien dans un cadre pluriannuel, y compris dans le secteur de la santé (voir l'Encadré 5.2). Des études sur la prévisibilité de l'aide dans le secteur de la santé au Ghana, en Tanzanie et en Ouganda sont arrivées à la conclusion que l'aide est très imprévisible, et que la plupart des donateurs ne réussissent pas à s'engager de manière réaliste plus de 12 mois à l'avance. La volatilité de la réception des aides est aggravée par l'augmentation des aides hors-budget (ODI et CAPE, 2010 ; Handley *et al.*, 2010 ; Smith et Leyaro, 2010).

Encadré 4.2 : Des progrès inégaux dans l'amélioration de la prévisibilité de l'aide

En Afrique du Sud, la stratégie conjointe de l'UE 2007-13 fournit une base pour des engagements plus prévisibles et pluriannuels. Le nouveau programme de Soins de santé primaires prévoit un engagement de dix ans pour l'assistance budgétaire sectorielle et le PEPFAR a accepté un partenariat de trois ans avec le Département de la santé. Au Mali, neuf donateurs annoncent maintenant les subventions deux à trois ans à l'avance et les donateurs signataires du IHP+ ont annoncé leurs financements jusqu'à la fin du programme actuel pour le secteur de la santé (Samaké *et al.*, 2010). Au Malawi, l'amélioration de la prévisibilité de l'aide est attribuée pour une grande part à la Déclaration de Paris. Les facteurs spécifiques qui jouent sont la pression des pairs donateurs en faveur du respect des engagements et de l'harmonisation des procédures d'établissement de rapports, la réduction des délais de soumission des rapports par les gouvernements et les demandes de financement.

Encadré 4.2 (suite) : Des progrès inégaux dans l'amélioration de la prévisibilité de l'aide

En revanche, au Vietnam les progrès vers une meilleure prévisibilité sont lents et en Zambie on constate un recul. Au Mozambique, la prévisibilité au-delà d'un à deux ans demeure faible et les estimations dans le Cadre de dépenses à moyen terme sont souvent supérieures aux décaissements effectifs.

La prévisibilité est influencée par les considérations politiques des donateurs et leur relation avec les gouvernements bénéficiaires ainsi que la capacité de ces derniers. Les contraintes des donateurs sont la réticence à attribuer des fonds au-delà du mandat en cours, une préférence pour le maintien d'un certain avantage politique et d'une flexibilité pour répondre aux modifications des priorités des politiques étrangères, et les réglementations et processus intérieurs. Les changements de gouvernement dans les pays donateurs entraînent des modifications dans les priorités de développement et dans la situation économique et financière, et influencent également la prévisibilité de l'aide.

La relation avec le gouvernement bénéficiaire, en particulier lorsqu'il s'agit de la confiance et de la responsabilité, affecte les décisions des donateurs quant aux engagements pluriannuels. Les préoccupations relatives au risque de corruption et de mauvaise gestion de l'aide, la capacité d'absorption, l'horizon de planification à court terme et la réduction des incitations pour les gouvernements bénéficiaires à produire des résultats ou mobiliser des ressources intérieures sont aussi des contraintes à la prévisibilité. Des études menées au Ghana, en Tanzanie et en Ouganda ont découvert que la prévisibilité est influencée par la GFP et les risques fiduciaires, notamment l'incapacité d'effectuer les dépenses comme convenues dans les programmes, ce qui affecte la confiance des donateurs. Ces études mettent en lumière le besoin d'un leadership national et d'une gestion de l'aide plus forts, et la nécessité d'améliorer la capacité à planifier et élaborer les budgets (ODI et CAPE, 2010). Les donateurs sont particulièrement réticents à s'engager à long terme dans des états fragiles.

Encadré 4.3 : L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le cofinancement des vaccins par les pays et l'analyse de la marge de manœuvre budgétaire

La mise en œuvre de la politique de cofinancement de GAVI a commencé en 2008 et une révision de cette politique a commencé en 2010. La première étape de la révision comprenait une évaluation de l'expérience acquise et une estimation de la marge de manœuvre budgétaire disponible dans les pays admissibles à GAVI pour maintenir le portfolio de vaccins existant et futur de GAVI. En 2008, 32 pays ont cofinancé des vaccins avec GAVI ; le nombre de pays nécessaires au cofinancement est passé à 51 en 2009. Il y a eu des difficultés, notamment pour faire inclure les montants de cofinancement dans les budgets nationaux, ou pour travailler avec des années fiscales différentes de celles de GAVI. Le nombre de pays en défaut, c.-à-d. ne tenant pas leurs engagements de cofinancement, est passé de neuf en 2008 à cinq fin 2009. Le problème ne semble pas être lié au niveau des revenus mais plutôt à des questions d'engagement politique, aux goulots d'étranglements dans les décaissements et à la gestion des programmes de vaccination. Les pays ont la responsabilité de fournir des vaccins cofinancés pour encourager l'emploi de systèmes nationaux, mais il est trop tôt pour évaluer l'effet de cette approche sur la prise en charge et les capacités des pays. Néanmoins, les consultations avec les pays font penser que le cofinancement a augmenté la prise en charge et la visibilité des vaccinations au sein des ministères de la santé et a aidé à collecter des recettes intérieures pour la vaccination.

La marge de manœuvre budgétaire se rapporte à la capacité d'un gouvernement de rendre des ressources budgétaires disponibles pour un domaine d'activité sans nuire à la viabilité de sa situation financière.

Encadré 4.3 (suite) : L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le cofinancement des vaccins par les pays et l'analyse de la marge de manœuvre budgétaire

L'analyse de GAVI sur la marge de manœuvre budgétaire a pour but d'évaluer combien les montants de dépenses publiques qui seraient nécessaires si les gouvernements prenaient en charge le coût entier des vaccins. L'analyse est fondée sur l'hypothèse selon laquelle les vaccins représentent environ 5 % des dépenses publiques en matière de santé – la plus grande part – dans les pays les plus pauvres en 2010 ; cette proportion passerait à 10 % en 2015 avec l'ajout de nouveaux vaccins. La part des dépenses publiques prévues est plus basse dans les pays moins pauvres. L'analyse laisse penser que les pays qui risquent de perdre bientôt leur éligibilité par GAVI sont en meilleure position pour prendre en charge le financement de nouveaux vaccins que les pays plus pauvres. Pour un peu plus de la moitié des pays les plus pauvres, les coûts prévisionnels pour les vaccins en 2015 représenteraient plus que l'accroissement prévu du budget de santé et ces pays auraient toujours besoin d'un soutien extérieur sur le moyen à long terme.

Il y a toujours un décalage entre les engagements et les décaissements. Les signataires du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées signalent qu'ils suivent bien leurs calendriers de versement, même si cela n'a pas été vérifié indépendamment. En 2008, GAVI a déclaré avoir versé 60 % des fonds en moins de 90 jours, l'UNICEF a déclaré 100 % des décaissements dans les délais en Zambie et au Mozambique, et le Fonds mondial a rapporté que les décaissements effectifs représentaient 95 % des montants prévus (IHP+ Results, 2010). En 2009, 12 des 15 partenaires au développement ayant fait l'objet d'une étude, ont indiqué que plus de 90 % de leurs dépenses de santé en 2009 étaient planifiées en 2009. Toutefois, les évaluations de la Déclaration de Paris, phase 2, montrent qu'il subsiste une différence considérable entre les engagements des donateurs et les versements effectués (voir l'Encadré 4.4).

Encadré 4.4 : Le décalage entre les engagements et les décaissements

Même si la prévisibilité de l'aide apportée au secteur de la santé s'est améliorée au Bangladesh, il n'est pas constaté d'amélioration dans les taux de versements. Au Malawi, en 2007-08, les décaissements des donateurs étaient 10 % supérieurs aux engagements en raison des augmentations de la Banque mondiale et du Fonds mondial. En 2009-10, les décaissements effectués par des donateurs en groupe étaient de 39 % inférieurs aux engagements, et les décaissements de donateurs distincts étaient de 72 % inférieurs aux engagements. Au Mali, de nombreux donateurs ne tiennent pas leur promesse de fournir des informations sur les apports d'aide futurs ou d'opérer les décaissements dans les délais, même si les conditionnalités sont remplies. Peu de progrès peuvent être observés en termes de prévisibilité sur l'année en cours car les décaissements totaux diffèrent grandement des programmes. Le Ministère de la santé a estimé que le taux de prévisibilité des donateurs IHP+ Compact n'était que de 70 % pour la période 2009-10.

Du côté du donneur, la prévisibilité de l'aide pour l'année en cours tient à des restrictions budgétaires ou à un apport de soutien supplémentaire au versement de fonds en fin d'année. La prévisibilité sur une année en cours est un problème particulier en ce qui concerne le Fonds mondial, car les décaissements sont liés à la performance. Du côté du bénéficiaire, les facteurs à prendre en compte sont la non-conformité aux conditions du donneur, comme par exemple l'établissement des documents d'audits ou la réalisation des objectifs de performance, et ce, en raison d'une capacité de mise en œuvre limitée ou encore d'un optimisme excessif.

Contribution des mécanismes de financement innovants

Les mécanismes de financement innovants¹ ont été créés pour répondre au déficit de financements de la santé. L'assistance au développement de la santé est passée de 4,4 milliards d'US\$ en 1990 à 26,8 milliards en 2010 selon les estimations (IHME, 2010). La majeure partie est représentée par les programmes de santé mondiaux. L'aide apportée par des pays donateurs non traditionnels (voir l'Annexe B), les fondations privées et les ONG a également augmenté au cours de la dernière décennie et pourrait bientôt dépasser l'Aide publique au développement (NORAD AHHA, 2009). L'OMS a estimé que 251 milliards d'USD supplémentaires sont nécessaires pour la période 2009-15. Il est peu probable que ces fonds soient fournis par les donateurs traditionnels, même si les engagements sont tenus², ou par l'augmentation des dépenses intérieures. Les mécanismes de financement novateur ont été créés pour mobiliser des ressources supplémentaires (voir l'Encadré 4.5).

Encadré 4.5 : Exemples de mécanismes de financement novateurs	
UNITAID	29 pays et la Fondation Gates sont membres d'UNITAID. Le produit d'une taxe de solidarité prélevée sur des billets d'avion et collectée par les pays membres a représenté 70 % des contributions en 2009. UNITAID a reçu 274 millions d'USD en 2009, ce qui fait un total de presque un milliard d'USD depuis 2006. En novembre 2010, les engagements de fonds pour 2011 s'élevaient à 180 millions d'USD. La France, principal pays donneur d'UNITAID, s'est engagée à fournir un montant annuel de 150 millions d'USD pour 2011-13, afin d'encourager les autres pays à s'engager sur le long terme. Les ressources d'UNITAID sont élargies par l'initiative MASSIVEGOOD, qui a récolté 0,2 million d'USD avant juin 2010 (UNITAID, 2009).
Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm)	La Facilité internationale de financement pour la vaccination a été créée par GAVI avec le soutien du gouvernement britannique, pour augmenter le taux de vaccination. À partir d'octobre 2010, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège, l'Espagne, l'Afrique du Sud, la Suède et le Royaume-Uni ont signé des accords qui les engagent juridiquement à effectuer des versements pour un total de 5,9 milliards d'USD sur une période de vingt ans. Sur la base de cette garantie, la Facilité internationale émet des obligations sur les marchés des capitaux internationaux, dont les ressources servent à financer des programmes de GAVI. Le financement obligataire permet un accès anticipé aux fonds. La Facilité internationale prévoit d'émettre des obligations d'une valeur totale de 4 milliards d'USD jusqu'à 2015. À partir d'octobre 2010, les émissions d'obligations se sont élevées à 2,6 milliards d'USD (site Web de la Facilité ; OCDE, 2011).

Encadré 4.5 : Exemples de mécanismes de financement novateurs	
Dispositif des médicaments accessibles contre le paludisme (DPAp)	Le DPAP a été lancé en 2009 afin de fournir des ACT ³ abordables, efficaces et de qualité avérée pour les patients des secteurs public et privé. Le DPAP a négocié avec les fabricants des médicaments à prix réduit et il subventionne une partie de ce prix réduit pour le compte d'acheteurs éligibles via des paiements conjoints versés aux fabricants et les acheteurs sont censés répercuter le bénéfice de la réduction sur les patients. En 2010, le DPAP a lancé une première phase de tests pilotes au Cambodge, au Ghana, au Kenya, à Madagascar, au Niger, au Nigéria, en Ouganda et en Tanzanie, afin d'évaluer l'efficacité du mécanisme sur le terrain. Les fonds totaux engagés jusqu'à présent s'élèvent à 216 millions d'US\$. Les donateurs-clés sont le Royaume-Uni, la Fondation Gates et UNITAID. La phase 2 du financement dépendra de l'évaluation de la phase 1 (site Web DPAP et entretien).
Garantie de marché (AMC)	La Garantie de marché est fondée sur des engagements à long terme du Canada, de l'Italie, de la Norvège, de la Russie, du Royaume-Uni et de la Fondation Gates. Son but est de pousser le secteur privé à investir dans les nouveaux produits de vaccination en garantissant des volumes d'achat à des prix convenus pour une certaine période, financés pour la plupart par des engagements juridiques. Le GAVI souhaite aider jusqu'à 60 pays à accéder à des vaccins à prix réduit grâce à la Garantie de marché. Environ 1,5 milliard d'USD ont été collectés pour la GM pour des vaccins antipneumococcique. L'Alliance GAVI a promis 1,3 milliard d'USD supplémentaires d'ici 2015 (site web de la GM ; OCDE, 2011).

Lors de l'Assemblée générale de l'ONU en 2009, l'Equipe spéciale de haut niveau sur le financement innovant a annoncé une série de nouvelles mesures financières⁴ pour mobiliser 5,3 milliards d'USD supplémentaires, afin d'accroître l'accès aux soins de santé gratuits pour les femmes et les enfants. Ces mesures sont les suivantes :

- 1 milliard d'USD pour l'expansion de la Facilité internationale de financement pour la vaccination, subventionnés par l'Australie, la Norvège et le Royaume-Uni.
- 1 milliard d'USD pour l'expansion de la Facilité internationale de financement pour la vaccination, subventionnés par l'Australie, la Norvège et le Royaume-Uni.
- 515 millions d'USD de fonds axés sur les résultats pour des programmes de santé, subventionnés par la Norvège et le Royaume-Uni et gérés par le Fonds fiduciaire d'innovation pour l'obtention de résultats dans le secteur de la santé (HRITF) de la Banque Mondiale.
- Jusqu'à 3,2 milliards d'USD à réunir avant 2015 par un nouveau mécanisme de contributions volontaires lors de l'achat de billets d'avion (voir UNITAID ci-dessus).
- Jusqu'à 220 millions d'USD par an à rassembler au moyen d'un programme pilote de crédit d'impôt sur la TVA en Italie.
- Engagement à étudier une deuxième Garantie de marché pour les vaccins.

- 360 millions d'USD de conversion de dettes pour générer des fonds supplémentaires pour le Fonds mondial⁵.
- De nouveaux financements de donateurs pour subventionner des engagements à élargir l'accès aux soins de santé au Burundi, au Ghana, au Libéria, au Malawi, au Népal et en Sierra Leone.

Les mécanismes de financement novateurs ont généré des fonds supplémentaires en faveur de la santé et, dans une moindre mesure, ont accru la prévisibilité de l'aide. L'on s'accorde généralement à penser que les finances collectées au moyen de certains de ces mécanismes, en particulier la Garantie de marché, la Facilité internationale de financement pour la vaccination et UNITAID, représentent de nouvelles sources de financement pour la santé. Bien qu'ils ne soient pas un instrument générant des recettes, les Fonds fiduciaires multi-donneurs ont le potentiel de mobiliser des ressources supplémentaires en attirant des donateurs habituellement plus frileux. Des mécanismes comme UNITAID ont également réussi à mobiliser des ressources provenant d'autres pays comme le Brésil et la Corée du Sud. Cependant, certains donateurs-clés comme les États-Unis participent peu au financement novateur pour la santé mondiale (Hecht *et al.*, 2010). La Facilité internationale de financement pour la vaccination et la Garantie de marché ont contribué à l'accroissement de la prévisibilité à plus long terme des financements grâce à des accords juridiques de 20 ans (OCDE, 2009). La contribution des autres mécanismes de financement innovant à l'amélioration de la prévisibilité à plus long terme est moins évidente.

Il n'existe pas d'évaluation systématique de la mesure dans laquelle les mécanismes de financements novateurs génèrent de nouvelles ressources ou augmentent la prévisibilité. Tandis que certains ont effectivement généré des ressources, d'autres exercent peut-être un effet de substitution, détournant des fonds prévus pour d'autres modalités financières bien établies. Une analyse approfondie est nécessaire pour vérifier si les fonds mobilisés représentent réellement un accroissement ou une substitution (OCDE, 2009).

Encadré 4.6 : Enseignements tirés du financement innovant et efficacité de l'aide

Les travaux du CAD de l'OCDE semblent indiquer que le financement innovant garantira un impact maximum sur le développement s'il :

- Évite de décourager les pays de réunir des recettes intérieures et de développer des politiques fiscales équitables comme pilier fondamental de développement.
- Est conforme à la Déclaration de Paris et au Programme d'action d'Accra et si les donateurs évitent la multiplication des canaux d'acheminement de l'aide, des institutions et des mécanismes de compte-rendu.
- Prend en compte les avantages et les inconvénients d'instruments financiers particuliers.
- Reste simple et transparent, surtout s'il fait appel à une participation solidaire du secteur privé.
- Applique de bonnes pratiques de GFP, en particulier s'il évite que l'anticipation budgétaire ne soit utilisée ou considérée comme un moyen d'outrepasser les limites de dépenses nationales convenues.

Les statistiques du CAD/OCDE ne donnent qu'une image partielle du financement novateur pour la santé et des travaux sont en cours afin d'établir une représentation plus complète (NORAD AHHA, 2009 ; OCDE, 2008a). L'OCDE s'attache également à suivre la relation entre le financement novateur, l'APD et l'efficacité de l'aide. Son premier pas a été de mener avec la Banque mondiale, une opération d'inventaire des mécanismes de financement novateur (OCDE, 2011).

Les mécanismes de financement innovants pourraient compromettre l'efficacité de l'aide. Comme indiqué dans un examen, « De multiples canaux pour réunir des recettes sont acceptables, à condition qu'ils soient coordonnés pour la distribution des fonds dans les pays, de façon à passer par les systèmes nationaux, à réduire les coûts de transaction et à maximiser les résultats. Toutefois, peu a été fait pour estimer les coûts et les bénéfices relatifs des différentes options d'obtention de recettes et d'acheminement des ressources vers les pays » (Pearson, 2008). Des inquiétudes ont été exprimées quant au financement induit par l'offre et à l'affectation des ressources acheminées par l'intermédiaire des mécanismes de financement novateurs. La Banque mondiale a mis en relief le besoin d'évaluer les implications de l'usage, conséquences d'un recours accru aux fonds fiduciaires et d'analyser la portée de leur contribution à la fragmentation, ainsi que la mesure dans laquelle ils vont à l'encontre des principes d'harmonisation des donateurs et de l'appropriation nationale (Banque mondiale, 2010)⁶.

Transparence et mise à disposition d'informations sur les apports d'aide

Les engagements pour l'efficacité de l'aide ont conduit à des initiatives mondiales pour améliorer la transparence mais les enseignements du secteur de la santé sont limités. L'engagement à accroître la transparence de l'aide dans le Programme d'action d'Accra a motivé une série d'initiatives mondiales comme l'Initiative internationale pour la transparence de l'aide (IITA) et Publish What You Fund (PWYF – « Publiez ce que vous financez »). Jusqu'à présent, il existe peu de données sur leur impact, et celles qui sont disponibles ont trait à l'efficacité de la mise en œuvre plutôt qu'aux résultats (McGee et Gaventa, 2010). Le G8 s'est engagé à améliorer la transparence de l'aide et a réaffirmé son engagement à améliorer la responsabilité et le suivi des engagements. Les programmes mondiaux, comme le Fonds mondial, ont établi des normes de bonnes pratiques sur la transparence de l'information (GPLG, 2008). Grâce à sa politique d'accès à l'information, la Banque mondiale a également instauré des normes de transparence. On observe des exemples d'initiatives prometteuses visant à renforcer la transparence du côté des donateurs dans le secteur de la santé, comme le site web du Groupe des partenaires au développement de la santé en Tanzanie, qui offre l'accès aux documents stratégiques et aux processus-clés. Néanmoins, les efforts visant à accroître la transparence ne se sont pas encore matérialisés sous forme d'amélioration de l'information sur les apports d'aide aux gouvernements bénéficiaires. Cela reste un obstacle majeur à l'amélioration de la planification, de l'élaboration du budget et de la reddition de comptes (voir l'Encadré 4.7).

Encadré 4.7 : Les donateurs ne fournissent toujours pas d'informations appropriées sur l'aide

En Ouganda, les donateurs ne fournissent pas assez d'informations sur leurs engagements et les décaissements, qu'il s'agisse de ressources budgétaires ou hors budget. Cela sape les processus budgétaires car il ne profite de la part importante de ressources pour la santé, bien que celles-ci soient une aide hors budget. Les donateurs devraient fournir des informations à jour, plus complètes et plus exactes. Seule l'Agence danoise d'assistance au développement (DANIDA) est considérée comme fournissant des informations complètes (Wild et Domingo, 2010).

En Zambie, la qualité et l'accessibilité de l'information se sont bien améliorées, facilitées par le Cadre commun d'examen annuel et d'évaluation des performances. L'examen conjoint annuel contient des informations sur certains retards dans le financement des donateurs, qui ont des conséquences pour la performance. Toutefois, les donateurs ne sont toujours pas assez transparents en ce qui concerne les apports de financement dans le cadre de l'approche sectorielle et de l'aide budgétaire, et les difficultés d'accès à l'information sont particulièrement évidentes en ce qui concerne les fonds verticaux dans le domaine de la santé (Wild et Domingo, 2010).

Les représentants des gouvernements bénéficiaires ont aussi souligné la nécessité de s'engager à accroître l'information sur les apports d'aide, afin d'être plus explicite sur le type d'informations que les donateurs doivent fournir. Une planification et une supervision effectives requièrent des données détaillées par secteur, par acteur et par objet. Il faut donc, par exemple, préciser si les fonds sont affectés au bureau national, au gouvernement, aux ONG ou autres organismes d'exécution, et s'ils sont destinés à des experts techniques ou à des formations (ODI, 2009).

Messages-clés

- Les donateurs ont fait des efforts systématiques pour améliorer la prévisibilité de l'aide par des engagements pluriannuels et il existe des preuves de l'augmentation des engagements d'aide pour la santé à long terme. Les mécanismes de financement novateurs pour la santé ont aussi accru la prévisibilité de l'aide. Cependant, certains donateurs bilatéraux, les agences de l'ONU et les pays donateurs émergents demeurent incapables d'apporter une amélioration, ou sont peu engagés envers cet objectif.
- L'impact de ces efforts sur la prévisibilité de l'aide et sur les budgets du secteur de la santé sur le terrain est mitigé. On constate peu de cohérence dans l'application des engagements pluriannuels dans plusieurs pays, et il n'y a pas d'éléments précis indiquant que l'engagement des donateurs à plus long terme ait déjà amélioré les budgets du secteur de la santé. Les études de cas par pays indiquent que l'aide reste très imprévisible, et la plupart des donateurs ne sont pas en mesure de s'engager de manière réaliste pour plus de 12 mois à l'avance. Le décalage entre les promesses des donateurs et les versements effectifs est considérable.
- Les principales contraintes à l'engagement à plus long terme des donateurs sont d'ordre politique, notamment une réticence à engager des fonds au-delà du mandat en cours, la préférence pour le maintien d'un certain avantage politique et d'une flexibilité pour répondre aux changements dans les priorités des politiques étrangères, et enfin, les réglementations et processus intérieurs. La relation avec le gouvernement bénéficiaire, en particulier lorsqu'il s'agit de la confiance et de la responsabilité, les préoccupations relatives au risque de corruption et de

mauvaise gestion de l'aide, l'horizon de planification à court terme et la réduction des subventions aux gouvernements bénéficiaires pour produire des résultats ou rassembler des ressources intérieures affectent les décisions des donateurs quant aux engagements pluriannuels.

- Les programmes mondiaux ont établi des normes de bonnes pratiques sur la transparence de l'information au niveau mondial. Néanmoins, les efforts visant à accroître la transparence ne se sont pas encore matérialisés sous forme d'amélioration de l'information sur les apports d'aide aux gouvernements bénéficiaires, ce qui limite les efforts d'amélioration de la planification, de l'élaboration de budget et de la reddition de comptes.

Notes

1. Il n'existe pas de définition reconnue du financement innovant. La Banque mondiale distingue les mécanismes de financement innovant comme générant des fonds supplémentaires, rendant les fonds plus efficaces et les reliant aux résultats. L'OCDE considère le financement innovant comme des mécanismes de collecte de fonds ou des actions stimulantes soutenant le développement international au-delà des approches de dépenses traditionnelles, que ce soit par les secteurs publics ou privés.
2. Le rapport élaboré par le G8 en juin 2010 remarque qu'il manque aux donateurs 10 milliards d'USD pour compléter les 50 milliards prévus lors du Sommet de Gleneagles.
3. Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.
4. Parmi d'autres mesures encore en projet, on compte une taxe internationale sur les transactions financières, bien qu'elle ne soit pas spécifique au domaine de la santé (voir Déclaration de Santiago adoptée lors de la 7^e session plénière du Groupe pilote sur les financements innovants pour le développement, janvier 2010) et une taxe sur les opérations de change, pour le domaine de la santé, ce qui rassemblerait 33 milliards d'US\$ par an (AfGH et ICSS, 2010).
5. En 2009 il a été estimé que les échanges de créances apporteraient 450 millions d'US\$ d'ici 2010 pour le Fonds mondial (Assemblée générale de l'ONU, 2009). Depuis, le Fonds mondial a démarré l'initiative Debt2Health, qui implique des accords dans lesquels les créanciers renoncent au remboursement d'une partie de la dette, à condition que les pays bénéficiaires investissent un montant convenu dans la santé, par l'intermédiaire du Fonds mondial.
6. En 2009, la Banque mondiale gérait 1 045 fonds fiduciaires. Le secteur principal, la santé, représentait 43% des décaissements.

Références

- Action for Global Health (2011a), *Democratic Ownership and Civil Society Organisation Meaningful Engagement: Draft findings and recommendations*
- Action for Global Health (2011b), *Aid Effectiveness for Health: Towards the Fourth High Level Forum in Busan 2011. Making health aid work better*
- Alliance GAVI, Fonds mondial, Banque mondiale et OMS (2010), *Briefing Note: Consultation with Royal Government of Cambodia on the Implementation of the Health Systems Funding Platform*

- Alliance GAVI, Fonds mondial, Banque mondiale et OMS (2010a), *Implementing the Health Systems Funding Platform*, Mise à jour des progrès pays, octobre 2010
- Alliance GAVI, Fonds mondial, Banque mondiale et OMS (2010b), *Health Systems Funding Platform*. Plan de travail, octobre 2010-juin 2011
- Alliance GAVI et HLSP (2009), *GAVI Health Systems Strengthening Support Evaluation, Volume 2*. Rapport complet d'évaluation, 30 septembre 2009
- AMC, Advanced Market Commitments website, available at www.gavialliance.org/funding/pneumococcal-amc
- Assemblée générale de l'ONU (2009), *Progress Report on Innovative Sources of Development Finance*, Rapport du Secrétaire général, juillet 2009
- Banque mondiale (2010), *IEG Evaluation of Trust Funds in the World Bank's Support for Development*, Document d'orientation, Banque mondiale
- Dodd, R. and C. Lane (2010), *Improving the Long-Term sustainability of Health Aid: Are Global Health Partnerships leading the way?* Politique et Planification en matière de santé, 14 mai 2010
- Global Program Learning Group (GPLG) (2008), *Actions for Aid Effectiveness*
- Handley, G., D. Kizza and A. Musisi (2010), *How Unpredictable Aid Influences Service Delivery: Insight from the aggregate level and health sector*, Étude de cas de l'Ouganda, mars 2010, ODI et CAPE
- Hecht, R. et al. (2010), *Innovative financing for global health: A moment for expanded US engagement?* Rapport du CSIS Global Health Policy Center. Mars 2010
- IHP+Results (2011), *Strengthening Accountability to Achieve the Health MDGs*, Rapport d'activité annuel.
- IHP+Results (2010), World Health Assembly IHP+Results Update (mai 2010)
- International Finance Facility for Immunisation (IFFim), disponible à www.iffim.org
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2010), *Financing Global Health*, IHME
- McGee, R. and J. Gaventa (2010) *Review of Impact and Effectiveness of Accountability and Transparency Initiatives*: Rapport de synthèse, Institute of Development Studies
- NORAD AHHA (2009), *The Global Health Landscape and Innovative International Financing for Health Systems: Trends and issues*, novembre 2009, NORAD
- ODI (2009), *Aid Effectiveness through the Recipient Lens*, Note d'information n° 55, novembre 2009, ODI, Londres
- ODI and CAPE (2010), *Extent, Influences on, and Consequences of Aid Unpredictability: A synthesis report*, ODI, Londres
- OECD (2008a), *Lessons for Development Finance from Innovative Financing in Health*, Rapport d'atelier, Paris, 7 octobre 2008, Forum mondial de l'OCDE sur le développement
- OCDE (2009), *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do? An interim report*, TT HATS, OCDE, Paris

- OCDE (2011), *Mapping of Some Important Innovative Finance for Development Mechanisms*. Working Party on Statistics, 7 février 2011, OCDE, Paris
- Pearson, M. (2008), *IHP+: Expanding Predictable Finance for Health Systems Strengthening and Delivering Results*, Document d'information. HLSP
- Samaké, S. *et al.* (2011), *The Results Achieved through Implementing the Paris Declaration in the Health Sector in Mali*, TT HATS, 2 février 2011, OCDE, Paris
- Smith G et Leyaro V (2010), *How Unpredictable Aid Influences Service Delivery: Insight from the aggregate level and health sector*, Étude de cas de la Tanzanie, février 2010. ODI et CAPE
- UNITAID (2009), Rapport annuel
- Wild, L. and P. Domingo (2010a), *Accountability and Aid in the Health Sector*, Note de projet N° 46, juillet 2010, ODI et World Vision
- Wild, L. and P. Domingo (2010b), *Aid and Accountability in Health: Country findings*. Project Note de projet N° 45, septembre 2010, ODI et World Vision.
- Wild, L. and P. Domingo (2010c), *Aid and Accountability in Health: Key themes and recommendations*, Note de projet N° 44, septembre 2010, ODI et Vision du Monde
- Wood, B. *et al.* (2011), *L'Évaluation de la Déclaration de Paris, Phase 2, rapport final*, Copenhagen

Chapitre 5. Renforcer la responsabilité mutuelle et nationale pour obtenir des résultats plus durables en matière de développement

La Déclaration de Paris appelle à une gestion axée sur les résultats en matière de développement afin de renforcer la prise de décisions nationale, ainsi qu'à des efforts en vue d'améliorer la responsabilité des donateurs et des pays partenaires. Ce chapitre fait ressortir les enseignements tirés du secteur de la santé qui aident à comprendre l'impact de l'aide sur la responsabilité nationale. Il examine aussi la mesure dans laquelle les donateurs définissent et se servent des résultats obtenus comme base pour prendre leurs décisions, et les données d'observation sur l'impact de la prise de décisions axée sur les résultats dans les pays.

Contexte et engagements

Dans la Déclaration de Paris, les donateurs et les pays partenaires se sont engagés à se concentrer sur les résultats dans la gestion et la mise en œuvre de l'aide et à exploiter les informations pour une meilleure prise de décisions, en mettant l'accent sur l'établissement et l'utilisation de cadres de notification et d'évaluation axés sur les résultats, en harmonisant les exigences de suivi et d'établissement de rapports. Les pays partenaires se sont également engagés en faveur du renforcement de liens entre les stratégies nationales de développement et les processus budgétaires, le rôle des parlements dans les stratégies et les budgets de développement national, et l'implication d'un large éventail de partenaires dans l'évaluation du progrès. Le Programme d'action d'Accra a renforcé ce centrage sur l'obtention de résultats, y compris par l'amélioration des systèmes nationaux d'information, l'alignement du suivi par les donateurs sur les systèmes d'informations des pays, l'amélioration de la surveillance parlementaire dans les pays en développement, le renforcement de la responsabilité mutuelle et les actions des pays donateurs et des partenaires pour s'attaquer à la corruption.

Les indicateurs permettant de mesurer les progrès sont les suivants :

- Les pays partenaires qui ont des cadres d'évaluation de la performance axés sur les résultats
- Les pays partenaires qui entreprennent des évaluations mutuelles des progrès accomplis

Renforcement de la responsabilité mutuelle et nationale

L'aide joue un rôle grandissant dans la promotion de la responsabilité nationale. La CE, dans sa Communication de 2010 sur le rôle de l'UE dans la santé mondiale, souligne la nécessité pour l'UE de renforcer le soutien en faveur de la participation de toutes les parties prenantes dans le suivi de politiques de santé nationales et en faveur de l'examen parlementaire dans les pays partenaires de toute décision relative au financement public qui influe sur la prestation de services de santé. Des études de cas réalisées afin de mieux comprendre la manière dont l'aide influence la responsabilité nationale font ressortir le lien entre une responsabilité insuffisante et de médiocres résultats en matière de prestation de services malgré un investissement important dans la santé. Cela tient en partie à l'absence de politiques de responsabilisation au niveau de la prestation des services, notamment dans le cadre de la décentralisation. Pour réparer ce « chaînon manquant », il faut établir des liens plus étroits entre les acteurs régionaux et les preneurs de décisions nationaux, mais il existe peu d'exemples de liens efficaces entre les divers acteurs impliqués et les processus de décentralisation (OCDE, 2011c).

Certains aspects de l'efficacité de l'aide semblent avoir renforcé la responsabilité nationale, notamment les missions conjointes qui rassemblent les donateurs et les parties prenantes nationales, ainsi que l'utilisation d'indicateurs communs pour l'évaluation de la performance des gouvernements et des donateurs. Toutefois, les effets de l'aide sont limités, car la responsabilité nationale est un processus autonome, complexe et dynamique.

Encadré 5.1 : Dialogue parlementaire sur l'efficacité de l'aide et résultats au Nigéria

La Commission du Sénat pour les dotations budgétaires du Nigéria a lancé une initiative parlementaire sur l'élaboration du budget, les dotations budgétaires, l'efficacité de l'aide et ses résultats dans le but de renforcer la surveillance parlementaire sur la gestion et les résultats de l'aide. Les questions soulevées quant à l'aide sanitaire et l'élaboration d'indicateurs dont les résultats peuvent être mesurés dans le secteur de la santé, dans le Plan national stratégique pour le développement du secteur de la santé de 2010-2015 ainsi que dans le pacte IHP+ (Partenariat international pour la santé), représentent le principal catalyseur de cette initiative. À la suite d'un examen des apports d'aide et des dispositions institutionnelles pour la gestion et l'efficacité de l'aide, un dialogue avec des parlementaires a eu lieu en mai 2011 afin d'examiner les constatations et d'identifier les mesures à prendre en matière de responsabilité mutuelle et d'efficacité de l'aide. Le dialogue a mis en lumière le rôle essentiel des parlementaires dans la responsabilité mutuelle et a recommandé une approche plus dynamique du parlement dans sa surveillance des apports d'aide et de la gestion et de l'efficacité de l'aide.

Certains pays prennent des mesures pour renforcer la responsabilité nationale (voir l'Encadré 6.1). En Ouganda, de meilleurs systèmes d'élaboration du budget, de suivi et d'établissement de rapports axés sur les résultats améliorent la responsabilité du gouvernement dans l'utilisation des ressources. De plus, des examens annuels du secteur de la santé et des comptes-rendus de performance se rattachant aux Assemblées de santé nationale ainsi que la participation des parlementaires et de la société civile à des groupes de travail du secteur de la santé améliorent la surveillance et la responsabilité nationales (AfGH, 2011). Les réformes du secteur de la santé au Rwanda sont assorties de mécanismes destinés à la responsabilité entre les citoyens et les fonctionnaires locaux, les prestataires de services de santé et le gouvernement local, ainsi que les communautés et les prestataires de services de santé (Sekabaraga *et al.*, 2010).

Les pactes IHP+ ont le potentiel de renforcer la responsabilité mutuelle dans le secteur de la santé, mais, il est difficile de s'en servir pour assurer la responsabilité de manière collective. Le Partenariat international pour la santé (IHP+) met l'accent sur la responsabilité mutuelle. Il existe des mécanismes nationaux de responsabilité établis au titre de pactes nationaux ou d'autres accords équivalents et de mécanismes d'examen annuel conjoint du secteur de la santé. Sept sur dix pays examinés en 2010 ont indiqué procéder à une évaluation mutuelle des progrès accomplis (IHP+ Results, 2011). Le Burundi et le Kenya améliorent le suivi des progrès réalisés sur l'IHP+ et sur les engagements de la Déclaration de Paris en intégrant les indicateurs du suivi du secteur de la santé et des examens annuels, et des actions analogues sont prévues en Éthiopie et au Népal.

La fonction de suivi indépendant IHP+, a élaboré des indicateurs reconnus au niveau international pour le secteur de la santé, adaptés de la Déclaration de Paris, afin de suivre les progrès réalisés au regard des engagements et d'en rendre compte, à l'aide d'enquêtes annuelles et de fiches d'évaluation (voir l'Annexe C). Les donateurs et les pays partenaires qui participent au processus utilisent les fiches d'évaluation pour rendre compte annuellement des progrès accomplis au regard des engagements IHP+, bien que seulement dix pays sur 27 et 15 partenaires au développement sur 25 y aient participé. Cela montre la qualité variable et le manque d'engagements spécifiques en matière de responsabilité des pactes nationaux IHP+ ainsi que les lents progrès réalisés dans l'intégration des engagements IHP+ aux objectifs nationaux de performance ou aux examens annuels conjoints de santé.

Les efforts visant à améliorer la responsabilité sont compromis par les pratiques des donneurs. Certains donneurs continuent à travailler en dehors des processus de gestion coordonnée de l'aide et la responsabilité mutuelle. Tandis que les approches de l'aide qui appuient les systèmes nationaux ne semblent guère contribuer à accroître la responsabilité nationale, l'aide fournie en dehors de ces systèmes semble l'affaiblir. Des données factuelles provenant de l'Ouganda et de la Zambie semblent indiquer que l'aide hors budget et un manque d'informations sur l'aide posent problème tant pour la responsabilité nationale que pour la responsabilité mutuelle (Wild et Domingo, 2010). Les contraintes de gouvernance et de responsabilité au-delà du secteur de la santé, notamment le manque de capacités des institutions nationales de reddition de comptes et de la société civile, signifient également que les processus du budget de la santé dans bien des pays sont incontestés.

Encadré 5.2 : Responsabilité et transparence renforcées pour la santé des femmes et des enfants

Les ressources pour l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant, mobilisées par la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, seront suivies par la Commission d'information et de responsabilisation créée à cet effet. La Commission, coprésidée par le Président de la Tanzanie et le Premier Ministre du Canada, veillera à l'engagement des ressources, à leur décaissement judicieux et transparent et à l'obtention de résultats. La Commission est convenue d'une série d'actions, dont l'élaboration de plans pour le renforcement des capacités des pays de collecter des données essentielles, de suivre et de notifier les résultats en ce qui concerne l'affectation de ressources ; l'harmonisation avec les priorités, les stratégies et les cycles de rapports des pays et la simplification des rapports ; l'élaboration d'un ensemble limité d'indicateurs communs pour la santé maternelle et infantile et la promotion de ceux-ci au titre d'un mécanisme mondial unique de notification des résultats, et le renforcement de mécanismes de suivi et la notification des ressources financières d'origine nationale et extérieure.

Source : Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant (2011)

Gestion axée sur les résultats en matière de développement

Il n'existe aucune interprétation commune de la gestion axée sur les résultats, que certains considèrent comme étant la même chose que le financement axé sur les résultats. Les différentes agences utilisent également des termes différents pour décrire des concepts analogues au financement axé sur les résultats, par exemple, l'aide axée sur les résultats, le paiement par les résultats, le paiement à la livraison, l'aide axée sur la performance et l'aide axée sur la production. Les donneurs ont des priorités différentes, certains favorisent les résultats à court terme tandis que d'autres privilégient le développement des capacités à long terme. Se concentrer sur les résultats immédiats peut nuire au développement à plus long terme si les donneurs ne financent que ce qui est facile à mesurer. Se fixer sur des rendements quantitatifs peut également nuire à la qualité de la mise en œuvre, et des résultats à court terme seront réalisés aux dépens du développement de la capacité à plus long terme et de résultats plus durables (OCDE, 2011b). Lier l'aide aux résultats peut également pénaliser les pays qui sont confrontés aux plus grandes difficultés.

Les donneurs utilisent le financement axé sur les résultats pour améliorer les résultats, mais l'impact de cette approche reste à prouver. Par exemple, les décaissements du Fonds mondial et de GAVI dépendent des résultats. Bien qu'il existe

des données factuelles, provenant aussi bien du Fonds mondial que de GAVI, indiquant que le fait de se concentrer sur les résultats peut avoir un impact positif sur la performance et les résultats, ces données sont éparées (voir l'Encadré 5.3).

« On trouve une seule étude bien conçue visant à évaluer l'impact d'une approche axée sur les résultats. Étant donné le manque d'expérience, l'absence d'évaluations approfondies, ainsi que le risque d'effets de distorsion et les mesures incitatives des mécanismes de financement axés sur les résultats, il y a lieu d'adopter une approche positive mais prudente. Les approches axées sur les résultats sont nouvelles et n'ont pas encore fait leurs preuves ; elles sont prometteuses, mais doivent être strictement suivies du point de vue de leurs effets sur les systèmes de santé dans leur ensemble » (Pearson, 2010a).

Encadré 5.3 : Problèmes à prendre en compte dans les méthodes de financement axées sur les résultats pour le secteur de la santé

Viser les interventions adaptées et les résultats. L'aide à la santé ne se préoccupe guère de choisir les interventions les plus rentables et les plus équitables. Se contenter d'appliquer une méthode axée sur les résultats sans rien changer à cette réalité n'aiderait peut-être qu'à produire les mauvais résultats de manière plus efficiente.

Le financement axé sur les résultats n'est pas une solution simple pour déterminer la relation de cause à effet. Les donateurs sont sous pression pour montrer qu'ils ont optimisé les ressources. Le financement axé sur les résultats peut sembler être une solution, mais les progrès sont en général réalisés grâce à un ensemble d'éléments et il est difficile de cerner exactement les facteurs qui en sont à l'origine.

Veiller à ce que les méthodes soient fondées sur le paiement pour les résultats et non sur le paiement par les résultats. Il existe une différence essentielle entre récompenser un engagement à produire des résultats et récompenser les résultats atteints. La plupart des méthodes sont axées sur les résultats atteints. Outre les problèmes structurels, les pays pauvres sont vulnérables aux facteurs externes, y compris les apports d'aide imprévisibles, ce qui peut affaiblir leur capacité de produire des résultats. La question est de savoir si le financement axé sur les résultats a tendance à récompenser ceux qui essaient de livrer de bons résultats ou ceux qui arrivent à le faire. De puissantes incitations ne suffisent peut-être pas si les capacités font défaut.

Assurer un degré de cohérence élevé en appliquant les principes de l'efficacité de l'aide. Le respect des Principes de Paris est variable parmi les agences qui utilisent des méthodes axées sur les résultats. Les fonds transitent souvent en dehors des systèmes gouvernementaux, ce qui pose la question de savoir si ces approches sont vraiment « propres aux pays concernés ».

Ne pas supposer que les avantages sont durables. Les premiers à adopter une réforme quelconque sont en général les plus dynamiques et les plus motivés. Les méthodes axées sur les résultats peuvent également faire fonction de « sparadrap », permettant à un système de fonctionner à un niveau sous-optimal tout en évitant des crises qui pourraient précipiter des réformes plus profondes. Au Cambodge, par exemple, il serait peut-être avantageux de remplacer les nombreuses initiatives de financement parrainées par le gouvernement et les donateurs et axées sur les résultats par une approche plus globale des réformes du secteur public.

Source : Pearson M (2010a).

Comme il a été noté dans le cadre d'un examen des fonds mondiaux

« Le financement axé sur les résultats tient vraiment ses promesses en tant que mécanisme d'affectation de crédits, mais ce n'est pas une panacée. Il doit être mis en œuvre d'une manière qui concilie son effet incitatif avec le besoin de prévisibilité et d'appui aux programmes. Il doit également viser des résultats à long terme durables plutôt que des résultats à court terme facilement mesurables. Les fonds mondiaux devraient adopter des approches par portefeuille quant aux affectations entre le financement par programme et le financement axé sur les résultats. Les deux visent des résultats en matière de développement : les différences sont essentiellement des différences de moyens et de calendriers. Les financements par programme et les financements axés sur les résultats peuvent également être associés dans la même subvention, tels que les contrats de la CE en faveur de la réalisation des OMD » (Isenman *et al.*, 2010).

Les progrès sont mitigés en ce qui concerne l'établissement de rapports axés sur les résultats et les cadres d'évaluation de la performance. « Un cadre unique d'évaluation des performances (CEP) est essentiel aux efforts d'un gouvernement pour mesurer les résultats en matière de santé, assurer le suivi des progrès et identifier les domaines de sous-performance » (IHP+ Results, 2011). En 2010, sept pays sur dix participant à l'enquête, ont indiqué avoir un CEP unique en place. Apparemment au Mali, au Népal et en Ouganda, une plus grande attention est portée aux résultats dans les plans et les budgets du secteur de la santé et l'accent est mis sur l'évaluation d'impact et sur le renforcement des examens de performance et des systèmes S&E connexes. Au Mozambique, les rapports axés sur les résultats dans le secteur de la santé sont établis à l'aide d'indicateurs incorporés dans le CEP qui sont mis à jour annuellement et qui sont tributaires d'un système national d'informations pour le rassemblement de données de santé, fournissant une base pour des examens conjoints des progrès réalisés dans le secteur de la santé.

Cependant, la plupart des pays ne révèlent pas encore comment les ressources disponibles sont utilisées pour atteindre des résultats dans le domaine de la santé. Une évaluation plus systématique du degré auquel des pays ont élaboré des plans sectoriels axés sur les résultats et des CEP est nécessaire (IHP+ Results, 2011). En Tanzanie, « la planification des dépenses, des programmes et des activités n'est toujours pas suffisamment centrée vers la réalisation d'objectifs tels que la réduction de la mortalité maternelle et les dépenses publiques ne sont pas assez orientées vers les résultats » (Smith et Leyaro, 2010). Un examen effectué par la Banque mondiale a conclu que les SWAp de santé « n'ont pas sensiblement renforcé la concentration sur les résultats ou les responsabilités du secteur de la santé, mais dans certains pays une lente évolution aurait été amorcée ». Des mesures incitatives pour encourager le suivi de la performance, le partage des données relatives à la performance et l'utilisation de ces données pour renforcer la responsabilité sont essentielles pour une approche centrée sur les résultats (Vaillancourt, 2009).

On observe une utilisation croissante de CEP par les donateurs, mais tous ne s'en servent pas pour rendre compte de leurs résultats. Plus de 60 % des partenaires au développement en 2010 ont dit avoir utilisé le CEP national comme principale base pour évaluer la performance de leur aide sanitaire (IHP+Results, 2011). La plateforme de financement des systèmes de santé cherche à adopter les CEP nationaux pour le S&E. GAVI a annoncé qu'elle utilisera des examens annuels si ceux-ci fournissent les renseignements nécessaires. Toutefois, des inquiétudes subsistent

quant aux plans visant à créer des Cadres d'évaluation des performances des donateurs de l'UE, plutôt qu'à renforcer les cadres nationaux déjà en place.

Certains donateurs exigent toujours l'établissement de rapports parallèles ou de rapports sur des indicateurs supplémentaires en dehors du CEP national, par exemple en Éthiopie, au Mali et au Niger. En Ouganda, le Rapport annuel sur les performances du secteur de la santé est considéré comme utile pour l'étude de la performance sectorielle, mais certains donateurs continuent de commander des rapports de suivi externes par manque de confiance envers les comptes-rendus fournis par le gouvernement. De nombreux pays doivent toujours rendre compte d'un grand nombre d'indicateurs et doivent soumettre de multiples rapports. Au Forum mondial de l'information sanitaire de 2010, l'OMS a signalé que plus de 1 000 indicateurs de santé sont actuellement utilisés. « La gestion du suivi de la performance et les multiples rapports requis afin de satisfaire aux exigences de différents donateurs donnent lieu à un coût de transaction élevé » (IHP+Results, 2011), absorbent beaucoup de ressources et détournent l'attention de la gestion efficace du secteur de santé.

Les capacités des systèmes nationaux de santé et de S&E sont variables. La qualité, l'exhaustivité et l'actualité des données sanitaires demeurent problématiques et de plus grands efforts sont requis pour renforcer les systèmes de production et d'utilisation de ces données. L'évaluation du Mozambique dans le cadre de la Déclaration de Paris, phase 2, a constaté qu'il fallait augmenter l'investissement dans les capacités du gouvernement et renforcer les systèmes de S&E. Au Malawi, des efforts ont été déployés par le Ministère de la Planification du développement et de la Coopération pour renforcer les capacités de S&E au niveau sectoriel, mais « la plupart des systèmes S&E demeurent peu performants en raison d'un manque de données de qualité et d'accès à ces données pour les parties prenantes ». Dans cinq des six pays couverts par l'examen des SWAp réalisé par la Banque Mondiale « le fait d'avoir négligé le renforcement des capacités et l'utilisation de S&E et d'avoir plutôt mis l'accent sur l'approvisionnement, le décaissement et la gestion financière se traduit par une importance insuffisante accordée aux résultats », tandis que « la mise en place de bonnes capacités S&E et le fait de mettre l'accent sur les résultats avant la SWAp en République kirghize a assuré un bon équilibre entre la mise en œuvre et les résultats » (Vaillancourt, 2009).

Lors de la troisième réunion des équipes nationales IHP+ du secteur de la santé en décembre 2010, on a souligné la nécessité d'avoir un nombre raisonnable d'indicateurs, pour que le S&E soit lié à des plans nationaux, et investir davantage dans les capacités institutionnelles et les systèmes de S&E. A cette fin, et pour satisfaire à l'exigence de meilleures données, les pays et les partenaires internationaux, sous l'impulsion de l'OMS, développent une plate-forme commune pour le suivi et l'examen des stratégies nationales de santé. En juillet 2010, l'OMS a convoqué une réunion avec des partenaires nationaux et internationaux pour convenir de directives pratiques pour renforcer la composante S&E des stratégies nationales de santé ainsi que les capacités de S&E. Au mois de mars 2011, des évaluations conjointes des systèmes S&E avaient été achevées au Bénin, au Kenya, au Mozambique, au Népal, en Sierra Leone et en Ouganda, couvrant l'analyse des processus d'examen nationaux, la disponibilité et la fiabilité des données, les capacités institutionnelles pour la production et l'analyse de données et l'utilisation de données dans les examens du secteur de la santé ; et des ateliers analytiques multi-pays ont été organisés dans la ville du Cap et à Nairobi. L'OMS, GAVI, le Fonds mondial, l'UNICEF, l'USAID, le CDC

et la Banque mondiale sont activement engagés dans ces processus aux niveaux national et mondial.

Les donateurs continuent de conduire des missions d'examen séparées. L'augmentation du nombre de pays qui ont établi des mécanismes conjoints annuels d'évaluation du secteur de la santé ne semble pas avoir sensiblement réduit le nombre de missions séparées et non coordonnées des donateurs. Malgré les progrès accomplis en ce qui concerne les évaluations conjointes des réponses nationales au SIDA dans plusieurs pays, une évaluation ONUSIDA en Afrique centrale et occidentale (2010) a trouvé que les examens et analyses ne sont pas toujours réalisés conjointement et que plusieurs pays ont signalé de multiples missions simultanées ou parallèles, parfois avec des objectifs analogues.

Les constatations issues des évaluations de la Déclaration de Paris, phase 2, montrent qu'au Népal le nombre de missions donateurs aurait augmenté ; qu'au Mozambique, malgré des évaluations conjointes pour évaluer les progrès vis-à-vis du CEP, les Fonds mondiaux et l'USAID utilisent des processus d'évaluation supplémentaires et qu'au Mali, malgré un cadre unique de résultats et un processus d'examen sectoriel conjoint, presque tous les donateurs engagés dans le secteur continuent d'organiser des missions bilatérales. Dans la plupart des cas, les missions non coordonnées sont initiées par le siège du donneur et portent sur la mise en œuvre de budgets non délégués ou des exigences supplémentaires de S&E et d'audit. Les programmes mondiaux semblent moins enclins à participer à des missions conjointes. Par exemple, en 2008, seulement 14 % des missions du Fonds mondial ont été conduites en association avec d'autres partenaires¹.

Messages clés

- Des progrès sont réalisés aux niveaux national et mondial du point de vue de l'amélioration de la responsabilité mutuelle pour les résultats, par le biais de développements tels que le pacte et l'établissement de rapports au regard d'indicateurs pour l'IHP+Results, découlant de la Déclaration de Paris, et la Commission de l'information et de la responsabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Il est cependant difficile de dépasser les engagements et l'établissement de mécanismes de responsabilisation pour finalement mettre en œuvre une responsabilité mutuelle.
- Une attention croissante est portée au fait que l'aide doit produire des résultats mais, en l'absence d'interprétation commune du concept de gestion axée sur les résultats, cela a souvent été interprété comme un financement axé sur les résultats. Les donateurs utilisent le financement axé sur les résultats, mais jusqu'à maintenant il n'y a guère de preuves d'un quelconque impact.
- Des progrès ont été réalisés en matière d'élaboration par certains pays de CEP et apparemment, les CEP sont de plus en plus utilisés par les donateurs, mais la plupart des pays ne démontrent pas comment les ressources disponibles sont mises en œuvre pour aboutir à des résultats et certains donateurs demandent toujours des comptes concernant des indicateurs supplémentaires qui sont en dehors du CEP.
- Pour rendre compte des résultats dans le cadre du secteur de la santé, il faut des systèmes nationaux de S&E fiables dans le secteur de la santé, mais la qualité est

inégale et des efforts supplémentaires sont requis pour renforcer les systèmes de production et d'utilisation de données.

- L'utilisation accrue de mécanismes conjoints annuels d'examen du secteur de la santé ne semble pas avoir réduit le nombre de missions d'évaluation et de S&E séparées et non coordonnées des donneurs.

Notes

1. En 2009 il a été signalé que 82% des subventions du Fonds mondial étaient harmonisées avec des systèmes nationaux de S&E. L'objectif du Fonds mondial pour 2010 est d'atteindre 90%.

Références

- Action for Global Health (2011a). *Democratic Ownership and Civil Society Organisation Meaningful Engagement: Draft Findings and Recommendations*.
- Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant (2011), *Co-Chairs Summary Statement* (État récapitulatif des coprésidents), janvier 2011
- IHP+Results (2011), *Strengthening Accountability to Achieve the Health MDGs*, Rapport d'activité annuel
- Isenman P *et al.* (2010), *Global Funds: Allocation strategies and Aid Effectiveness*, Rapport final. ODI, Londres
- KPMG (2011), *The Mozambique Paris Declaration Phase 2 Evaluation*. Ministry of Planning and Development, Mozambique
- OECD (2009b), *Managing for Development Results Synthèse*, mars 2009, OECD, Paris
- OCDE (2011b), *How we Measure Results, for What and for Whom: Summary note of the experts' meeting*, Paris, 2 au 3 février 2011
- OCDE (2011c), *Improving Donor Support to Domestic Accountability: Draft Report*, March 2011, OCDE, Paris
- ONUSIDA (2010), *Regional Evaluation of the Three Ones in West and Central Africa*.
- Pearson, M. (2010a), *Results-based Aid and Results-Based Financing: What are they? Have they delivered results?* Institut HLSP
- Sekabaraga, C. *et al.* (2010), *Innovative Financing for Health in Rwanda: A report of successful reforms*, Banque mondiale
- Smith, G. et V. Leyaro (2010), *How Unpredictable Aid Influences Service Delivery: Insight from the aggregate level and health sector*, Étude de cas de la Tanzanie, février 2010, ODI et CAPE
- Vaillancourt, D. (2009) *Do Health Sector-wide Approaches Achieve Results? Emerging evidence and lessons from six countries*, Banque mondiale, IEG
- Wild, L. and P. Domingo (2010b). *Aid and Accountability in Health: Country findings*, Note de projet N° 45, septembre 2010, ODI et World Vision

Chapitre 6. L'efficacité de l'aide et son impact sur les résultats en matière de santé

Ce chapitre est consacré à la relation entre l'efficacité de l'aide et l'amélioration des résultats dans le domaine de la santé. Il réunit un large éventail de données factuelles en provenance de sources diverses et examine les corrélations et les liens de causalité entre les effets sur la santé et l'amélioration de la mise en œuvre de l'aide.

Démontrer que les résultats du secteur de la santé sont dus à de meilleures pratiques en matière de gestion de l'aide n'est pas aisé puisque l'amélioration des résultats dans le domaine de la santé peut être attribuée à de nombreux facteurs, au sein du secteur de la santé comme à l'extérieur. L'OCDE et d'autres organisations ont souligné les difficultés rencontrées pour établir un lien direct de causalité entre les intrants et les résultats, ce qui indique qu'il serait plus réaliste d'évaluer la contribution de l'aide à la santé en créant les conditions d'un impact durable, autrement dit, son effet sur le renforcement des systèmes de santé, sur la transformation des institutions et la responsabilité ainsi que sur d'autres conditions requises pour un développement à plus long terme (GRAP-PA Santé, 2011).

Il faut s'entendre sur les résultats à attendre de l'efficacité de l'aide dans le court, moyen et long terme, ainsi que sur leur évaluation. Les données factuelles permettant d'établir le lien entre l'efficacité de l'aide et les résultats en matière de santé sont rares. Cela tient, en partie à l'absence d'accord sur un cadre de suivi de l'impact de l'efficacité de l'aide sur les résultats en matière de santé (GRAP-PA Santé, 2011), en partie au nombre insuffisant d'analyses ou d'évaluations systématiques, notamment de la part des pays partenaires, et en partie au fait que l'évolution des pratiques de gestion de l'aide et ses effets demandent un certain temps. Tandis que « l'efficacité avec laquelle l'aide est distribuée et utilisée dans le secteur de la santé semble s'être améliorée globalement, [...] il est encore trop tôt pour dire si ces progrès participent au renforcement des systèmes de santé ou à de meilleurs résultats en matière de santé » (IHP + results, 2011).

Plusieurs études ont souligné la nécessité d'identifier des éléments plus probants et plus complets sur le lien entre l'efficacité de l'aide et l'amélioration des résultats sectoriels (ODI-Institut du développement de l'Outre-mer, 2008; OCDE, 2009; Walford, 2010). Néanmoins, l'examen des éléments disponibles révèle que :

L'efficacité de l'aide peut conduire à l'augmentation des ressources consacrées à la santé. La baisse globale de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (de 11,9 millions en 1990 à 7,7 millions en 2010), est due en partie à l'accroissement des ressources consacrées à la santé et à l'amélioration de la coopération internationale en matière de santé (You *et al.*, 2010). Certains chiffres indiquent que les APP ont contribué à l'augmentation du financement de la santé, tant intérieur qu'en provenance des donateurs, notamment au Malawi, au Népal et en Tanzanie (voir l'Encadré 18). L'appui budgétaire sectoriel a facilité et a contribué à la hausse rapide des dépenses publiques dans un certain nombre de pays (Williamson et Dom, 2010) ; il a également facilité le développement des soins de santé primaires en Tanzanie et l'introduction d'un système médical de base gratuit en Zambie (Walford, 2010).

Encadré 6.1 : Efficacité de l'aide et ressources consacrées à la santé

Au **Malawi**, la SWAp semble avoir conduit à l'augmentation du financement de la part des donateurs et du gouvernement. Les engagements pour la santé et la population représentaient environ 15 % de l'APD avant l'établissement de la SWAp et 25 % après celle-ci. L'aide à la lutte contre le SIDA est pour beaucoup dans cette augmentation mais le taux d'interventions sectorielles non-axées sur le SIDA a également augmenté pour passer de 10 % à 15 % des engagements d'aide (Pearson, 2010).

Au **Népal**, bien qu'il soit difficile d'affirmer avec certitude que l'amélioration de l'efficacité de l'aide a contribué au progrès des indicateurs de santé, l'aide représente 50 % des dépenses de santé et les indicateurs ont progressé depuis la mise en place de la SWAp en 2004 (Schmidt, 2009).

En **Tanzanie**, des progrès ont été faits en ce qui concerne l'affectation de fonds au secteur de la santé depuis la SWAp, avec une augmentation des contributions extérieures, bien que la part des finances publiques attribuée à la santé reste à environ 11 % (Zinnen, 2011).

L'efficacité de l'aide semble être liée à une disponibilité plus large et une utilisation accrue des services, à une meilleure prestation de services de santé et à de meilleurs résultats en matière de santé (voir l'Encadré 4.3). Les évaluations de mise en œuvre de la Déclaration de Paris, phase 2, ont permis d'identifier des éléments probants indiquant « la consolidation et la légitimation d'une plate-forme et d'un cadre d'action et de coordination pour les actions de développement sectoriel et la contribution à l'amélioration de l'investissement, de l'efficience et des résultats ». Les évaluations effectuées dans dix pays ont identifié des contributions possibles à une amélioration des services de santé ou des résultats en matière de santé.

Des éléments identifiés laissent penser que les APP ont un impact positif sur les résultats en matière de santé (voir l'Encadré 6.2). L'examen de six pays africains qui appliquent les SWAp révèle que tous semblent progresser au regard de certains indicateurs. C'est le cas notamment en Zambie, où des progrès sont visibles sur plusieurs indicateurs clés, tels que la disponibilité des médicaments, la couverture de la vaccination et la supervision des livraisons. Au Ghana, le nombre d'accouchements pratiqués par un personnel qualifié est en augmentation, le taux de guérison de la tuberculose est en hausse mais l'apport de soins aux malades externes n'est qu'en légère hausse. Le Ghana a également connu une modeste amélioration de l'état de santé global de sa population lors du premier programme sectoriel, et une plus nette amélioration lors du second, le tout sur fond d'une légère réduction de la fertilité (Walford, 2007).

Encadré 6.2 : Efficacité de l'aide, services de santé et résultats en matière de santé

En Éthiopie, le secteur de la santé a enregistré une nette amélioration. Selon le Ministère de la Santé, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est passé de 204/1 000 à 101/1 000 et le taux de mortalité lié à la maternité de 1 068/100 000 à 580/100 000 entre 1990 et 2008. La couverture des soins prénatals est passée de 46 % en 2004-05 à 68 % en 2008-09. La mortalité liée au paludisme a chuté de 55 % (Bilal *et al.*, 2010). Les phases successives du Programme de développement du secteur de la santé (HSDP) éthiopien ont été centrées sur le renforcement du système de santé et ont mis en œuvre des réformes importantes telles que le programme de vulgarisation sanitaire (HEP) dont le but est d'assurer la couverture des soins de santé primaires universels.

Bien qu'il soit difficile d'attribuer l'amélioration des résultats en matière de santé à une meilleure efficacité de l'aide, le rapport 2010 du Ministère de la Santé sur les OMD semble indiquer qu'il existe une forte corrélation. Depuis 2006, et avec le soutien des partenaires au développement, le gouvernement a octroyé la priorité à l'harmonisation à l'alignement et à la coordination. Le ministère a été un fervent défenseur de l'efficacité de l'aide et a mis en place des initiatives stratégiques majeures qui ont contribué à améliorer l'harmonisation de l'aide au niveau national, notamment l'élaboration de politiques nationales pour la gouvernance et l'amélioration de l'aide, ainsi que la signature d'un pacte IHP+. Les facteurs clés qui ont permis l'amélioration des résultats en matière de santé sont, entre autres, le puissant leadership politique pour le renforcement des systèmes de santé et l'utilisation pragmatique des fonds des programmes internationaux pour des interventions sur l'ensemble du système, notamment l'accès élargi aux services de santé de base grâce au Programme de vulgarisation sanitaire, la délégation des tâches et l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires qui est passé de 3 544 en 2004 à 17 300 en 2010. L'affectation de ressources extérieures a « joué un grand rôle dans le renforcement de la capacité du gouvernement d'améliorer la coordination entre les politiques et les priorités. » (USAID/Abt Assoc, 2010; Bilal *et al.*, 2010; Ministère fédéral de la Santé, 2010).

Encadré 6.2 (suite) : Efficacité de l'aide, services de santé et résultats en matière de santé

Au Malawi, l'approche sectorielle a contribué à l'amélioration des résultats en matière de santé : en faisant en sorte que le Programme des travaux reflète les priorités du secteur de la santé et que les principales difficultés soient traitées ; en assurant la mise en place d'un programme minimum de santé publique en priorité et celle d'un plan d'urgence pour les ressources humaines d'une manière qui n'aurait pas été possible avec les approches verticales précédentes ; et en soutenant la réforme des systèmes de passation des marchés, de la gestion des ressources humaines et des accords sur les niveaux de service avec des partenariats public-privé qui élargissent l'accès aux services essentiels (Pearson, 2010).

L'amélioration des services a été remarquable. Le nombre d'établissements capables de mettre en œuvre le programme minimum de santé publique est passé de 9 % en 2003 à 74 % en 2009 et l'offre de services de santé maternelle a considérablement augmenté. Le plan d'urgence pour les ressources humaines a permis de former, recruter et maintenir en poste davantage d'agents assurant ainsi une meilleure couverture clinique au sein des établissements. Une évaluation indépendante du Ministère britannique du Développement International en 2010 a révélé que le plan d'urgence pour les ressources humaines avait augmenté l'effectif du personnel de santé de 53 %, et qu'il existait «de nombreux éléments indiquant que l'effectif et la qualité du personnel étaient en corrélation positive avec la couverture de la vaccination, l'extension des services de soins de santé primaires, et les soins de santé maternelle et infantile ». Les progrès les plus importants concernent le nombre de patients externes (49 %), les accouchements avec assistance (15 %), la vaccination (10 %) et les soins prénatals (7 %). Les officiers de santé régionaux font état de l'amélioration des infrastructures et de leur capacité d'utiliser le financement pour les approvisionnements et la maintenance afin d'améliorer la qualité des services. En outre, il est possible d'établir un lien entre les financements récurrents prévisibles fournis par le biais de la SWAp et les prestations de services, comme dans le cas des services de santé maternelle, où des problèmes d'absence de financements récurrents pour assurer le transport vers les cliniques satellites ont été résolus et où la situation continue de s'améliorer.

L'impact sur les résultats en matière de santé a été mesuré en évaluant le nombre de vies sauvées grâce à l'utilisation accrue des services. On estime le nombre supplémentaire de vies sauvées par une couverture élargie des services de soins prénatals à 265, par la multiplication des accouchements avec assistance à 6 433 et par la couverture élargie de l'immunisation à 2 842 entre 2004 et 2009. Dans l'ensemble, la SWAp a contribué à améliorer légèrement les résultats en matière de santé mais davantage aurait pu être accompli. Parmi les problèmes non-résolus figurent notamment celui de la pertinence et de l'efficacité par rapport au coût du programme minimum de santé publique, l'affectation des ressources sur la base des besoins et l'imprévisibilité des financements des donateurs.

Au Mali, certaines données empiriques indiquent que la distribution d'une aide plus efficace contribue aux résultats positifs en matière de santé (Walford, 2010; Samaké *et al.*, 2011). L'évaluation de mise en œuvre de la Déclaration de Paris, phase 2, conclut que « même si aucun lien de causalité ne peut être établi entre les mécanismes d'aide et la performance du secteur, le secteur de la santé se porte bien depuis dix ans et la plupart des indicateurs de résultats ont progressé ». Entre 2002 et 2009, le nombre de centres de soins communautaires opérationnels est passé de 605 à 993 et, entre 2004 et 2009, la proportion du personnel de santé est passée de 3 147 à 9 704. Entre 2002 et 2009, le pourcentage d'accouchements en présence d'une sage-femme qualifiée est passé de 40 % à 66 % et la couverture de l'immunisation de 74 % à 100 % (système national d'information).

L'évaluation de mise en œuvre de la Déclaration de Paris, phase 2, au Mozambique a souligné les améliorations observées entre 2003 et 2009 concernant l'accès aux services de soins en milieu rural et le nombre d'établissements qui dispensent des soins maternels. Bien qu'il n'existe que peu de liens tangibles entre la Déclaration de Paris et les résultats, du fait que « l'écart est trop grand entre les accords aux plus hauts niveaux et la réalité de la mise en œuvre du développement sur le terrain »,

Encadré 6.2 (suite) : Efficacité de l'aide, services de santé et résultats en matière de santé

la comparaison des secteurs de la santé et de l'agriculture semble indiquer qu'il pourrait exister une relation entre un bon dialogue gouvernement-donneurs et les résultats du développement. Les résultats sont meilleurs dans le secteur de la santé qui bénéficie d'une approche sectorielle fonctionnant bien et d'une puissante initiative gouvernementale. Une autre évaluation (Institut HLSP, 2010) indique que « depuis que le Mozambique a adopté une SWAp en 2001, la couverture des services de santé a considérablement augmenté et les indicateurs clés relatifs à la santé ont progressé. Ce progrès peut être attribué aux avancées socio-économiques qui ont suivi la guerre civile ainsi qu'au meilleur fonctionnement du système de santé. Néanmoins, les avancées mesurables concernant la qualité et les résultats des services de santé des pays qui bénéficient d'une approche sectorielle efficace sont autant d'indicateurs des avantages de cette approche».

Les résultats en matière de santé ont progressé au Rwanda. La mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a chuté, revenant de 196/1 000 en 2000 à 103/1 000 en 2007, un progrès d'autant plus spectaculaire pour le quintile le plus pauvre, et la mortalité maternelle a chuté de 12 % par an depuis 2000. Ceci est dû au recours accru à des interventions sanitaires essentielles, comme la vaccination, les accouchements avec assistance, la planification familiale, et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le recours à la contraception est passé de 3 % en 2000 à 27,4 % en 2007 et la proportion d'accouchements avec assistance de 39 % à 52 % entre 2005 et 2007 (Sekabaraga *et al.*, 2010). L'amélioration des résultats en matière de santé peut être attribuée à l'augmentation des ressources et à la mise en œuvre des réformes sectorielles. Le financement a servi à renforcer le système de santé, et les réformes concernent l'assurance-maladie communautaire, le financement fondé sur la performance et la décentralisation fiscale. Le rôle de premier plan du gouvernement et la coordination de l'aide sous forme d'une SWAp ont énormément contribué à l'utilisation efficace de l'aide et à son alignement sur les priorités nationales (Sekabaraga *et al.*, 2010).

En Afrique du sud, l'interaction stratégique entre les partenaires au développement, les fondations et les fonds internationaux, conformément aux principes d'appropriation, d'alignement et d'harmonisation soutient l'introduction de nouvelles politiques et de nouveaux programmes nationaux, notamment une convention nationale sur la prestation de services ainsi que le développement d'un plan d'efficacité de l'aide sanitaire. La phase 2 de l'évaluation de mise en œuvre de la Déclaration de Paris évoque des «avancées significatives dans un secteur complexe».

En Tanzanie la mortalité infantile est passée de 99/1 000 à 58/1 000 et la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans de 147/1 000 à 91/1 000 entre 1997 et 2008, malgré un léger recul seulement de mortalité maternelle. L'évaluation des SWAp par la Banque mondiale (Vaillancourt, 2009) a noté de nettes améliorations dans la prestation de services en Tanzanie. Une étude récente mesurant la contribution de l'efficacité de l'aide aux résultats dans quatre régions (Zinnen, 2010) a révélé que, bien que le recours global aux services de santé n'ait pas évolué, les établissements de santé publics enregistraient une hausse des consultations. L'adoption d'une SWAp et d'un financement commun dans le secteur de la santé a joué un rôle décisif dans l'augmentation des ressources et contribué à la mise en œuvre de réformes clés dans le secteur de la santé, notamment la décentralisation, qui ont renforcé les systèmes sanitaires et conduit à des améliorations modestes dans la prestation de services et les résultats en matière de santé. Des progrès sont également à noter dans l'infrastructure, la formation et le recrutement du personnel de santé et la disponibilité des traitements, des fournitures et des matériels pour les programmes spécialisés par maladie, ce qui a conduit à l'élargissement de la couverture de la vaccination contre la rougeole, à la hausse du taux d'achèvement du traitement contre la tuberculose, et à une utilisation accrue de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les enfants. Toutefois, malgré l'engagement prononcé du gouvernement et des donateurs et les politiques raisonnablement bien mises en œuvre, les résultats restent modestes.

Cependant, l'efficacité de l'aide a des limites et l'ampleur de son impact dépend du succès de sa mise en œuvre par les pays partenaires. En Ouganda, par exemple les succès initiaux obtenus par le biais de la SWAp, notamment la forte augmentation des ressources du secteur de la santé et les progrès dans la réalisation des objectifs du plan stratégique du secteur de la santé (2000-05), semblent avoir été vains (Ortendahl, 2007). La phase 2 de l'évaluation de mise en œuvre de la Déclaration de Paris a conclu que les indicateurs en matière de santé avaient stagné ou régressé faute d'esprit d'initiative au niveau des postes clés, d'où une baisse du financement dans le secteur et l'absence d'amélioration des capacités du personnel au niveau régional, afin d'assurer le succès de la décentralisation de la prestation des services de santé.

Messages clés

- Attribuer les résultats en matière de santé aux meilleures pratiques de gestion de l'aide pose problème dans la mesure en raison des liens de causalité qui peuvent affecter ces résultats. Jusqu'à présent, l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé a mis principalement l'accent sur les processus et la coordination de l'aide plutôt que sur les impacts que ces processus pouvaient avoir sur la prestation des services de santé et les résultats. Il existe une pénurie notable d'analyses rigoureuses et d'études à l'échelle des pays concernant l'impact sur les résultats en matière de santé, ou bien d'analyses et d'études utilisant les principes de la Déclaration de Paris comme point de départ de l'analyse des résultats.
- Selon les données disponibles, l'efficacité de l'aide peut conduire à l'augmentation des ressources pour la santé et semble être liée à l'élargissement de la couverture et de l'utilisation de services essentiels, et à l'amélioration des prestations de services et des résultats de santé dans certains pays. Toutefois, l'efficacité de l'aide n'est pas le seul facteur à l'origine de ces changements.
- La détermination de priorités par le gouvernement concernant l'harmonisation, l'alignement et la coordination des donateurs, une puissante vision stratégique du secteur, des politiques et des programmes solides et l'utilisation pragmatique des ressources pour mettre en œuvre des réformes dans l'ensemble du système, sont des facteurs essentiels à l'amélioration des résultats en matière de santé. Cela dit, il existe encore bien des cas où, malgré les engagements certains du gouvernement et des donateurs et en dépit de politiques raisonnablement bien mises en œuvre, les résultats restent modestes.

References

- Bilal, N. *et al.* (2010), *Health Extension Workers in Ethiopia Improve Access and Coverage for the Rural Poor*
- GRAP-PA Santé (2011). What Results Can Reasonably Be Expected from the Implementation of the Paris Declaration in the Health Sector by 2011?
- IHP+Results (2011), *Strengthening Accountability to Achieve the Health MDGs*, Rapport d'activité annuel
- Ministère fédéral de la Santé (2010), *HIV and the Health-related MDGs: The Experience of Ethiopia*

- ODI (2008), *Is Water Lagging Behind in Aid Effectiveness? Lessons from Bangladesh, Ethiopia and Uganda*. Note d'information, septembre 2008, ODI, Londres
- OCDE (2009), *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do? An interim report*, TT HATS, OCDE, Paris
- Ortendahl (2007), *The Uganda Health SWAp: New approaches for a more balanced aid architecture?* Institut HLSP
- Pearson, M. (2010), *Impact Evaluation of the Sector-wide Approach in Malawi*, HRDC et DFID
- Samaké, S. et al. (2011), *The Results Achieved through Implementing the Paris Declaration in the Health Sector in Mali*, TT HATS, 2 février 2011, OCDE, Paris
- Schmidt, A. (2009), *Health Aid Effectiveness in Nepal*. Paris, Accra, *Civil Society and the Poor*, Action for Global Health.
- Sekabaraga, C. et al. (2010), *Innovative Financing for Health in Rwanda: A report of successful reforms*, Banque mondiale
- USAID/Abt Associates (2010), *The System-wide Effects of the Scale up of HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Services in Ethiopia*, USAID
- Vaillancourt, D. (2009) *Do Health Sector-wide Approaches Achieve Results? Emerging evidence and lessons from six countries*, Banque mondiale, IEG
- Vaillant, C. et al. (2010), *Country programme evaluation: Democratic Republic of Congo 2003-08*, Rapport d'évaluation EV704 du DFID
- Walford, V. et al. (2010), *Is Harmonisation and Alignment Improving the Effectiveness of Health Sector Aid?*, Institut HLSP
- Walford, V. (2007), *A Review of Health Sector-wide Approaches in Africa*, Institut HLSP
- Williamson, T. and C. Dom (2010), *Sector Budget Support in Practice: Synthesis report*, Mokoro et ODI
- You, D. et al. (2010), *Levels and Trends in Child Mortality, 1990-09*, Lancet, Volume 376, Numéro 9745
- Zinnen, V. (2011), *Sector-wide Approach and Health Service Delivery in Tanzania*, GRAP-PA Santé

Bibliographie

- Action for Global Health et DSW (2010), *Health Spending in Uganda: The impact of current aid structures and aid effectiveness*
- Action for Global Health (2011a), *Democratic Ownership and Civil Society Organisation Meaningful Engagement: Draft findings and recommendations*
- Action for Global Health (2011b), *Aid Effectiveness for Health: Towards the Fourth High Level Forum in Busan 2011. Making health aid work better*
- Action: Advocacy to Control TB Internationally (2010), *Aid without Impact: How the World Bank and development partners are failing to improve health through SWApS?*
- Alliance 2015 (2010), *The EU's Contribution to the Millennium Development Goals: Keeping the goals alive*
- Alliance européenne contre le paludisme. *Innovative Financing Mechanisms: Bridging the funding gap to achieve the MDGs*
- Alliance GAVI, Fonds mondial, Banque mondiale et OMS (2010), *Briefing Note: Consultation with Royal Government of Cambodia on the Implementation of the Health Systems Funding Platform*
- Alliance GAVI, Fonds mondial, Banque mondiale et OMS (2010a), *Implementing the Health Systems Funding Platform, Mise à jour des progrès pays, octobre 2010*
- Alliance GAVI, Fonds mondial, Banque mondiale et OMS (2010b), *Health Systems Funding Platform. Plan de travail, octobre 2010-juin 2011*
- Alliance GAVI et HLSP (2009), *GAVI Health Systems Strengthening Support Evaluation, Volume 2. Rapport complet d'évaluation, 30 septembre 2009*
- AMC, Advanced Market Commitments website, available at www.gavialliance.org/funding/pneumococcal-amc
- Assemblée générale de l'ONU (2009), *Progress Report on Innovative Sources of Development Finance*, Rapport du Secrétaire général, juillet 2009
- Atun, R. et M. Kazatchkine, (2009), *Promoting Country Ownership and Stewardship of Health Programmes: The Global Fund experience*. Journal AIDS (Revue sur le SIDA) Volume 52, Supplément 1, 1^{er} Novembre 2009
- Banque asiatique de développement, Gouvernement du Japon, DFID, Banque mondiale (2009), *Donor Coordination and Harmonisation in Bangladesh: A joint evaluation paper*
- Banque mondiale (2010), *IEG Evaluation of Trust Funds in the World Bank's Support for Development*, Document d'orientation

- Banteyerga, H. *et al.* (2010), *The System-wide Effects of the Scale-up of HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Services in Ethiopia*. Projet 20/20 des systèmes de santé, Abt Associates Inc
- Barr, J. *et al.* (2010), *DFID's China Country Programme 2004-09*, Rapport d'évaluation EV710 du DFID
- Baser, H. and P. Morgan (2001), *The Pooling of Technical Assistance: An overview based on field experience in six African countries*. Rapport de synthèse de l'ECDPM, Centre européen de gestion des politiques de développement
- Bilal, N. *et al.* (2010), *Health Extension Workers in Ethiopia Improve Access and Coverage for the Rural Poor*
- Cabral et Weinstock (2010), *Brazilian Technical Cooperation for Development: Drivers, mechanisms and future prospects*, Rapport pour le CAB et le DFID, ODI Londres
- Carlsson, B. *et al.* (2009), *Aid Effectiveness Agenda: Benefits of a European approach*, Commission européenne, Bruxelles
- Centre pour le Développement Global (2007), *Following the Money: Toward better tracking of global health resources*
- Chanana, D. (2010), *India's Transition to Global Donor: Limitations and prospects*, Real Instituto Elcano
- Chikwekwe *et al.* (2011) *Country Evaluation of the Implementation of the Paris Declaration in Zambia Phase II, Ministry of Finance and National Planning, Zambia*
- Christensen, B. (2010), *China in Africa: A macroeconomic perspective*. Document de travail n° 230 du Centre pour le Développement Global.
- Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant (2011), *Co-Chairs Summary Statement* (État récapitulatif des coprésidents), janvier 2011
- Commission européenne (2010), *The EU Role in Global Health*, Communication de la Commission européenne au Conseil de l'Europe, au Parlement européen, au Conseil économique et social et au Comité des régions, Commission européenne, Bruxelles
- Commission européenne (2008), *EU Toolkit for the Implementation of Complementarity and the Division of Labour in Development Policy*, Commission européenne, Bruxelles
- Commission européenne, *MDG Contracts and General Budget Support*, Commission européenne, Bruxelles
- Comité de développement international (2008), *Working Together to Make Aid more Effective*, Neuvième rapport de séance 2007-2008, Volume II. Chambre des Communes
- COWI, Goss Gilroy Inc et Epos (2007), *Joint External Evaluation of the Health Sector in Tanzania, 1999-2006*, Ministère des Affaires Étrangères du Danemark
- Département du Développement international (2011), *Revue de l'aide multilatérale*
- De Ferranti, D. and C. Griffin (2008), *Innovative Financing for Global Health: Tools for analysing the options*. Document de travail n° 2 pour l'Initiative mondiale de financement de la santé

- Dodd, R. and C. Lane (2010), *Improving the Long-Term Sustainability of Health Aid: Are global health partnerships leading the way?* Politique et Planification en matière de santé, 14 mai 2010
- Edstrom et Macgregor (2011), *The Pipers Call the Tunes in Global Aid for AIDS: The global fund architecture for HIV funding as seen by local stakeholders in Kenya, Malawi and Zambia* Journal of Global Health Governance, Numéro de l'Automne, décembre 2010
- Evidence to Policy Initiative (E2Pi) (2011), *The Health Systems Funding Platform*, Note d'information
- Evidence to Policy Initiative (E2Pi) (2011), *Estimating Benchmarks of Success in the Affordable Medicines Facility-malaria (AMFm) Phase I*
- FORO Nacional Internacional (2010), Étude supplémentaire. *Development resources beyond the current reach of the Paris Declaration*, septembre 2010
- Garrett, L. et E. Alavian (2010), *Global Health Governance in a G20 World*, Journal of Global Health Governance, Numéro de l'Automne, décembre 2010
- Fonds mondial (2010), *The Global Fund Aid Effectiveness Scorecard*, Fonds mondial, Genève
- Fonds mondial (2011), *Making a Difference: Global Fund results report 2011*, Fonds mondial, Genève
- Fonds mondial (non-daté), *How the Global Fund is Acting on Aid Effectiveness*, Fonds mondial, Genève
- Global Program Learning Group (2008), *Actions for aid effectiveness*
- Global Programs and Partnership Group (2008), *Global program funds: What have we learned at country level?*, Banque mondiale
- Godwin, P. (2009), *Presenting National Strategic Plans in HIV/AIDS to the Global Fund through the National Strategy Application Modality: Experiences from the three countries in the HIV First Learning Wave*
- Gouvernement du Malawi, Ministère des Finances, Division de la gestion de la dette et de l'aide (2010), *Towards a Division of Labour in Malawi. Donor mapping and report on a first phase exercise of in-country division of labour*, mars 2010
- GRAP-PA Santé (2011), *What Results can Reasonably be Expected from the Implementation of the Paris Declaration in the Health Sector by 2011?*
- Handley, G., D. Kizza et A. Musisi (2010), *How Unpredictable Aid Influences Service Delivery: Insight from the aggregate level and health sector. Étude de cas de l'Ouganda*. Mars 2010, ODI et CAPE.
- Harmer, A. et D. Basu Ray (2009), *Study on the Relevance and Applicability of the Paris Declaration on Aid Effectiveness in Humanitarian Assistance*, Groupe de travail sur la politiques humanitaire, ODI, Londres
- Hecht, R. et al. (2010), *Innovative Financing for Global Health: A moment for expanded US engagement?* Rapport du CSIS Global Health Policy Center, mars 2010
- Hedger, E. et P. de Renzio (2010), *What do Public Financial Management Assessments Tell Us About PFM Reform?* Note d'information, juillet 2010. ODI, Londres

- HLSP (2009), GAVI health systems strengthening support evaluation 2009
- Institut HLSP (2010), SWAps in the 21st century
- IITA (2011), IATI Update”. Secrétariat de l’IITA, février 2011
- IITA (2010), *Country pilot synthesis report*, mai-juin 2010
- IITA (2008), *International Aid Transparency Initiative: Accra Statement* 4th September 2008
- International Finance Facility for Immunisation (IFFim), disponible à www.iffim.org
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2010), *Financing Global Health*. IHME
- IHP+ (2010a), *Developing a country compact/partnership agreement: Is it worth the effort?*
- IHP+ (2010b), *Lesson Learning from the Joint Assessment of National Health Strategies: Use of the JANS in Vietnam*
- IHP+ (2010c), *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans: A review of recent experience*
- IHP+ (2010d), *Use of Joint Assessment of National Strategies (JANS) in Nepal in early 2010: Description and lessons*
- IHP+ (2010e), Troisième réunion des équipes nationales sectorielles IHP+ en matière de santé, Bruxelles, 9 au 10 décembre 2010. Rapport de réunion
- IHP+ (2010f), *Uniting for a Healthier Future*. Mise à jour N° 19. Mars 2010
- IHP+ (2010g), *Joint Assessment of National Health Strategies*, Mission de cadrage en Éthiopie du 4 au 8 février 2010. Note d’information
- IHP+, *International Financing Mechanisms to Support Health Systems Strengthening*
- IHP+Results (2011), *Strengthening Accountability to Achieve the Health MDGs*, Rapport d’activité annuel
- IHP+Results (2010), World Health Assembly IHP+Results Update (Mai 2010)
- Isenman, P. et al. (2010), *Global Funds: Allocation strategies and Aid Effectiveness*, Rapport final. ODI, Londres
- Killen, B. (2011), *Aid Effectiveness and Value for Money Aid: Complementary or divergent agendas as we head towards HLF4*. Présentation pour la manifestation britannique, Action Aid/ODI. 4 mars 2011
- Kragelund, P. (2010), *The Potential Role of Non-traditional Donors’ Aid in Africa*, Publication ICTSD Document n° 11
- KPMG (2011), *The Mozambique Paris Declaration Phase 2 Evaluation*, Ministry of Planning and Development, Mozambique
- Lu, C. et al. (2010), *Public Financing of Health in Developing Countries: A cross-national systematic analysis*, Lancet, Volume 375, Numéro 9723
- McCoy, D. et al. (2009), *Global Health Funding: How much, where it comes from and where it goes* Politique et planification en matière de santé, 24: 407-417

- McGee, R. and J. Gaventa (2010), *Review of Impact and Effectiveness of Accountability and Transparency Initiatives: Rapport de synthèse*, Institute of Development Studies
- MDG Gap Task Force (2010), *MDG 8: The Global Partnership for Development at a Critical Juncture*
- Michaud, J. et J. Kates, (2011), *The US Global Health Initiative: A country analysis*, février 2011, Fondation de la famille Kaiser
- Ministère fédéral de la Santé (2010), *HIV and the Health-related MDGs: The experience of Ethiopia*
- Moon, S. et T. Williamson, (2010), *Greater aid transparency: Crucial for aid effectiveness*, Note de projet n° 35, janvier 2010. ODI
- NORAD AHHA (2009), *The Global Health Landscape and Innovative International Financing for Health Systems: Trends and issues*, novembre 2009
- OCDE (2008), *Enquête 2008 de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris : Rendre l'aide plus efficace d'ici 2010*, OCDE, Paris
- OCDE (2008a), *Lessons for Development Finance from Innovative Financing in Health*, Rapport d'atelier, Paris, 7 octobre 2008, Forum mondial de l'OCDE sur le développement, OCDE, Paris
- OCDE (2009), *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do? An interim report*, TT HATS, OCDE, Paris
- OCDE (2009a), *Mutual accountability*, Synthèse n° 1. Juin 2009, OCDE, Paris
- OCDE (2009b), *Managing for Development Results Synthèse*, mars 2009, OCDE, Paris
- OCDE (2009c), *Innovative financing to fund development: Progress and prospects*, DCD Issues Brief. Novembre 2009, OCDE, Paris
- OCDE (2010a), *2010 Report on Aid Predictability: Survey on donors' forward spending plans 2010-12*, décembre 2010, OCDE, Paris
- OCDE (2011), *Mapping of Some Important Innovative Finance for Development Mechanisms*. Working Party on Statistics, 7 février 2011, OCDE, Paris
- OCDE (2011a), *Réunion d'experts sur le financement innovant pour le développement*, OCDE, Paris
- OCDE (2011b), *How we Measure Results, for What and for Whom: Summary note of the experts' meeting*, Paris, 2 au 3 février 2011, OCDE, Paris
- OCDE (2011c), *Improving Donor Support to Domestic Accountability: Draft Report*, mars 2011, OCDE, Paris
- ODI (2010), *Brazil: An Emerging Aid Player. Lessons on emerging donors and South-South and trilateral cooperation*, Note d'information, N° 64. Octobre 2010, ODI, Londres
- ODI (2009), *Aid Effectiveness through the Recipient Lens*, Note d'information n° 55. Novembre 2009, ODI, Londres
- ODI (2008), *Is Water Lagging Behind in Aid Effectiveness? Lessons from Bangladesh, Ethiopia and Uganda*. Note d'information, septembre 2008, ODI, Londres

- ODI et CAPE (2010), *Extent, Influences on, and Consequences of Aid Unpredictability: A synthesis report*, ODI, Londres
- OMS (2010), *Rapport sur la santé dans le monde. Chapter 2: More money for health*, OMS, Genève
- OMS (2010), *Réforme de l'ONU. Mise à jour. Numéro 11, février 2010*, OMS, Genève
- OMS (2009), *Initial Summary Conclusions: Maximising positive synergies between health systems and Global Health Initiatives*, OMS, Genève
- OMS (2005), *Harmonisation and Alignment: Key resources*, OMS, Genève
- ONUSIDA (2010). *Regional Evaluation of the Three Ones in West and Central Africa*
- ONU (2001), *Déclaration d'Abuja de lutte contre le VIH/SIDA et les autres maladies infectieuses connexes*, Abuja, Nigeria, 24-27 avril 2001
- ONU (2010a), *How Delivering as One Adds Value. Stories and testimonies from eight pilot programme countries*
- ONU (2010b), *Le rapport 2010 sur les OMD*
- ONU (2010c), *Stories from the Delivering as One pilot countries*
- Ooms, G. et al., (2010), *Applying the Principles of AIDS 'Exceptionality' to Global Health: Challenges for global health governance*, Global Health Governance, Volume IV, n° 1.
- Ortendahl (2007), *The Uganda Health SWAp: New approaches for a more balanced aid architecture?* Institut HLSP
- Partenariat mondial pour l'aide basée sur les résultats (2010), *Rapport annuel 2009*, Banque mondiale.
- Paul, E. et al. (2011), *Is Budget Support a Solution for Financing the Health Sector in Developing Countries?*, Présentation
- Paul, E. et al. (2010), *Improving Aid Effectiveness but Waiting for Results: What are the missing links?*
- Pearson, M. et al. (2009), *Global Health Partnerships and Country Health Systems: The case of Cambodia*
- Pearson, M. (2010), *Impact Evaluation of the Sector-wide Approach in Malawi*, HRDC et DFID
- Pearson, M. (2010a), *Results-Based Aid and Results-Based Financing: What are they? Have they delivered results?*, Institut HLSP
- Pearson, M. (2008), *IHP+: Expanding Predictable Finance for Health Systems Strengthening and Delivering Results*, Document d'information, HLSP
- Pereira, J. (2009), *Ethiopia: Aid effectiveness in the health sector*, Action for Global Health
- Pereira, J. (2009), *Zambia: Aid effectiveness in the health sector*, Action for Global Health
- Piva, P. et R. Dodd (2009), *Where Did All the Aid Go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years*, Bulletin de l'OMS n° 87, 930-939

- Publiez ce que vous financez (2010), *Aid Transparency Assessment. The Global Campaign for Aid Transparency*
- Ravishankar, N. et al. (2009), *Financing of Global Health: Tracking development assistance for health from 1990 to 2007*, Lancet 373(9681), 2113-2124
- Rogerson, A. et S. Steensen, (2009), *Aid orphans: Whose responsibility?*, Note de développement, Numéro 1, octobre 2009. OCDE, Paris
- Rothmann, I., A. Canavan, et al. (2011), *Moving towards a Sector-wide Approach (SWAp) for Health in Fragile States: Lessons learned on the state of readiness in Timor Leste, Sierra Leone and Democratic Republic of Congo*, Document de travail KIT, Série H5, Amsterdam.
- Rowlands, D. (2008), *Emerging Donors in International Development Assistance: A synthesis report*, janvier 2008, CRDI
- Samaké, S. et al. (2011), *The Results Achieved through Implementing the Paris Declaration in the Health Sector in Mali*, TT HATS, 2 février 2011, OCDE, Paris
- Schmidt, A. (2009), *Health Aid Effectiveness in Nepal. Paris, Accra, Civil Society and the Poor*, Action for Global Health.
- Sekabaraga, C. et al. (2010), *Innovative Financing for Health in Rwanda: A report of successful reforms*, Banque mondiale
- Severino, J-M. et O. Ray (2009), *The End of ODA. Death and Rebirth of a Global Public Policy*, Document de travail n° 167 du Centre pour le développement mondial
- Slob, A. and A. Jerve (2008), *Managing Aid Exit and Transformation: Lessons from Botswana, Eritrea, India, Malawi and South Africa*, Rapport de synthèse. SIDA, Ministère des Affaires Étrangères des Pays-Bas, NORAD, Danida
- Smith, G. et V. Leyaro, (2010), *How Unpredictable Aid Influences Service Delivery: Insight from the aggregate level and health sector*, Étude de cas de la Tanzanie, février 2010, ODI et CAPE
- Société financière internationale (2008), *The Business of Health in Africa: Partnering with the private sector to improve people's lives*
- Société financière internationale (2011), *Kenya Case Study for TT HATS Synthesis Report*
- Spicer et al. (2010), *National and Sub-national HIV/AIDS Coordination: Are global health initiatives closing the gap between intent and practice?* Mondialisation et Santé, 2010 6:3
- Tavakoli, H. et E. Hedger (2010), *Aid Effectiveness in Malawi: Options appraisals and budget support* Note de projet, N° 47, septembre 2010. ODI
- UNITAID (2009), *Rapport annuel 2009*
- USAID (non-daté), *Partnerships for Growth: Key messages*
- USAID (2011), *Public Financial Management Risk Assessment Framework*, janvier 2011
- USAID (2010), *Final Draft USAID Project Design Guidance, Revitalising project design*, novembre 2010

- USAID (2010), *Country Development Cooperation Strategy Guidance*, Version n° 2, mai 2010
- USAID/Abt Associates (2010), *The System-wide Effects of the Scale up of HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Services in Ethiopia*, USAID
- Vaillancourt, D. (2009), *Do Health Sector-wide Approaches Achieve Results? Emerging evidence and lessons from six countries*, Banque mondiale, IEG
- Vaillant, C. *et al.* (2010), *Country Programme Evaluation: Democratic Republic of Congo 2003-08*, Rapport d'évaluation EV704 du DFID
- Walford, V. *et al.* (2010), *Is Harmonisation and Alignment Improving the Effectiveness of Health Sector Aid?*, Institut HLSP
- Walford, V. (2007), *A review of health sector wide approaches in Africa*, Institut HLSP
- Welle, K. *et al.* (2008), *Is water lagging behind in aid effectiveness? Lessons from Bangladesh, Ethiopia and Uganda*. Document d'information, septembre 2008
- Wild, L. and P. Domingo (2010a), *Accountability and Aid in the Health Sector*, Note de projet N° 46, juillet 2010, ODI et World Vision, Londres
- Wild, L. and P. Domingo (2010b), *Aid and Accountability in Health: Country findings*. Note de projet N° 45, septembre 2010, ODI et World Vision, Londres
- Wild, L. and P. Domingo (2010c), *Aid and Accountability in Health: Key themes and recommendations*, Note de projet N° 44, septembre 2010, ODI et World Vision, Londres
- Williamson, T. et S. Moon (2010), *Reinvigorating the Pursuit of more Effective Aid in Uganda*, Note d'information, septembre 2010, ODI, Londres
- Williamson, T. and C. Dom (2010), *Sector Budget Support in Practice: Synthesis report*, Mokoro et ODI
- Williamson, T., Z. Agha *et al.* (2008), *Building Blocks or Stumbling Blocks? The effectiveness of new approaches to aid delivery at the sector level*, Organe consultatif pour l'Irish Aid
- Wood, B. *et al.* (2010), *Évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, Phase 2*. Projet de rapport des premières conclusions du 15 novembre 2010, Copenhague
- Wood, B. *et al.* (2011), *L'Évaluation de la Déclaration de Paris, Phase 2, rapport final*, Copenhague
- Wood, B. *et al.*, (2010 et 2011), *Évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, Phase 2. Rapport des donateurs: Banque asiatique de développement ; Australie ; Danemark ; Irlande ; Allemagne ; Japon ; Pays-Bas ; Suède ; UK. Rapports nationaux : Bangladesh; Malawi; Mozambique; Népal ; Afrique du Sud ; Ouganda ; Vietnam ; Zambie ; Cambodge*, Copenhague
- You, D. *et al.* (2010), *Levels and Trends in Child Mortality, 1990-09*, Lancet, Volume 376, Numéro 9745
- Zinnen V (2011), *Sector-wide Approach and Health Service Delivery in Tanzania*, GRAP-PA Santé

Annexe A : Définitions

Aide : (i) soutien apporté aux pays en développement par des pays, des organismes, des ONG ou des fondations, sous forme de dons en espèces, de prêts à intérêt réduit, de dons en nature ou bien d'un mélange de ces formes de soutien (ii) abréviation désignant des apports de ressources dans le cadre d'une assistance ou d'une aide publique au développement, selon les critères utilisés par l'OCDE.

Aide aux projets (ou aide-projet) : une aide affectée à un objectif particulier où a un groupe distinct d'activités.

Approches-programme (PBA) une coopération pour le développement fondée sur le principe d'un soutien coordonné pour les programmes de développement locaux tels qu'une stratégie nationale pour le développement, un programme sectoriel, thématique ou le programme d'une organisation spécifique. Les approches-programme ont les caractéristiques suivantes : (i) du pays ou de l'organisation d'accueil ; (ii) un cadre complet et unique regroupant programme et budget ; (iii) un processus formalisé pour la coordination des donateurs et l'harmonisation des procédures utilisées par les donateurs pour la présentation de rapports, l'élaboration du budget, la gestion financière et la passation des marchés et, iv) des efforts visant à accroître l'utilisation de systèmes locaux dans la mise au point et la mise en œuvre des programmes, la gestion financière, le suivi et l'évaluation.

Approches sectorielles (SWAp) : une approche sectorielle est une approche-programme au niveau sectoriel, dans le cadre de laquelle le financement des donateurs sert à soutenir une politique sectorielle unique et complète et un programme indépendant, conformément à un cadre macroéconomique solide, sous la direction du gouvernement. De nombreuses approches sectorielles appliquent la gestion commune des ressources émanant de plusieurs donateurs pour soutenir la mise en œuvre d'une stratégie sectorielle. Des projets supplémentaires d'assistance technique visant le renforcement des systèmes, des capacités et des aides au projet d'un pays peuvent également faire partie d'une approche sectorielle s'ils sont étroitement associés à des efforts multi-donneurs à l'initiative du pays ayant pour but l'organisation de l'aide conformément aux principes des approches-programme.

Appui budgétaire : une aide directement inscrite au budget d'un pays pour être versée selon ses propres systèmes d'affectation des ressources, de passation des marchés et systèmes comptables. L'appui budgétaire est une aide non liée qui est accordée pour étayer une stratégie nationale de développement. Pour certains pays et donateurs, l'appui budgétaire est considéré comme une forme idéale d'assistance, automatiquement alignée sur les programmes et les systèmes du pays.

Appui budgétaire sectoriel : une aide transférée à la Trésorerie nationale en soutien à un groupe restreint de politiques de développement ou de réforme, comme prévu dans la stratégie sectorielle, avec pour cible le développement de secteurs particuliers et les objectifs de ces réformes.

Financement budgétaire/hors-budget. L'intégration (ou l'absence d'intégration) des ressources internes, telles que les redevances d'utilisation ou les amendes, ou externes) par le processus budgétaire du gouvernement bénéficiaire.

Plan Cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) : (i) un outil permettant de lier politique, planification et élaboration du budget dans un cadre à moyen terme (trois ans) pour l'ensemble de l'administration publique et au niveau sectoriel. Il consiste en une enveloppe budgétaire descendante, une estimation ascendante des coûts actuels et à moyen terme associés aux politiques existantes et, enfin, la mise en correspondance de ces coûts avec les ressources disponibles dans le cadre du processus d'élaboration du budget annuel; (ii) un plan glissant, en général sur trois ans, dont l'objectif consiste à traduire le plan stratégique national en organisation du travail, affectation des ressources et identification des différentes tâches pour leur mise en œuvre, et à établir un lien entre ce plan stratégique national et les plans opérationnels. Le cadre de dépenses à moyen terme est souvent bidimensionnel : d'une part, identification des priorités nationales en matière d'investissement, mise à jour du cadre de suivi et d'évaluation, détermination de l'enveloppe budgétaire intégrale; d'autre part, affectation des ressources aux objectifs et prévision des besoins futurs en ressources et de la disponibilité des ressources.

Annexe B : Donneurs émergents et efficacité de l'aide dans le secteur de la santé

Les donateurs non traditionnels jouent un rôle de plus en plus important dans l'aide au développement. Selon le rapport du Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des OMD, dans le cadre de l'OMD8, l'aide apportée par les pays n'appartenant pas au CAD s'accroît, avec des contributions substantielles des pays qui dépendent ou non du CAD-OCDE. On trouve, parmi ces donateurs, les membres de l'OPEP (Koweït, Arabie Saoudite, Venezuela et Émirats arabes unis), les pays à revenu intermédiaire, les pays donateurs émergents (Brésil, Chine, Inde, Afrique du Sud, Thaïlande, Turquie et Fédération de Russie) ainsi que d'autres pays (Iran, Corée et Taïwan). Cependant, il existe de grandes différences entre les contributions estimées de ces donateurs. La *Supplementary Study on Development Resources Beyond the Current Reach of the Paris Declaration* (Prada, F. et al.) indique que, selon une série de données les apports venant de donateurs extérieurs au CAD et qui peuvent être considérés comme une Aide publique au développement s'élèvent à environ 12,3 à 14,4 milliards d'USD en 2008. Ces chiffres sont basés sur diverses sources (notamment the *Reality of Aid* 2010, Kragelund 2008, Shuchan and Marcoux 2010). Bien que ce montant soit similaire à la fourchette de 9,5 à 12,1 milliards d'USD avancée par l'étude commandée par l'ONU en 2006 (ECOSOC, 2008), il est supérieur d'environ 300 % à l'estimation de l'OCDE, qui évalue ce montant à un peu moins de cinq milliards d'USD en 2005 (OCDE, 2007). Cette dernière étude conclut également que :

- Les données disponibles présentent des déficiences significatives du point de vue des modalités, des modèles d'affectations des ressources et de l'utilisation d'instruments et de conditions spécifiques, et de la transparence dans les rapports.
- On se demande si une grande proportion des transferts effectués par les donateurs extérieurs au CAD au profit des pays en développement peut être considérée comme APD. En contrepartie, ces sources de financement accroissent la diversité des canaux d'acheminement de l'aide et des instruments financiers destinés au développement.
- Il n'est pas certain que les apports de financement provenant de pays extérieurs au CAD respectent bien les principes de la Déclaration de Paris.
- Il est nécessaire de mettre en place des systèmes inclusifs afin de promouvoir la coordination, l'harmonisation et la transparence dans le contexte de l'architecture générale de l'aide.

Un bref examen de la littérature consultée pour ce rapport, portant plus particulièrement sur le Brésil, la Chine et l'Inde, fait ressortir les problèmes suivants :

On ne dispose pas de données complètes et exactes sur la contribution du Brésil, de l'Inde et de la Chine, que ce soit, de manière globale ou pour des secteurs spécifiques comme la santé. Il est difficile d'obtenir des informations sur les engagements et les

apports d'aide (Kragelund, 2010). Dans le cas du Brésil, par exemple, AidData¹ indique un montant total égal à 15,2 millions d'USD pour 2008 alors que celui de « The Reality of Aid » est pratiquement 23 fois plus élevé, à 340 millions d'USD pour 2010 (FORO Nacional Internacional, 2010). D'après l'évaluation de la Déclaration de Paris, phase 2, on peut remarquer, dans tous les pays où les donateurs non traditionnels sont présents, que la provenance des ressources est moins transparente. On ne dispose aussi que de données factuelles limitées sur la qualité, l'impact et la valeur ajoutée de l'aide provenant des donateurs émergents et il serait nécessaire de faire une étude plus approfondie en suivant les critères définis par les pays bénéficiaires (ODI, 2010).

Le manque d'informations reflète la fragmentation de l'aide entre diverses institutions. Une revue du CRDI (Centre de recherche pour le développement international) note que « les structures administratives des programmes d'aide au développement sont généralement assez diffuses et peu coordonnées. La plupart des pays ont subordonné à d'autres ministères leurs agences de coordination de l'aide au développement » (Rowlands, 2008). Au Brésil par exemple, la coopération pour le développement est assurée par l'intermédiaire de divers ministères, d'instituts de recherche et d'organismes privés. De la même façon, en Chine, plusieurs ministères sont concernés, même si les dispositions institutionnelles de la Chine sont réputées être mieux coordonnées que celles du Brésil ou de l'Inde, par l'intermédiaire du Département de l'aide étrangère au sein du Ministère du commerce. L'Inde envisagerait l'établissement d'un organisme d'aide centralisé en vue d'améliorer la cohérence de ses programmes de développement.

Les objectifs politiques et économiques sont au centre du développement. L'aide au développement met l'accent sur les avantages mutuels, sur les intérêts stratégiques et commerciaux (Rowlands, 2008). La Chine et l'Inde ciblent généralement le soutien aux secteurs productifs plutôt qu'aux secteurs sociaux. Ainsi, la Chine a-t-elle apporté une aide de plus en plus importante à l'Ouganda au cours des années, qui s'est principalement orientée vers le développement d'infrastructures, la coopération technique et les activités à caractère commercial. L'Inde a également accru son engagement en Ouganda, mais, une fois de plus, dans le domaine du commerce et de l'investissement (Kragelund, 2010). L'évaluation de la Déclaration de Paris, phase 2, concernant le Malawi, a indiqué que la Chine semble se concentrer sur les infrastructures et que ce pays, et d'autres donateurs émergents poursuivent des intérêts économiques stratégiques qui sont la raison principale de leurs investissements dans le domaine du développement.

Il existe des exemples d'engagement multilatéral. La Chine contribue pour un montant estimé à 50 millions d'US\$ à chacun des Fonds africain et asiatique de développement. La Chine participe aussi financièrement au Fonds mondial et elle est membre du conseil représentant la région du Pacifique occidental depuis sa création (Barr et al., 2010). Dans la Politique africaine de la Chine (2006), il est indiqué, au sujet de la coopération multilatérale : « La Chine est prête à approfondir la consultation et la coordination avec l'Afrique dans le cadre de systèmes commerciaux multilatéraux et d'institutions financières [...] Elle intensifiera sa coopération avec d'autres pays et organismes internationaux pour soutenir le développement de l'Afrique et aider à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement sur le continent ». Le Fonds mondial a aussi mobilisé le soutien de gouvernements donateurs très divers, dont la Chine, le Koweït, le Nigéria, la Russie, l'Arabie Saoudite, l'Afrique du Sud, la Corée du Sud, la Thaïlande et la Turquie.

L'engagement dans les mécanismes de coordination des donneurs sur le terrain est limité. Au Népal, par exemple, où la Chine et l'Inde sont d'importants donneurs dans le secteur de la santé, il n'existe aucune interaction avec les donneurs traditionnels ni aucun engagement dans les processus de coordination. Le manque d'engagement est attribué à des contraintes de capacités institutionnelles et techniques – contrairement aux donneurs traditionnels bilatéraux, le Brésil, la Chine et l'Inde n'ont pas de missions de développement ou de personnel dans les pays (ODI, 2010) et également à une préférence pour la collaboration par le biais de structures dispositions institutionnelles alternatives. Par exemple, l'Inde collabore par le biais de structures telles que le Forum sur la coopération pour le développement. Les donneurs émergents sont insuffisamment incités à s'engager dans les mécanismes de coordination d'aide existants, et cela pose problème (Chanana, 2010). On note cependant une évolution. Ainsi, la Chine a travaillé avec d'autres donneurs dans le cadre d'une programmation régionale dans la sous-région de Mékong et en partenariat avec la Banque asiatique de développement. L'Inde a joué un rôle positif, dans des initiatives conjointes, à la suite du tsunami survenu dans l'Océan indien en 2004. L'accord IBSA entre l'Inde, le Brésil et l'Afrique du Sud en est un autre exemple. Le Brésil s'est engagé plus activement avec les autres donneurs, surtout par le biais de partenariats trilatéraux avec un donneur traditionnel et un pays bénéficiaire. Il existe quelques exemples de partenariat entre le Brésil et l'Allemagne, le Japon et le Royaume-Uni. L'USAID et le DFID se sont tous deux engagés bilatéralement avec la Chine, en sa qualité de pays donneur, et il sera possible de poursuivre dans cette voie.

L'aide aux projets est la norme, centrée sur l'infrastructure, l'équipement et l'assistance technique. Dans le domaine de la santé, par exemple, dans le cadre de la coopération du Forum pour la coopération de la Chine et de l'Afrique, la Chine s'est engagée à fournir l'équipement médical et les matériels de lutte contre le paludisme entre 2010 et 2012, pour une valeur de 500 millions de RMB, et à former 3 000 médecins et infirmières en Afrique (Christensen, 2010). Les engagements précédents se rapportaient à la formation, à la construction d'hôpitaux et à la fourniture de médicaments antipaludéens (Kragelund, 2010).

Sous l'auspice de la TT HATS, l'OMS conduit actuellement une étude pour évaluer la contribution des BRIC au secteur de la santé² et déterminer dans quelle mesure leur approche respecte les principes de la Déclaration de Paris.

Notes

1. Les données d'AidData ont été lancées en mars 2010 en vue d'améliorer le suivi de l'aide et la transparence.
2. Brésil, Fédération de Russie, Inde et Chine.

Références

- Barr, J. *et al.* (2010), *DFID's China Country Programme 2004-2009*, DFID Evaluation Report EV710
- Chanana, D. (2010), *India's Transition to Global Donor: Limitations and prospects*. Real Instituto Elcano

- China's African Policy (2006), cité dans Prada, F., U. Casabonne and K. Bezanson (2010) *The Supplementary Study on Development Resources Beyond the Current Reach of the Paris Declaration*, Copenhagen, octobre 2010
- Christensen, B. (2010), *China in Africa: A macroeconomic perspective*, Center for Global Development Working Paper 230
- ECOSOC (2008), *Trends in South-South and Triangular Development Cooperation: Background study for the Development Cooperation Forum*, Geneva
- Kragelund, P. (2008), cited in Prada, F., U. Casabonne and K. Bezanson (2010) *The Supplementary Study on Development Resources Beyond the Current Reach of the Paris Declaration*, Copenhagen, octobre 2010
- Kragelund, P. (2010), *The Potential Role of Non-traditional Donors' Aid in Africa*, ICTSD Issue Paper 11
- MDG Gap Task Force (2010), *MDG 8: The global partnership for development at a critical juncture*
- ODI (2010), *Brazil: An emerging aid player. Lessons on emerging donors and South-South and trilateral cooperation*. Briefing Paper, No 64. octobre 2010
- OCDE (2007) Statistical Annex 2006, Development Cooperation Report. OCDE, Paris
- Prada, F., U. Casabonne and K. Bezanson (2010) *The Supplementary Study on Development Resources Beyond the Current Reach of the Paris Declaration*, Copenhagen, October 2010
- Reality of Aid (2010) *Aid and Development Effectiveness: Towards human rights, social justice and democracy. The Reality of Aid 2010 Report*, IBON books
- Rowlands, D. (2008), *Emerging Donors in International Development Assistance: A synthesis report*, janvier 2008, IDRC
- Shuchan and Marcoux (2010), cite dans Prada, F., U. Casabonne and K. Bezanson (2010) *The Supplementary Study on Development Resources Beyond the Current Reach of the Paris Declaration*, Copenhagen, octobre 2010

Annexe C : Résumé des fiches d'évaluation d'IHP+Results sur la performance des partenaires au développement et des gouvernements nationaux

Indicateur	Mesure de la performance standard	AusAID	Belgique	UE	GAVI	GFATM	Pays-Bas	Norvège	Espagne	Suède	GB	ONUSIDA	FNUAP	UNICEF	OMS	Banque mondiale
1DP	Partenaire a signé un engagement relatif au pacte national IHP+ (ou a documenté le soutien qui lui est offert) ou un accord équivalent, s'il existe.	✓	✓	✓	→	→	✓	✓	→	→	✓	→	✓	✓	✓	✓
2DPa	Pourcentage des flux d'aide offert au secteur de la santé qui est indiqué dans les budgets nationaux sectoriels.	!	!	→	?	✓	!	!	✓	✓	→	→	!	✓	→	✓
2DPb	Pourcentage du soutien actuel alloué au renforcement des capacités offert par le biais de programmes coordonnés correspond aux stratégies et plans nationaux du secteur de la santé.	?	✓	✓	—	—	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2DPc	Pourcentage de l'aide allouée au secteur de la santé, fourni en tant qu'approche-programme.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	→	✓	→	✓	!	✓	✓	✓
3DP	Pourcentage de l'aide allouée au secteur de la santé, fourni dans le cadre d'engagements pluriannuels.	→	✓	✓	✓	!	✓	✓	!	✓	✓	—	✓	!	!	✓
4DP	Pourcentage des décaissements de l'aide allouée au secteur de la santé conformément aux calendriers convenus dans des cadres annuels ou pluriannuels.	→	?	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5DPa	Pourcentage de l'aide au secteur de la santé qui utilise les systèmes nationaux de passation des marchés.	✓	✓	!	—	✓	✓	!	✓	✓	→	?	→	→	!	!
5DPb	Pourcentage de l'aide allouée au secteur de la santé qui utilise les systèmes de gestion des finances publiques.	✓	✓	✓	?	✓	✓	!	✓	✓	✓	?	→	→	!	✓
5DPc	Nombre d'unités de mise en œuvre de projets parallèles (UEP), par pays.	✓	!	→	—	✓	✓	!	✓	✓	→	—	✓	✓	✓	!
6DP	Partenaire utilise le cadre unique d'évaluation de la performance nationale, s'il existe, comme base principale d'évaluation des progrès accomplis (du soutien apporté au secteur de la santé).	✓	→	→	!	✓	✓	✓	→	→	✓	✓	→	→	✓	✓
7DP	Partenaire a participé à une évaluation conjointe des progrès quant à la mise en œuvre des engagements dans le secteur de la santé, y compris en ce qui concerne l'efficacité de l'aide, si un processus d'évaluation mutuel existe.	✓	→	✓	!	—	✓	—	→	✓	✓	✓	→	✓	→	✓
8DP	Données factuelles sur le soutien offert pour que la société civile soit représentée activement dans les processus relatifs aux politiques du secteur de la santé, notamment la planification, la coordination et les mécanismes d'examen dans le secteur de la santé.	✓	→	→	→	→	✓	✓	→	→	→	✓	→	→	→	→

Indicateur	Mesure de la performance standard	Burkina Faso	Burundi	RDC	Djibouti	Éthiopie	Mali	Mozambique	Népal	Niger	Nigeria
		1G	Pacte IHP+ ou accord mutuel équivalent en place.	→	✓	!	→	✓	✓	✓	✓
2Ga1	Stratégies et plans nationaux du secteur de la santé mis en place avec des objectifs et des budgets actuels.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2Ga	Stratégies et plans nationaux du secteur de la santé mis en place avec des objectifs et des budgets actuels qui ont été conjointement évalués.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3G	Proportion du financement public alloué à la santé.	→	→	?	→	!	!	!	→	→	!
4G	Proportion du financement affecté au secteur de la santé qui a été décaissé par rapport au budget annuel approuvé.	→	!	?	✓	?	!	→	✓	!	✓
5Ga	Les systèmes de gestion des finances publiques pour le secteur de la santé soit : (a) se conforment à de bonnes pratiques généralement admises ; soit (b) disposent d'un programme de réforme en place en vue de s'y conformer.	✓	✓	!	!	✓	✓	✓	!	✓	!
5Gb	Les systèmes nationaux de passation des marchés pour le secteur de la santé soit : (a) se conforment à de bonnes pratiques généralement admises ; soit (b) disposent d'un programme de réforme en place en vue de s'y conformer.	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
6G	Un cadre d'évaluation de la performance convenu, transparent et dont le suivi est assuré, est utilisé pour évaluer les progrès accomplis dans le secteur de la santé.	✓	✓	!	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
7G	Des évaluations mutuelles telles que les examens conjoints sectoriels annuels en matière de santé, ont été faites sur les progrès réalisés en ce qui concerne la mise en œuvre d'engagements dans le secteur de la santé, notamment en ce qui concerne l'efficacité de l'aide.	→	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓	→
8G	Données factuelles indiquant que la société civile est représentée activement dans les processus relatifs aux politiques du secteur de la santé, notamment la planification, la coordination et les mécanismes d'examen dans le secteur de la santé.	✓	✓	✓	?	✓	✓	?	✓	✓	?

Source: IHP+Results Annual Progress Report 2011

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Pour une meilleure aide au développement

L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé

PROGRÈS ET ENSEIGNEMENTS

Sommaire

- Chapitre 1. Renforcer l'appropriation nationale et les plans nationaux
- Chapitre 2. Utiliser et renforcer les systèmes nationaux dans le secteur de la santé
- Chapitre 3. Harmoniser d'avantage l'aide au secteur de la santé
- Chapitre 4. Améliorer la prévisibilité et la transparence de l'aide au secteur de la santé
- Chapitre 5. Renforcer la responsabilité mutuelle et nationale pour obtenir des résultats plus durables en matière de développement
- Chapitre 6. L'efficacité de l'aide et son impact sur les résultats en matière de santé

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2012), *L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : Progrès et enseignements*, Pour une meilleure aide au développement, Éditions OCDE.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264174658-fr>

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site www.oecd-ilibrary.org et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.