



POUR UNE EFFICACITÉ DE L'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT (APD) DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ :

ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

CCF DE COTONOU, 14 AVRIL 2011

Elisabeth Paul

Université de Liège / GRAP-PA Santé

E.Paul@ulg.ac.be

Plan de la présentation

- I. Le nouveau paradigme de l'aide et ses enjeux
- II. L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé
- III. L'agenda pour l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé en pratique
- IV. Conclusion

I. Le nouveau paradigme de l'aide et ses enjeux

I.1 Introduction: quelques concepts

- Plusieurs types d'aide:
 - Dons
 - Prêts
 - Assistance technique, dons en nature
 - Aide d'urgence / humanitaire / alimentaire
- Plusieurs acteurs:
 - Organisations internationales / multilatérales
 - Agences de coopération bilatérales
 - ONG
 - Nouveaux acteurs: fonds globaux, PPP, coopération Sud-Sud, ...

I.2 L'évolution des modalités d'aide

- Années 1960: Approche projet
- Années 1980: Approche macroéconomique et programmes d'ajustement structurel
 - Consensus de Washington
 - Décennie perdue pour le développement?
- Années 1990: Remise en question de l'aide:
 - « Fatigue » de l'aide (% déficits budgétaires au Nord, fin de la guerre froide)
 - ⇔ *L'aide n'est plus légitime que si elle est efficace*
 - Evaluations et études pilotes sur l'efficacité de l'aide → Réformes du système de l'aide (CAD/OCDE)
 - Réduction de la pauvreté → Initiative PPTE (1996), DSRP (1999)
 - « Approche programme »

I.2 L'évolution des modalités d'aide

- Années 1990-2000: Emergence d'un nouveau paradigme « partenarial » de l'aide:
 - En réponse aux causes identifiées de l'inefficacité de l'aide
 - Principes sous-jacents: Critères de performance de l'aide (CAD/OCDE), appropriation nationale (*ownership*), participation, coordination des bailleurs, vision holistique du développement, ...
 - Outils de mise en œuvre: DSRP, approche programme/sectorielle, appui budgétaire
- 2000: Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
- Depuis 2003: Initiatives en faveur de l'efficacité de l'aide

I.3 L'approche programme / sectorielle

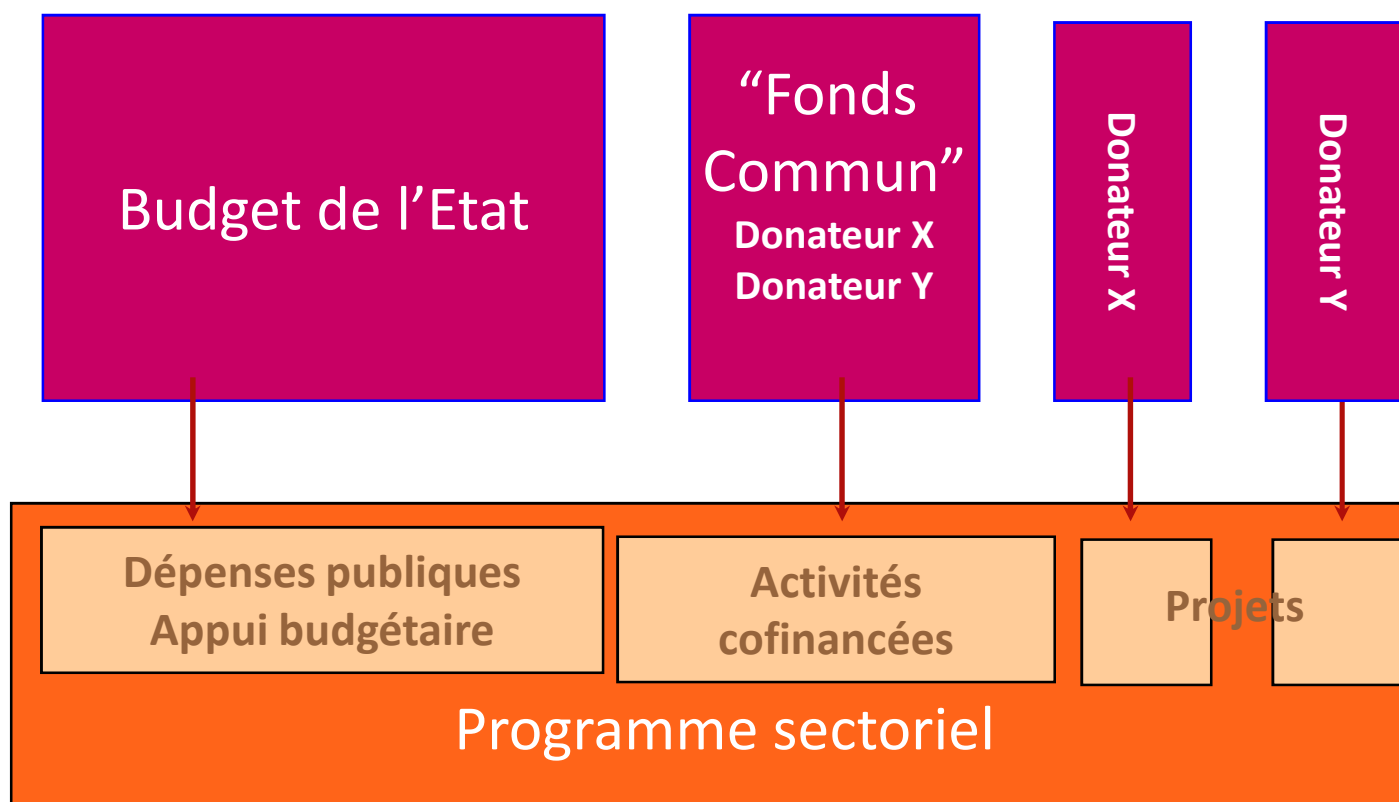
- Approche programme = un appui coordonné à la mise en œuvre d'un programme national
- Caractéristiques (définition du LENPA):
 - Pilotée par le pays hôte
 - Cadre programmatique et budgétaire unique et détaillé
 - Processus formalisé pour la coordination entre donateurs et l'harmonisation de leurs procédures en matière de notification, de budget, de gestion financière et de passation des marchés
 - Efforts pour développer l'utilisation des systèmes nationaux dans la conception et la mise en œuvre des programmes, la gestion financière, le suivi et l'évaluation

I.3 L'approche programme / sectorielle

- Approche sectorielle = une approche programme au niveau d'un secteur
- Définition retenue:
 - C'est une méthode de travail entre un gouvernement et des bailleurs de fonds...
 - ... qui travaillent ensemble à la mise en place progressive d'une politique et d'une stratégie sectorielles complètes et cohérentes...
 - Soit, une approche commune pour l'ensemble d'un secteur
- *A différencier des modalités de financement*

I.3 L'approche programme / sectorielle

Le financement des programmes sectoriels peut faire appel à divers outils:



I.3 L'approche programme / sectorielle

- Principaux éléments caractéristiques:
 - Politique et stratégies sectorielles
 - Cadre budgétaire complet et cohérent, à moyen terme
 - Processus de coordination des parties prenantes, sous le leadership du gouvernement (MS)
 - Cadre commun de suivi-évaluation des performances
 - Plan de développement des capacités
 - Engagement vers l'harmonisation des procédures
- L'approche sectorielle n'est pas un modèle rigide, mais un processus dynamique
- Ne pas confondre la fin (améliorer la performance du secteur) et les moyens (les processus formels) ⇔ besoin d'analyses des enjeux du secteur et de réformes

I.4 Les engagements en faveur de l'efficacité de l'aide

- CAD/OCDE → Forums de Haut Niveau (HLF) sur l'efficacité de l'aide:
 - 2003: Déclaration de Rome sur l'harmonisation
 - 2005: Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide:
 - 5 principes: Appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle
 - 12 indicateurs
 - 2008: Programme d'action d'Accra
 - 2011: HLF-4 à Busan (Corée)

I.4 Les engagements en faveur de l'efficacité de l'aide

- Union Européenne: Code de conduite sur la complémentarité et la division du travail (2007):
 - Secteurs focaux / non focaux dans les pays
 - Accords de donateur principal // Accords de coopération / partenariat délégués
 - Secteurs stratégiques par donateur
 - Nombre limité de pays prioritaires par donateur

I.5 Difficultés et enjeux de mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide

- Du côté des pays partenaires:
 - Difficultés:
 - Contextes fragiles et instables
 - Faiblesses institutionnelles
 - Mismanagement (et parfois corruption)
 - Les réformes prennent du temps
 - Enjeux:
 - Elaborer le DSRP et les programmes sectoriels
 - Diriger la coordination des donateurs
 - Améliorer la gestion financière et des marchés publics
 - Renforcer les capacités d'analyse, de planification, de gestion
 - Renforcer le système de suivi-évaluation (cadre commun d'évaluation des résultats)

I.5 Difficultés et enjeux de mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide

- Du côté des donateurs:

- Difficultés:

- Contraintes légales / financières : procédures des agences
 - Contraintes politiques >< concentration, ...
 - Souhait de visibilité
 - Craintes liées à la perte de maîtrise des actions
 - Difficulté à « lâcher » le contrôle administratif
 - Visions divergentes du développement
 - Manque de communication
 - La coordination prend du temps

I.5 Difficultés et enjeux de mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide

- Du côté des donateurs:
 - Enjeux: changer leur façon de travailler:
 - Objectif ≠ fourniture directe de services → appui au développement des capacités du pays partenaire
 - S'inscrire dans les stratégies nationales
 - Utiliser les systèmes de gestion nationaux
 - Partager l'information + actions / missions conjointes
 - Contrôle administratif → dialogue sur les résultats
 - Réduire le nombre de secteurs d'intervention
 - Changer le profil de l'assistance technique
 - ⇔ Privilégier les « approches programmes / sectorielles »
 - ⇔ Le projet peut néanmoins trouver sa place (instrument de financement, situations d'urgence, projets pilotes, ...)

I.5 Difficultés et enjeux de mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide

- Emergence de nouveaux acteurs de la coopération:
 - Bailleurs non traditionnels : Chine, Inde, Libye, Koweït, ...
 - Initiatives globales / verticales (surtout dans la santé)
- ↔ *Opportunités vs. risques*

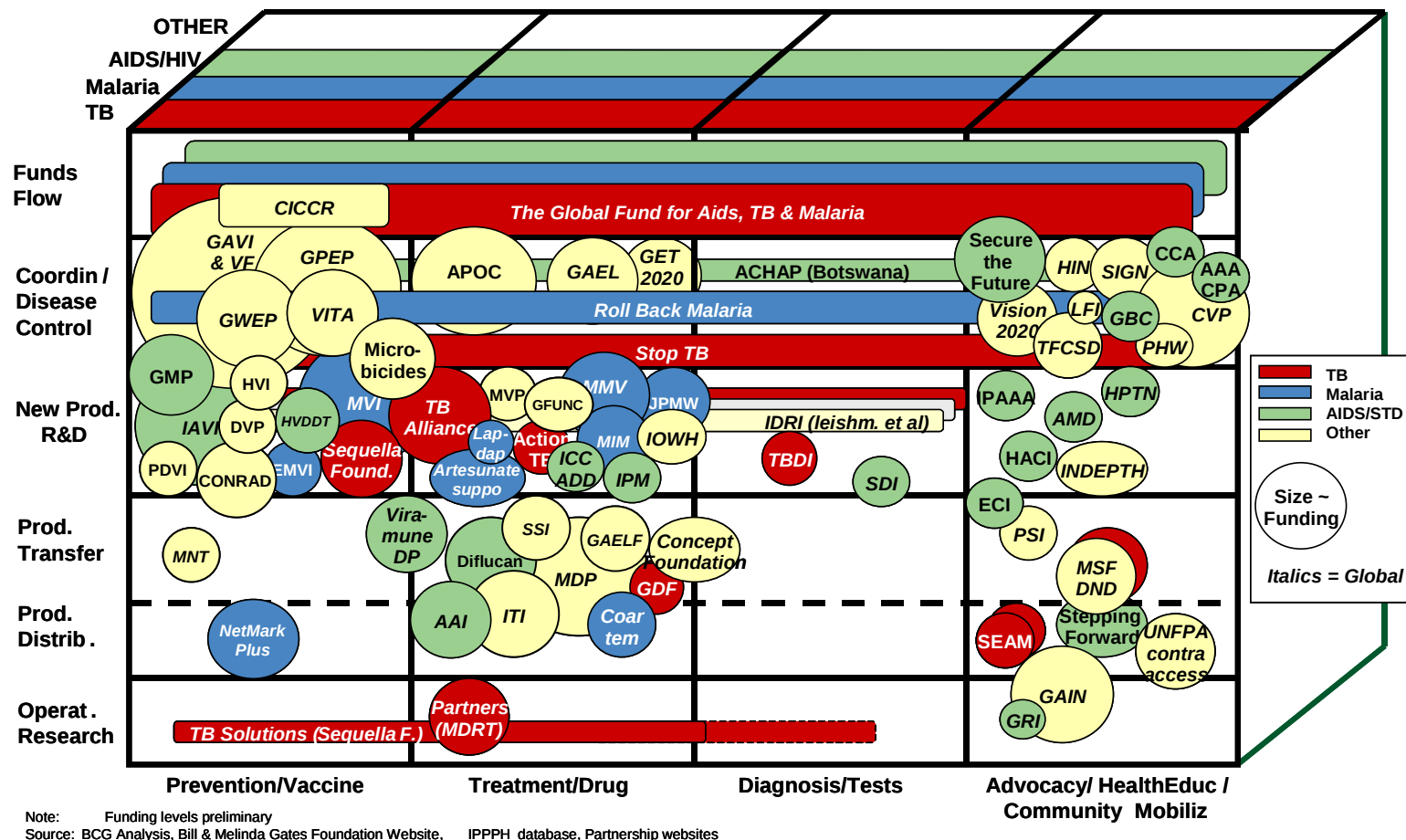
II. L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé

II.1 Le contexte

- La santé est un secteur extrêmement complexe, dépendant d'autres facteurs / secteurs pour les résultats
- L'architecture de l'aide en santé est extrêmement complexe à son tour:
 - Multitude d'acteurs
 - Différences d'approches (verticales vs. horizontales, ...)
 - Complexité accrue par l'explosion récente des initiatives globales pour la santé (GHIs)
- Préoccupation internationale pour la « *Global Health* »

II.1 Le contexte

La prolifération des GHIs/GHPs:



II.2 L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé: quels défis?

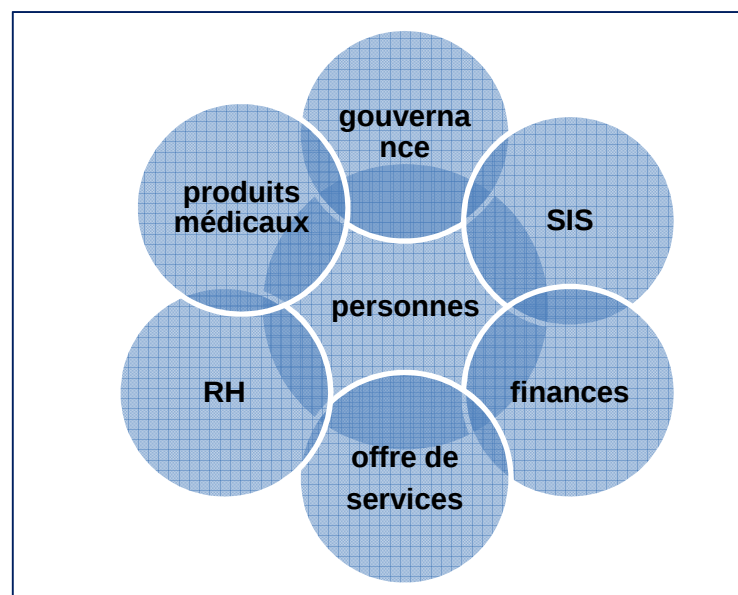
- Alignement sur les systèmes, priorités et institutions nationaux
- Soutien au processus de programmation et de planification
- Soutien au système d'information sanitaire
- Meilleure harmonisation et division du travail
- Respecter / favoriser le leadership du pays hôte
- Passer de l'attribution à la contribution aux résultats
- Progresser dans domaines clés pour la santé

↔ *En faveur de l'approche sectorielle*

[Recommandations du TT HATS, Rencontre à Bamako, mars 2010]

II.2 L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé: quels défis?

- « Interventions à haut impact »...
 - ... Mais pour garantir leur efficacité / efficience, nécessité de renforcer le système de santé
- ↔ 6 « *building blocks* » (OMS)



II.3 Les engagements en faveur de l'efficacité de l'aide en santé: l'IHP+

- 2007: *International Health Partnership* et initiatives liées (IHP+)
- Objectifs:
 - Accroître efforts et ressources en vue d'atteindre les OMD
 - Opérationnaliser la DP et l'AAA dans le secteur de la santé
- 50 membres:
 - Organismes internationaux
 - Donateurs bilatéraux
 - 25 pays en développement
- Contributions volontaires

II.3 Les engagements en faveur de l'efficacité de l'aide en santé: l'IHP+

- **Fonctionnement: pas de structure propre:**
 - « Core team »: secrétariat (OMS / BM)
 - « Scaling-Up Reference Group » (SURG): direction stratégiques et diffusion de l'information
 - « Executive team »: équipe inter-agences pour les orientations techniques
 - « Groupes de travail thématiques »: groupes ponctuels
- **Mise en œuvre: équipes nationales en charge du programme sectoriel**
- **Suivi et évaluation: « IHP+ Results »**
 - Consortium Nord-Sud indépendant

II.3 Les engagements en faveur de l'efficacité de l'aide en santé: l'IHP+

- IHP+ Global Compact
 - Compacts nationaux:
 - Ethiopie, Mali, Mozambique, Népal, Bénin, Niger, Nigeria
 - Eléments constitutifs:
 - Un cadre national unique de développement sectoriel
 - Un cadre unique de résultats (matrice commune)
 - Un CDMT unique
 - Un cadre commun de suivi, de rapportage et d'évaluation (revue sectorielle, etc.)
 - Un cadre unique de financement
- ⇔ L'IHP+ repose sur les mêmes fondements que l'approche sectorielle!
- ⇔ Valeurs ajoutées: redevabilité mutuelle, prévisibilité des financements

II.4 Perspectives

- **Opportunités:**
 - « Synergies positives »: intégration des GHIs pour renforcer les systèmes de santé?
 - Financements innovants?
 - Augmentation de la prévisibilité de l'aide?
- **Préoccupations relatives à l'IHP+:**
 - Le rôle de l'IHP+ n'est pas bien compris de tous ⇔ clarifier!
 - Risque de se précipiter sans consolider les bases (= l'approche sectorielle)
 - Mécanisme d'évaluation à revoir pour:
 - Arriver à un moment où le processus a déjà produit des résultats
 - Reposer davantage sur l'expérience des protagonistes
 - Ne pas tout standardiser et laisser place à une « évaluation réaliste »

III. L'agenda pour l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé en pratique

III.1 L'IHP+ au Mali

- Situation de départ: Approche sectorielle au PRODESS:
 - Dynamique lancée en 1998 avec le PRODESS I
 - Processus institutionnalisé, géré par les organes pérennes du MS
 - Planification “bottom-up”
 - Respect des politiques du PRODESS
 - Meilleure coordination
 - Revues conjointes
 - Procédures PRODESS
 - ABS dès 2006 (cadre conjoint)
 - Améliorations au niveau formel + impacts

III.1 L'IHP+ au Mali

- **Le Compact/IHP+:**
 - Signature du Compact global fin 2007
 - Préparation du Compact national en 2008-2009, qui a reposé sur:
 - La prolongation du PRODESS II // horizon du CSCR 2007-2011
 - La finalisation du Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé
 - La finalisation de la Politique Nationale et du Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines
 - La révision du CDMT faisant ressortir les liens entre les financements et les résultats
 - L'accord sur une matrice commune de suivi
 - Consolidation de la dynamique partenariale
 - Intégration des comités de l'ABS dans le suivi du Compact
 - Début de mise en œuvre de la redevabilité mutuelle autour de la GAR

III.2 L'IHP+ au Bénin

- Situation de départ:
 - Désengagement des PTF du secteur (financiers – techniques)
 - ⇔ *ABG aux dépens de la Santé: a-t-on sauté une étape?*
 - Donateurs restants très fragmentés
 - Problèmes politiques / de gouvernance au sein du MS
 - Besoin d'améliorer la gestion du secteur, d'augmenter les ressources allant à la Santé et de mettre en commun les efforts pour réformer
 - ⇔ *Besoin d'une approche sectorielle*
- Embryon d'une approche sectorielle:
 - Préparation du PNDS
 - Début de coordination des PTF >< peu d'implication du MS

III.2 L'IHP+ au Bénin

- Processus IHP+ au Bénin:
 - Signature du Compact global en 2009
 - Préparation du Compact national début 2010
 - Signature du Compact et du Protocole d'Entente le 12/11/2010, entre le MS, le MFE et 5 PTF: UNICEF, OMS, UNFPA, BM, Be
 - Processus piloté par l'UNICEF dans le cadre du « *Delivering as One* » (harmonisation des agences des N-U)
 - Compact = plutôt un MoU autour du PTD du MS:
 - Compact «minimaliste» dont les éléments sous-jacents ne sont pas tous définis / consolidés
 - Sans doute utile pour faire avancer les choses en matière d'harmonisation

III.3 Le SWAp Santé en Tanzanie

- Processus SWAp depuis 1998
- Progrès constatés:
 - Appropriation par le gouvernement / les communautés
 - Renforcement des capacités du MS en termes de planification et de gestion financière
 - Augmentation du budget du secteur + des facilités
 - Mise en œuvre de réformes en profondeur du système de santé
 - Décentralisation réussie (existence de 2 « basket funds »: central + districts)
 - Disponibilité des médicaments, équipements, ...
 - Bâtiments, nombre de structures de soins, ...
 - Éléments de la GRH: salaires, formations, ...

III.3 Le SWAp Santé en Tanzanie

- Peu ou pas de progrès constatés:
 - Qualité des soins
 - Réduction des coûts de transaction dans le chef du gouvernement et des bailleurs
 - Pénurie des ressources humaines (>< augmentation du nombre de structures)
 - Conditions de travail
 - Système de référence
 - Taux de mortalité maternelle
 - Efficience au niveau opérationnel
- Forte de son SWAp, la Tanzanie n'a pas souhaité rejoindre l'IHP+

IV. Conclusion

IV. Conclusion

- Agenda international pour l'efficacité de l'aide:
 - Conditionne la légitimité de l'aide
 - Consensus sur les principes (même si certains sont contradictoires)...
 - ... Mais difficultés et enjeux pour la mise en œuvre
- Nécessité particulière d'augmenter l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé:
 - Complexité du secteur et de l'architecture de l'aide
 - Un instrument privilégié: l'approche sectorielle → l'IHP+
 - Importance de renforcer le système de santé

IV. Conclusion

- Toutefois, il est très difficile d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide ⇔ besoin d'analyses à trois niveaux:
 - Le processus de mise en œuvre et les changements de comportement conséquents (ou pas)
 - Le renforcement du système de santé
 - Les résultats sanitaires
- ⇔ Besoin de nouvelles méthodes (mixtes: qualitatives/quantitatives) d'évaluation
- ⇔ Besoin de temps!

Quelques références...

- World Bank, 1998, “Assessing Aid: What Works, What Doesn’t, and Why”, *World Bank Policy Research Report*, New York: Oxford University Press
- Cassels A, 1997, “A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements”, WHO, Geneva
- Lavergne R & Alba A, 2003, “Guide d’introduction aux approches programmes à l’ACDI”, Agence Canadienne de Développement International
- IHP: www.internationalhealthpartnership.net
- IHP+ Results: www.ihpresults.net
- Synthèses de la littérature et notes techniques: www.grap-swap.be et www.grap-pa.be
- Working Party on Aid Effectiveness: www.oecd.org/dac/effectiveness
- Task Team Health as a Tracer Sector (TT HATS): www.oecd.org/dac/effectiveness/health

Merci pour votre aimable attention

E.Paul@ulg.ac.be