



3<sup>ème</sup>

# Forum de Haut Niveau sur l'Efficacité de l'Aide au Développement

2-4 SEPTEMBRE 2008 • ACCRA • GHANA

# UNE AIDE EFFICACE



une meilleure  
santé



BANQUE MONDIALE



OCDE



Organisation  
mondiale de la Santé

# UNE AIDE EFFICACE UNE MEILLEURE SANTE

rapport établi pour le Forum de haut niveau d'Accra  
sur l'efficacité de l'aide

2-4 septembre 2008



**BANQUE MONDIALE**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

## **Catalogage à la source : bibliothèque de l'OMS**

Une aide efficace pour une meilleure santé : rapport établi pour le Forum de haut niveau d'Accra sur l'efficacité de l'aide, 2-4 septembre 2008.

1. Économie de la santé. 2. Financement du secteur de la santé. 3. Dépenses de santé. 4. Coût de la maladie. 5. Développement. I. Organisation mondiale de la santé. II. Organisation de coopération et de développement économiques. III. Banque mondiale.

ISBN 978 92 4 159695 4

(Classification NLM : W 74)

© Organisation mondiale de la santé 2008

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé peuvent être obtenues sur demande aux Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (tél. : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Prière d'adresser les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'OMS – pour la vente ou une diffusion non commerciale – aux Éditions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; courriel : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, ces données sont publiées sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. Le lecteur est responsable de leur interprétation et de leur utilisation. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de l'utilisation de cette publication.

# Table des matières

		Résumé	01
<i>Introduction</i>	::	<i>Pourquoi l'aide en faveur de la sante est importante</i>	05
<i>Partie 1</i>	::	Evolution de l'aide en faveur de la santé	07
<i>Partie 2</i>	::	Enseignements tires de l'expérience des pays	16
<i>Partie 3</i>	::	Préoccupations actuelles et orientations futures	23
<i>Partie 4</i>	::	Programme d'action	36
<i>Annexe 1</i>	::	Définitions générales	38
<i>Annexe 2</i>	::	Tableau de APD dans les pays les moins avancés	40
		Bibliographie	41

# Remerciements

Le présent rapport a été établi sous la direction et la responsabilité de l'Équipe de projet sur la santé en tant que secteur de référence (TT-HATS). L'Équipe de projet a été créée officiellement au début d'avril 2008 afin de préparer la contribution relative au secteur de la santé au troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide organisé à Accra, au Ghana, du 2 au 4 septembre 2008.

**La TT-HATS compte parmi ses membres :** Edward Addai (Ghana), Geoff Adlidge (GAVI Alliance), Prerna Banati et Daniel Low-Beer (Fonds mondial), Nejmudin Kadir Bilal (Éthiopie), Andrew Cassels, Rebecca Dodd et Rania Kavar (OMS), Mukesh Chawla et Julian Schweitzer (Banque mondiale), Tim Martineau (ONUSIDA), Liz Mataka (Zambia National AIDS Network), Élisabeth Sandor (OCDE), DIA Timmermans (UNFPA), Or Vandine (Cambodge), Pascal Villeneuve (UNICEF).

**Les principaux auteurs du rapport sont :** Andrew Cassels, Rebecca Dodd, Christopher Lane et Paolo Piva (OMS), Ed Bos (Banque mondiale), Jacqueline Mahon (FNUAP), Élisabeth Sandor (OCDE). Rania Kavar (OMS) a assuré la coordination générale et la production de ce rapport.

Une aide précieuse a été apportée sous forme de contributions, d'examen mutuels, de suggestions et de critiques par Clare Ferguson (collaboratrice indépendante), Robert Fryatt, Helena Nygren-Krug et Wim Van Lerberghe (OMS), Frazer Goodwin (European Public Health Alliance, Action for Global Health Network), Pablo Gottret (Banque mondiale), Nina Ingenkamp (Fonds mondial), Brenda Killen (OCDE), Javier Martinez (HLSP), Salif Samaké (Mali), Bjorg Sandkjaer (GAVI Alliance).

La Direction de la coopération pour le développement – Statistiques – de l'OCDE a apporté un soutien considérable aux travaux.

Le rapport a été préparé pour publication par Helen Palmer et Dorothy van Schooneveld, avec l'appui de Noela Fitzgerald, Margaret Inkoom et Aline Renert pour les aspects administratifs et de production.

**Conception et mise en page :** Darren Douglas

**Coordination de l'impression :** Pascale Françoise Broisin et Frédérique Robin-Wahlin

La production de cette publication a été rendue possible par le généreux soutien financier du Ministère allemand de la coopération économique et du développement (BMZ), par la KfW Entwicklungsbank et par l'Agence suédoise de coopération pour le développement international (Sida).

# RÉSUMÉ

## ***L'aide en faveur de la santé ne laisse pas indifférent***

L'aide en faveur de la santé frappe l'imagination du public : la lutte contre la maladie est souvent la première chose qui vient à l'esprit lorsqu'on parle d'aide extérieure. Ces dernières années, l'aide en faveur de la santé a plus que doublé pour s'établir d'après des sources gouvernementales et privées, autour de 16.7 milliards USD en 2006. Cette aide donne des résultats tangibles, épargnant la vie de millions d'individus et préservant les moyens de subsistance de leur famille. Le défi à relever maintenant consiste à porter le montant de l'aide à des niveaux qui permettent d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement<sup>1</sup>. Pour ce faire, il faut montrer que l'aide en faveur de la santé est utilisée de manière efficace et que les dispositions prises pour relever les défis identifiés dans la Déclaration de Paris se traduisent par des améliorations réelles dans la vie des populations.

## ***Un grand progrès a été réalisé vers la réalisation des OMD mais il y a encore beaucoup à faire***

Dans le domaine de la santé, la lutte contre la mortalité infantile progresse de façon considérable, dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne et, même dans cette zone, l'amélioration est frappante dans certains pays. C'est dans les pays qui connaissent les taux de prévalence du VIH très élevés ou ceux qui sont en situation de conflit que le recul de la mortalité infantile est le plus lent. Il y a eu cependant, ces dernières années, des avancées spectaculaires du point de vue de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le nombre de bénéficiaires passant d'environ 240 000 en 2001 à près de 3 millions en 2007. Il subsiste toutefois de grandes inégalités en matière de santé selon les pays et à l'intérieur d'un même pays. De plus, la lenteur du progrès en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle est très préoccupante. S'il est vrai que, dans les pays à revenu intermédiaire, la mortalité maternelle diminue depuis 1990, l'amélioration est négligeable en Afrique subsaharienne.

## ***Le secteur de la santé permet de tester les efforts visant à accroître l'efficacité de l'aide en général***

L'aide a grandement contribué à l'amélioration observée jusqu'à présent dans le domaine de la santé. Le présent rapport vise à montrer qu'une plus large adhésion à la Déclaration de Paris accélérerait encore la progression dans ce domaine. Le secteur de la santé permet de tester les efforts visant à accroître l'efficacité de l'aide en général. L'amélioration de l'efficacité de l'aide en faveur de la santé est déjà réelle : prévisibilité accrue de l'aide, harmonisation plus poussée des efforts des divers donateurs, meilleur alignement de l'aide sur les priorités des pays, et plus grande responsabilité – des donateurs et des bénéficiaires – quant aux résultats obtenus grâce à l'aide. Il est cependant nécessaire d'étendre ces réalisations à un plus grand nombre de pays et d'élargir le groupe d'acteurs qui interviennent dans le domaine de l'aide.

---

1. Les Objectifs du millénaire pour le développement qui se rapportent directement à la santé sont l'Objectif 4 – Réduire la mortalité infantile, l'Objectif 5 – Améliorer la santé maternelle, l'Objectif 6 – Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

## ***L'aide en faveur de la santé est fragmentée, avec des disparités criantes entre pays et à l'intérieur des pays***

L'analyse des tendances observées au cours de la décennie écoulée fait apparaître une fragmentation de l'aide en faveur de la santé en une multitude de petits projets, plus de deux tiers de l'ensemble des engagements portant sur des montants inférieurs à 500 000 USD. Une fraction relativement faible des ressources va directement au budget des pays, et une part importante sert à financer des projets régionaux et plurinationaux. Il est, de ce fait, plus difficile pour les pays en développement d'influer sur la destination de l'aide et la forme sous laquelle elle leur est fournie. Le présent rapport montre qu'il faut encore axer beaucoup plus l'aide en faveur de la santé sur les priorités des pays et, chaque fois que possible, la faire passer par leurs plans nationaux en matière de santé. Dans les pays qui arrivent à mettre en place de solides programmes nationaux, comme le Mali, l'aide en faveur de la santé devient mieux coordonnée et plus cohérente. Au niveau mondial, cependant, il est nécessaire d'assurer une meilleure concordance entre les besoins des différents pays et le soutien que les donateurs leur apportent pour les aider à y faire face. Les disparités entre pays sont criantes – la Zambie reçoit 20 USD par personne pour la santé alors que le Tchad reçoit à peine 1.59 USD. De même, à l'intérieur des pays, les ressources offertes par les donateurs sont souvent concentrées dans un domaine particulier tel que le VIH, au détriment d'autres priorités, comme c'est le cas au Cambodge.

## ***Le volume des ressources consacrées à la santé s'est accru, mais l'aide pourrait être mieux alignée sur les priorités nationales***

La santé est une priorité pour un nombre croissant de nouveaux organismes de financement tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Il y a lieu de se féliciter de cette diversité et de cette innovation, qui aident à mobiliser des montants de ressources beaucoup plus élevés. Cependant, le grand nombre de mécanismes d'acheminement peut aussi être source de difficultés lorsqu'il s'agit de coordonner l'aide et de l'aligner sur les priorités des pays. Certains pays en développement deviennent dépendants de donateurs particuliers, et de plus en plus vulnérables au moindre changement de comportement de ces derniers. Il faut qu'une part plus importante des ressources apportées dans le cadre d'initiatives et de programmes à grand retentissement serve à financer directement les propres stratégies et plans des pays, et que l'on s'efforce de rendre ces financements aussi durables et prévisibles que possible.

## ***Il est aussi indispensable d'investir dans l'édification de systèmes nationaux efficaces***

La question de savoir en quoi l'aide peut favoriser la mise en place de systèmes nationaux efficaces revêt une importance particulière dans le secteur de la santé. Il est indispensable que les pays disposent d'hôpitaux et de cliniques bien gérés, d'agents de santé qualifiés et de filières efficaces d'achat de médicaments pour améliorer réellement l'état de santé de leur population. Cependant, la mise en place de cette infrastructure se révèle être une tâche difficile dans laquelle l'aide au développement a joué jusqu'à présent un rôle mitigé. Si l'on prend l'exemple d'une région de la Tanzanie, l'on constate que la mortalité infantile a diminué de moitié en dix ans (1997-2006) par suite d'investissements massifs dans les systèmes locaux, notamment du fait de l'adoption de nouveaux outils de planification et de gestion et du renforcement du système d'information dans le secteur de la santé.

## ***Des initiatives innovantes ont été prises dans le secteur de la santé afin d'harmoniser l'action des différents donateurs***

Des approches sectorielles larges, qui consistent à mettre en commun le soutien des donateurs, sont maintenant adoptées dans de nombreux pays. Une étude de cas sur la République kirghize montre qu'une plus grande coordination améliore la prévisibilité des apports d'aide. Le Partenariat international pour la santé (International Health Partnership – IHP+) va encore plus loin que l'approche sectorielle large en établissant des contrats par pays afin de simplifier la gestion de l'aide en faveur de la santé. La nécessité d'une division efficace du travail entre donateurs dans chaque pays, en fonction de l'avantage comparatif de chacun, est aussi une des clés de l'harmonisation qui a, jusqu'à présent, donné des résultats mitigés.

## ***La prévisibilité des flux d'aide est déterminante dans le domaine de la santé***

La prévisibilité des flux d'aide est déterminante dans le domaine de la santé, où tant de coûts sont récurrents, notamment la rémunération du personnel et les traitements médicamenteux de longue durée utilisés dans le cas des affections chroniques. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé sur sept importants donateurs d'aide en faveur de la santé révèle une progression des engagements dans ce domaine portant sur au moins cinq ans, mais l'OMS conclut qu'il est possible d'améliorer encore les règles et réglementations existantes des donateurs. Il faut offrir les incitations appropriées pour que les organismes d'aide prennent des engagements à plus long terme et coordonnent mieux leur action avec celle d'autres organismes. La Facilité internationale de financement pour la vaccination représente une innovation à saluer pour le financement à long terme de la santé.

## ***De nouveaux types de partenariats pour le développement renforcent la responsabilité***

La reddition de comptes sur les résultats obtenus grâce à l'aide est en train d'être renforcée dans le secteur de la santé par de nouveaux types de partenariats pour le développement. Le Partenariat international pour la santé et les nouveaux contrats par pays prévoient des engagements précis pour les gouvernements et les partenaires au développement. Une étude de cas sur l'Éthiopie illustre la façon dont ces mécanismes de responsabilisation pourraient fonctionner. La société civile fait aussi pression et suit de près les réalisations des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, les obligeant à rendre davantage de comptes au public sur les résultats. L'Uganda Debt Network, par exemple, recourt à un système de suivi et d'évaluation au niveau des communautés pour s'assurer que l'argent libéré par les allègements de dette soit redirigé vers les établissements de santé afin de profiter à ceux qui en ont le plus grand besoin.

## ***Un progrès est possible même dans les pires situations***

Les pays au sortir d'un conflit ont été identifiés comme un terrain particulièrement intéressant pour tester les efforts d'amélioration de l'efficacité de l'aide. La difficulté avec les États fragiles, dans le domaine de la santé comme dans les autres secteurs, est de trouver un équilibre entre l'obtention de résultats immédiats qui permettent de sauver des vies et la contribution au renforcement des capacités du pays. Des travaux menés récemment en République démocratique du Congo illustrent de façon saisissante le progrès qui peut être réalisé dans les pires situations. Sous l'effet de l'action dynamique exercée de base au sommet par le Ministère de la santé, le système de santé du pays, totalement délabré, commence à reprendre vie.

## ***Les droits de l'Homme et l'égalité homme-femme sont cruciaux pour assurer l'efficacité de l'aide***

Comme dans tous les secteurs, ces éléments doivent faire partie intégrante de tous plans et stratégies en matière de santé. L'égalité homme-femme et le renforcement du pouvoir des femmes ont un rôle particulièrement important à jouer dans l'amélioration des résultats dans le domaine de la santé – les activités qui favorisent le développement des femmes créent un cercle vertueux. Si les femmes sont exclues, c'est l'inverse. Ce phénomène est mis en évidence dans une étude de cas sur le Népal, qui décrit une initiative visant à donner davantage de poids aux femmes de caste inférieure pour les questions de santé maternelle et de prestation de services.

## ***Le secteur de la santé concentre toutes les difficultés principales que pose l'amélioration de l'efficacité de l'aide.***

Il apporte la preuve qu'il est possible de surmonter ces difficultés et que, lorsque cela est fait, les résultats suivent. Le fait que le secteur de la santé est nettement axé sur les *résultats* rappelle en permanence la finalité fondamentale des efforts visant à rendre l'aide plus efficace. Les critères de réussite des initiatives adoptées ne pourraient pas être plus percutants : protéger les populations de la mauvaise santé, assurer des soins et des services de santé adaptés et de qualité et, en fin de compte, sauver des vies.

## ***Ce rapport fait ressortir des exemples positifs et souligne les difficultés qui restent à surmonter***

En rédigeant le présent rapport, l'Équipe de projet sur la santé en tant que secteur témoin a tenté de présenter de façon objective les exemples positifs aussi bien que les difficultés qui persistent. Le rapport s'appuie sur une série de nouvelles analyses et études de cas menées en vue du Forum de haut niveau d'Accra. Il comprend quatre parties. La première partie passe en revue l'évolution de l'aide en faveur de la santé au plan mondial, analysant plus particulièrement la façon dont l'augmentation de l'aide a été utilisée et les modalités et formules de financement qui influent sur la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. La deuxième partie s'appuie sur une série d'études de cas réalisées sur différents pays – Rwanda, Ouganda, Cambodge, Vietnam, Éthiopie, République kirghize, Mali et Tanzanie – et portant sur l'expérience acquise dans la pratique du point de vue des principaux piliers de la Déclaration de Paris. La troisième partie est consacrée à l'examen des problèmes actuels et des orientations futures, faisant ressortir les travaux récents sur le financement prévisible, présentant les faits nouveaux intervenus dans le domaine de la responsabilité mutuelle avec les contrats par pays, et les innovations qui ont vu le jour sur des questions transversales telles que l'égalité homme-femme et les droits de l'homme. On trouvera dans la dernière partie un résumé des principaux messages et recommandations, qui suit le plan et la présentation du Programme d'action d'Accra.

# ***INTRODUCTION : POURQUOI L'AIDE EN FAVEUR DE LA SANTE EST IMPORTANTE***

L'aide en faveur de la santé ne laisse pas indifférent. Cette forme d'action frappe l'imagination du public : la lutte contre la maladie est souvent la première chose qui vient à l'esprit lorsqu'on parle d'aide extérieure. Ces cinq dernières années, l'aide en faveur de la santé a plus que doublé et a donné des résultats tangibles, épargnant la vie de millions d'individus et préservant les moyens de subsistance de leur famille. Le défi à relever maintenant consiste à porter le montant de l'aide à des niveaux qui permettent d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Pour ce faire, il faut montrer que l'aide en faveur de la santé est utilisée de manière efficace et que les dispositions prises pour relever les défis identifiés dans la Déclaration de Paris se traduisent par une amélioration des résultats du point de vue du développement. Ces questions sont au cœur du présent rapport.

Dans le domaine de la santé, la lutte contre la mortalité infantile progresse de façon considérable, dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne et, même dans cette zone, l'amélioration est frappante dans certains pays. C'est dans les pays qui connaissent les taux de prévalence du VIH très élevés ou ceux qui sont en situation de conflit que le recul de la mortalité infantile est le plus lent. Il y a eu cependant, ces dernières années, des avancées spectaculaires du point de vue de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le nombre de bénéficiaires passant d'environ 240 000 en 2001 à près de 3 millions en 2007. Il subsiste toutefois de grandes inégalités en matière de santé selon les pays et à l'intérieur d'un même pays. De plus, la lenteur du progrès en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle est très préoccupante. S'il est vrai que, dans les pays à revenu intermédiaire, la mortalité maternelle diminue depuis 1990, l'amélioration est négligeable en Afrique subsaharienne.

Un examen du progrès réalisé au regard des OMD permet de comprendre pourquoi l'efficacité de l'aide est si importante. Dans quelle mesure, par exemple, l'aide allouée au secteur de la santé correspond-elle aux besoins des différents pays ? Dans les cas où des interventions telles que la vaccination peuvent être assurées par des services décentralisés, le progrès est impressionnant. Pour que l'aide arrive à destination, toutefois, il faut un service de santé qui fonctionne bien et, de ce point de vue, le progrès est beaucoup moins impressionnant. Dans quelle mesure la forme sous laquelle l'aide est offerte facilite-t-elle alors la mise en place de systèmes plus performants de prestation de services de santé ? Dans un secteur où dominent les coûts récurrents à long terme, une plus grande prévisibilité se traduit directement par l'affectation de personnel en nombre suffisant dans les cliniques et favorise un accès de longue durée aux traitements médicamenteux. L'alignement de l'aide sur les priorités des pays permet aux nouveaux fonds et programmes mondiaux de fournir un soutien plus direct aux stratégies et plans nationaux dans le secteur de la santé. Des initiatives telles que le Partenariat international pour la santé (International Health Partnership – IHP+) concrétisent l'idée de responsabilité mutuelle. De même, la forte présence de la société civile dans le secteur de la santé renforce la responsabilité et accroît les chances de voir les donateurs et les gouvernements respecter leurs engagements.

La prise de conscience du fait qu'un progrès dans le domaine de la santé est essentiel pour le développement et la lutte contre la pauvreté a déclenché une initiative mondiale de grande envergure pour répondre aux besoins en matière de santé. Le secteur de la santé déploie des efforts innovants afin d'assurer un financement à long terme prévisible, par le biais de dispositifs tels que la Facilité internationale de financement pour la vaccination (International Finance Facility for Immunisation – IFFIm) et la taxe sur les billets d'avion qui permet de financer UNITAID (une facilité internationale d'achat de

médicaments). Outre l'amélioration de la prévisibilité des financements au niveau national, l'aide en faveur de la santé peut aussi avoir des effets sur la fourniture de biens publics mondiaux tels que de nouveaux médicaments, vaccins et diagnostics – par le biais à la fois du pouvoir d'achat des fonds existants et des garanties de marché qui incitent à investir dans les activités de recherche et développement.

En résumé, le secteur de la santé concentre toutes les difficultés que pose d'amélioration de l'efficacité de l'aide. De plus, il apporte la preuve qu'il est possible de surmonter ces difficultés et que, lorsque cela est fait – et si des approches plus efficaces en matière de gestion de l'aide sont adoptées – les résultats suivent. Le fait que le secteur de la santé est nettement axé sur les *résultats* rappelle en permanence la finalité fondamentale des efforts visant à rendre l'aide plus efficace. Les critères de réussite des initiatives adoptées ne pourraient pas être plus percutants : protéger les populations de la mauvaise santé, assurer des soins et services de santé adaptés et de qualité et, en fin de compte, sauver des vies.

# ***PARTIE 1 : EVOLUTION DE L'AIDE EN FAVEUR DE LA SANTE***

*La présente section retrace l'évolution de l'aide publique au développement (APD) consacrée à la santé au cours des dix années passées, telle qu'elle est analysée par l'OMS. L'analyse a été réalisée sur la base des statistiques agrégées de l'aide du CAD/OCDE et du système de notification des pays créanciers (SNPC), qui sont les sources les plus fiables de données sur l'aide en faveur de la santé, couvrant tous les donateurs bilatéraux et multilatéraux traditionnels (CAD/OCDE) et les principaux partenariats tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Une grande partie des données utilisées dans cette analyse date d'avant la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, signée en 2005, et les statistiques ne reflètent donc probablement pas les réformes engagées suite à cet accord.*

## **La santé absorbe une part croissante de l'APD totale**

Le montant total des engagements d'aide en faveur de la santé sur la période 1980-1984 s'est établi en moyenne à 2.8 milliards USD (en dollars constants de 2006) – soit 5.3 % de l'APD totale. Ce chiffre est resté pratiquement inchangé jusqu'à la fin des années 90, passant ensuite à une moyenne de 6.4 milliards USD, soit l'équivalent de 7.8 % de l'APD totale, au cours de la période de cinq ans terminée en 2006.

L'aide mondiale totale en faveur de la santé comprend aussi des flux importants de ressources en provenance d'organismes multinationaux et d'entités/de fondations privées telles que la Fondation Melinda et Bill Gates. Selon le rapport de 2008 de la Banque mondiale, l'aide totale au développement en faveur de la santé, y compris les apports de ces organisations privées sans but lucratif, a atteint en 2006 16.7 millions USD, contre 6.8 millions USD en 2000. L'analyse faite dans ce rapport est centrée sur l'APD, l'aide publique au développement bilatérale et multilatérale, pour laquelle des données sur l'évolution à moyen terme sont disponibles.

## **Le financement destiné à la lutte contre le VIH représente une part importante de l'accroissement de l'APD en faveur de la santé<sup>2</sup>**

Sur la période 2002-2006, l'aide en faveur de la lutte contre le VIH a représenté près d'un tiers (32 %) de l'APD consacrée à la santé. La croissance du financement affecté à la lutte contre le VIH est due en partie à de nouvelles initiatives telles que le PEPFAR (l'Emergency Plan for AIDS Relief du Président Bush – États-Unis), et le Fonds mondial. Même si ces augmentations sont importantes pour le VIH, le rapport 2007 de l'ONUSIDA sur ce sujet souligne qu'il manque toujours des fonds pour lutter contre le sida, notamment pour atteindre les objectifs en matière de disponibilité de traitements antirétroviraux. Les besoins de financement pourraient aussi croître encore du fait que ces médicaments améliorent les taux de survie.

## **Engagements et versements**

Les ministères de la santé des pays partenaires se plaignent souvent d'engagements qui ne donnent pas lieu à des versements ou de retards dans les versements. Des données fiables sur les versements sont disponibles à partir de 2002 (mais pas auparavant), ce qui permet d'évaluer globalement la pertinence et l'ampleur de ce problème.

---

2. Les chiffres cités pour le VIH/SIDA sont des valeurs approchées – très fiables – du fait que les chiffres agrégés du SNPC ne font pas de distinction entre les engagements en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et ceux qui concernent d'autres MST (maladies sexuellement transmissibles).

Il est difficile d'évaluer les taux de versement pour chaque engagement d'aide en faveur de la santé qui est notifié au SNPC du fait que le cadre temporel des versements varie pour chaque engagement – de quelques mois à plusieurs années. Nous avons par conséquent comparé les versements pour chacune de ces trois dernières années (2004-2006) aux engagements moyens pris trois ou cinq ans plus tôt (qui représentent la durée moyenne des engagements). Comme le montre le tableau 1, les résultats de cette comparaison, bien qu'ils n'aient qu'une valeur indicative, sont encourageants : **les versements d'APD en faveur de la santé équivalent à plus de 80 % de l'engagement annuel moyen sur les 3-5 années précédentes**. Ces données laissent penser que, évaluée sur une période de plusieurs années, la différence entre les engagements et les versements n'est pas grande. Cependant, les chiffres cachent probablement des retards de versement et de mise en œuvre au cours d'une année, qui peuvent poser de graves problèmes dans certains contextes.

**Tableau 1 : Rapport entre les engagements et les versements d'APD en faveur de la santé**

Versements	2004	2005	2006
<b>Proportion déboursée des engagements moyens pour une période de 5 ans</b>	86 %	102 % <sup>3</sup>	98 %
<b>Proportion déboursée des engagements moyens pour une période de 3 ans</b>	76 %	88 %	87 %

**Analyse de l'APD en faveur de la santé : à quoi les dépenses sont-elles affectées, et comment l'aide est-elle acheminée ?**

L'analyse a révélé qu'une part importante de l'aide est dépensée au titre d'initiatives multi-pays, portant principalement sur la coopération technique et un grand nombre de petits projets et activités (voir annexe 1 pour les définitions des termes connexes dans le SNPC). Ces schémas demandent à être analysés plus avant et éventuellement modifiés à la lumière de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

Au cours des cinq années passées, **25 % de l'APD en faveur de la santé ont été fournis dans le cadre d'initiatives multi-pays régionales et mondiales<sup>4</sup>**. La catégorie des « initiatives multi-pays régionales et mondiales » comprend les ressources acheminées essentiellement par le biais d'organismes multilatéraux, notamment d'agences de l'ONU, d'ONG internationales et du secteur privé, pour des projets couvrant plusieurs pays, tels que la vaccination, la lutte contre le VIH/SIDA ou les soins et services de santé de base. Ces formules contrastent avec les ressources qui sont envoyées directement et sans équivoque aux pays dans le cadre d'accords entre donateurs et gouvernements bénéficiaires. Les ressources en provenance de partenariats mondiaux pour la santé tels que le Fonds mondial ou la GAVI Alliance (qui a succédé à l'Alliance

3. Un versement de plus de 100 % peut s'expliquer de la façon suivante :

En période d'élévation rapide des niveaux d'engagements, les versements peuvent dépasser le niveau moyen des engagements des années précédentes, surtout lorsque le volume des engagements augmente fortement ; les engagements sont parfois notifiés au départ sous un code général tandis que les versements sont notifiés sous un code plus précis.

4. Il s'agit d'activités qui profitent à plusieurs pays bénéficiaires. Les projets et programmes régionaux sont à notifier dans la catégorie « régional/multi-pays » la plus spécifique possible (DCD/DAC(2007)39/FINAL – 4 septembre 2007 – Directives pour l'établissement des formulaires du SNPC, page 17).

mondiale pour les vaccins et la vaccination) sont fournies directement aux pays et n'apparaissent pas dans cette catégorie. Même s'il existe des activités régionales multi-pays dans tous les secteurs, le volume de ces activités dans le secteur de la santé est exceptionnellement élevé : 6.3 % de l'APD en faveur de l'éducation passent par des activités multi-pays.

La nature transfrontière de nombreux problèmes de santé et, par conséquent, la nécessité d'apporter des solutions « internationales » peuvent expliquer en partie le niveau élevé d'initiatives régionales et mondiales en faveur de la santé. Ces initiatives représentent un mécanisme important de ciblage des ressources sur des objectifs convenus à l'échelle mondiale – tels que l'éradication de la polio, la lutte contre la tuberculose, le VIH et le paludisme – et d'échange d'expérience entre pays ayant des besoins analogues. De fait, la proportion de ressources destinées à la lutte contre le VIH qui est acheminée par le biais d'initiatives multi-pays est particulièrement élevée : en 2002-2006, 40.7 % de l'aide consacrée à des initiatives multi-pays régionales et mondiales en faveur de la santé a été affectée à la lutte contre le VIH. Cependant, lorsque les priorités opérationnelles et de programmation sont fixées pour l'essentiel à l'échelon régional et mondial, il est difficile de s'aligner complètement sur les priorités nationales. Par ailleurs, les ressources associées à des initiatives régionales et mondiales ayant souvent leurs propres cycles budgétaires et leurs propres procédures de notification et de suivi, elles peuvent imposer une charge administrative supplémentaire aux autorités des pays bénéficiaires, qui sont déjà débordées.

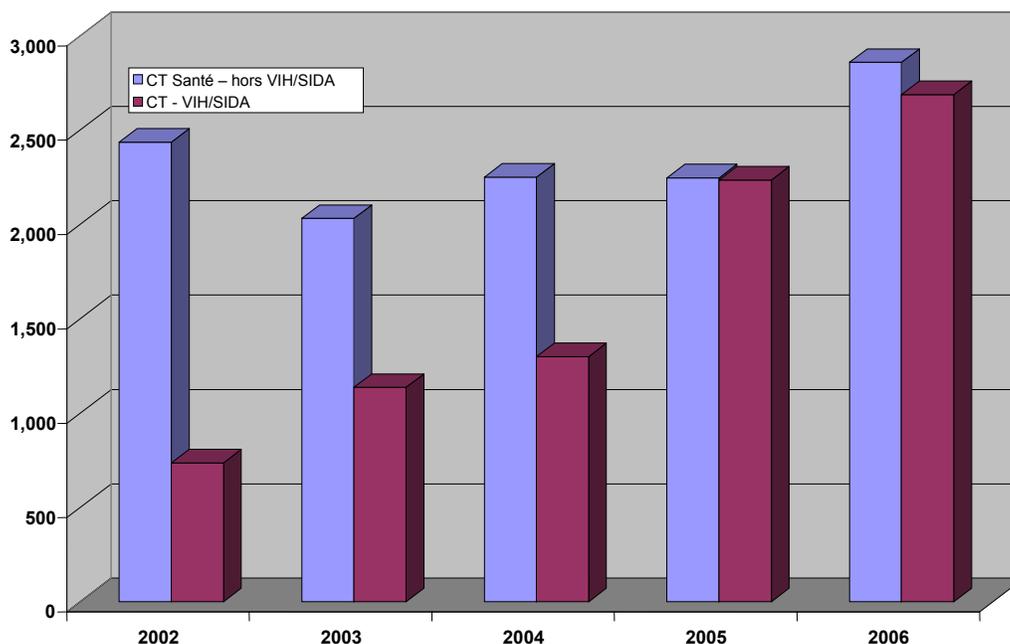
### **Une part importante de l'APD en faveur de la santé est affectée à la coopération technique<sup>5</sup>**

- Au cours de la période 2002-2006, 41.7 % du montant total de l'APD en faveur de la santé et 43.5 % de l'ensemble des activités (c'est-à-dire les projets) dans ce domaine ont été centrés sur la coopération technique destinée à développer le « *capital humain* » dans les pays bénéficiaires. Ces sommes comprennent, par exemple, la rémunération du personnel recruté localement et des experts internationaux employés sur contrats de longue durée, les honoraires de consultants, la formation etc.
- La coopération technique représente la plus grande part (58.6 %) des ressources acheminées dans le cadre d'initiatives multi-pays régionales ou mondiales. Sur la même période, la part de la coopération technique fournie directement aux différents pays n'a pas dépassé 36.2 %.
- **La coopération technique absorbe aussi une grande partie des nouveaux financements consacrés à la lutte contre le VIH**, représentant 53 % des engagements dans ce domaine entre 2002 et 2006. La coopération technique en faveur de la lutte contre le VIH a représenté en 2005-2006 près de la moitié de la coopération technique totale dans le secteur de la santé (graphique 1).

---

5. La définition de la coopération technique se trouve à l'annexe 1.

**Graphique 1 : Coopération technique – lutte contre le VIH/SIDA et santé (en millions d’USD constants de 2005) – Sources : OCDE, Statistiques du CAD**



Il ne s’agit pas de dire ici que la coopération technique est une aide dépensée à mauvais escient. Cependant, il peut sembler difficile de justifier qu’une part aussi importante de l’aide soit consacrée à la coopération technique si d’autres priorités telles que l’accès aux médicaments ou aux services hospitaliers restent largement sous-financées.

### **La multiplicité des activités ajoute aux coûts de transaction au niveau national**

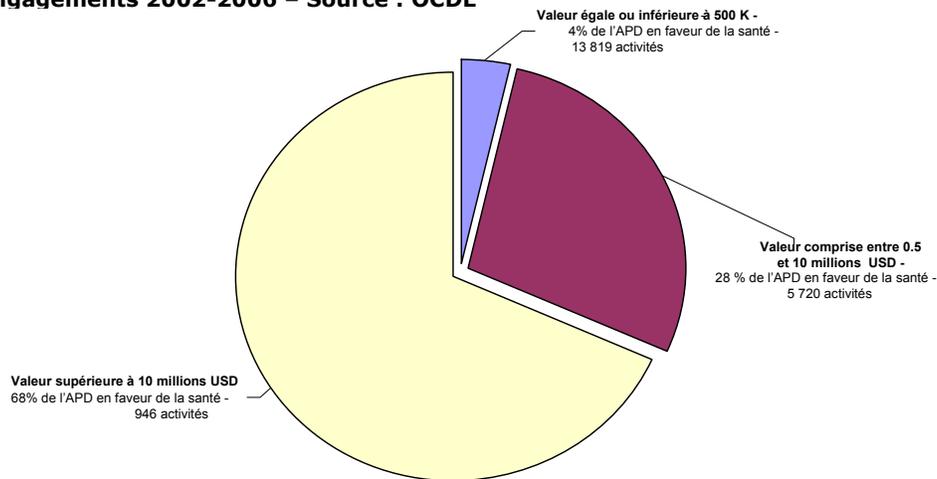
Enfin, l’analyse révèle **un degré élevé de fragmentation de l’aide en faveur de la santé**, avec un volume excessif de petits projets. En effet, les « activités » de grande envergure (en dollars) au niveau des pays sont plus susceptibles d’attirer l’attention des politiques, de bénéficier d’une contribution technique importante et – aspect décisif – d’être à une échelle suffisante pour avoir un impact sur les systèmes de santé et de prestation de services de santé dans les pays bénéficiaires. Cela ne signifie pas que les projets plus petits ont moins de valeur – ils jouent un rôle notable dans l’expérimentation de nouvelles approches, les tentatives d’innovation, le versement de prestations aux différentes communautés et la satisfaction de besoins émergents ou imprévus des systèmes de santé. Analysées à la lumière de la Déclaration de Paris, toutefois, **bon nombre de petites activités sont sans doute associées à des coûts de transaction élevés pour les pouvoirs publics, à une divergence par rapport aux politiques nationales et à un manque de cohérence entre partenaires au développement.**

Sur la période 2002-2006, le SNPC enregistre 20 485 activités en faveur de la santé et des populations, dont 946 seulement d’une valeur de plus de 10 millions USD, représentant à peine 4.6 % de l’ensemble des activités d’aide notifiées au CAD. Ces projets représentent toutefois 68.3 % du total des engagements d’APD en faveur de la santé au cours de cette période.

Le SNPC enregistre 5 720 activités d'une valeur comprise entre 0.5 million USD et 10 millions USD, qui représentent 28.1 % de la valeur totale de l'APD en faveur de la santé et 27.9 % de l'ensemble des activités dans ce secteur. Il y a cependant environ 13 819 engagements pour des activités valant chacune moins de 0.5 million USD. Cela représente 67.5 % de l'ensemble des activités dans le secteur de la santé au cours de la période étudiée, mais 3.6 % seulement de l'APD en faveur de la santé enregistrée par le SNPC. Le graphique 2 récapitule les informations sur l'ampleur des activités consacrées à la santé.

## Graphique 2. Importance des activités dans le secteur de la santé

**Nombre et ampleur des activités dans le secteur de la santé – engagements 2002-2006 – Source : OCDE**



Source : OCDE Statistiques du CAD

On peut supposer que pour certaines<sup>6</sup> de ces petites activités notifiées, le cycle normal du projet sera suivi : il sera procédé à des travaux d'évaluation, éventuellement avec une mission ; une proposition de projet sera examinée avec les autorités, rédigée et soumise pour approbation aux donateurs ; un rapport technique et financier sera établi. Cela représente une charge de travail non négligeable pour les bénéficiaires (et aussi pour les donateurs). Au cours de la période de cinq ans examinée, chacun des pays les moins avancés (PMA) a reçu, en moyenne, un engagement d'environ 130 000 USD toutes les deux-trois semaines (1.7 projet par mois)<sup>7</sup>. Ainsi :

- Au cours des cinq années examinées, l'Éthiopie a reçu des engagements pour 1.1 milliard USD correspondant à 26 activités d'une valeur de 743 millions USD (67% du total des engagements d'APD en faveur de la santé) et 296 activités d'une valeur de moins de 0.5 million USD.

6. En général, une « activité notifiée » signifie l'affectation de ressources à un projet ou programme spécifique dans un secteur donné d'un pays bénéficiaire donné. Toutefois, afin d'améliorer l'exactitude des statistiques établies d'après le SNPC, les donateurs choisissent parfois d'adresser au SNPC des rapports plus détaillés, auquel cas une « activité notifiée » représente une composante d'une activité. Il y a aussi des cas, cependant, où il est préférable de notifier les activités à un niveau moins détaillé (activités des ONG, par exemple). Une « activité notifiée » peut donc être la somme de plusieurs activités.

7. Il est à noter que ces chiffres se rapportent seulement aux activités ciblées directement sur les pays bénéficiaires et ne tiennent pas compte de celles qui passent par des activités multi-pays régionales et mondiales.

**Par conséquent, la fragmentation de l'aide en faveur de la santé est un problème antérieur à la récente apparition de nouveaux financements mondiaux pour la santé, et indépendant de ces derniers.**

### **Combien d'aide reste-t-il pour accélérer les progrès en santé ?**

Le développement spectaculaire mais tant attendu des activités de lutte contre le VIH, dont on ne peut que se féliciter, et la part importante de la coopération technique dans l'APD en faveur de la santé soulèvent la question de savoir quel volume d'aide il reste pour d'autres activités dans le domaine de la santé ?

Les données fournies par le SNPC sont troublantes. Dans les PMA, en 2002-2006, sur la totalité de l'APD en faveur de la santé accordée directement aux pays (compte non tenu, par conséquent, des activités multi-pays régionales et mondiales), plus de 50 % (53.2 %) sont absorbés par des engagements relatifs à l'OMD 6 (lutte contre la tuberculose, le paludisme, le VIH et d'autres MST et les maladies transmissibles). Sur les cinq années examinées, cela laisse **2.25 USD par personne/par an pour les OMD 4 et 5, prestation de services et renforcement du système de santé**. Cette somme ne permet pas d'acheter grand-chose : une étude à paraître de l'OMS, établie pour le groupe spécial sur l'OMD 8 (objectif 17), a mené à la conclusion que dans 24 pays en développement, une dépense publique moyenne en médicaments de 2.67 USD par habitant permettait d'approvisionner en médicaments juste un tiers (34.9 %) des établissements de santé publics.

Il importe de rappeler que des ressources additionnelles à celles qui sont mentionnées plus haut *sont* mises à la disposition des pays par le biais d'activités multi-pays. Par ailleurs, le système de classification général du SNPC cache peut-être une réalité plus complexe. En outre, et c'est peut-être une conséquence des déséquilibres de financement exposés plus haut, la GAVI Alliance et le Fonds mondial offrent maintenant un soutien au développement des systèmes de santé afin de permettre aux pays bénéficiaires de faire face à leurs besoins en matière de vaccination et de s'attaquer aux trois maladies. Le débat reste vif, toutefois, sur la question de savoir dans quelle mesure les pays doivent dépendre, pour le développement de leurs systèmes de santé, d'institutions qui ont été créées principalement en vue de lutter contre des maladies spécifiques.

### **Une part relativement faible de l'aide en faveur de la santé prend la forme d'un soutien budgétaire**

Malgré l'intérêt pour le soutien budgétaire direct (SBD) généré par les travaux sur l'efficacité de l'aide, les engagements d'APD au SBD n'ont retrouvé que ces quelques dernières années leur niveau de la seconde moitié des années 80, après avoir chuté dans l'intervalle. Globalement, les engagements relatifs au SBD représentent une part peu importante de l'APD totale : en 2002-2006, par exemple, ils ont représenté 6.4 % de l'APD totale (compte non tenu des allègements de dette). Les crédits alloués à la santé à l'échelon national étant généralement peu élevés, en particulier dans les pays pauvres, le niveau des ressources allant au secteur de la santé via le SBD est sans doute relativement faible.

Le SNPC révèle aussi que la proportion d'aide en faveur de la santé consacrée aux programmes sectoriels est limitée : 7.7 % en 2002-2006. Et encore, ce chiffre est peut-être surestimé. Un premier examen des données notifiées au CAD dans cette catégorie laisse penser que – malgré une amélioration appréciable de la qualité des données – ce

chiffre tient encore compte de financements destinés à des activités qui ne semblent pas répondre à la définition du « soutien sectoriel » donnée par le CAD lui-même<sup>8</sup>.

**On observe d'importants écarts dans les niveaux d'APD en faveur de la santé, par habitant, dans les pays les moins avancés**

Selon un rapport de 2005 du DFID, les PMA sont la cible d'efforts considérables d'aide au développement et les bénéficiaires directs d'un tiers du montant total de l'APD en faveur de la santé. Bon nombre de ces pays sont, ou ont été, touchés par un conflit, et ce sont aussi ceux qui affichent les plus mauvais résultats en matière de santé et où les OMD dans ce domaine ont le moins de chances d'être atteints. Il importe donc de comprendre comment l'aide est distribuée à l'appui des efforts de développement de la santé et de la prestation de services de santé dans ces pays.

Le tableau 2 résume les principales caractéristiques et les priorités de l'APD en faveur de la santé dans les PMA qui comptent plus de 1 million d'habitants (en moyenne, entre 2002 et 2006). Les PMA sont classés par ordre croissant en fonction du montant d'APD en faveur de la santé par personne. Le tableau fait apparaître d'énormes écarts : les montants vont de près de 20 USD par habitant/par an pour la Zambie à 1.59 USD pour le Tchad. Les 10 premiers pays dans le tableau 2 reçoivent près de la moitié (49.1 %) de l'APD en faveur de la santé accordée aux PMA, alors qu'ils représentent un cinquième de la population de ce groupe (21 %).

---

8. La définition de l'aide aux programmes sectoriels donnée par la CAD se trouve avec les autres définitions à l'annexe 1.

**Tableau 2. APD en faveur de la santé dans certains PMA (on trouvera davantage de données concernant ces pays en annexe 2)**

<b>PMA bénéficiaires</b>	<b>Population moyenne (milliers) 2002-2006</b>	<b>APD en faveur de la santé, par habitant, 2002-2006 USD</b>	<b>OMD 6 % de l'aide en faveur de la santé et de la population</b>	<b>OMD 5 % de l'aide en faveur de la santé et de la population</b>	<b>Coopération technique % de l'aide en faveur de la santé et de la population</b>
Zambie	11,277	<b>20.0</b>	58.5 %	0.6 %	36.2 %
Timor-Leste	1,009	<b>14.9</b>	18.9 %	0.8 %	20.4 %
Malawi	12,905	<b>13.4</b>	49.9 %	1.5 %	22.4 %
Lesotho	1,965	<b>12.7</b>	72.1 %	0.7 %	19.3 %
Rwanda	9,085	<b>10.8</b>	73.9 %	2.1 %	53.8 %
Haïti	9,151	<b>10.1</b>	63.1 %	15.2 %	57.3 %
Mozambique	20,065	<b>9.9</b>	47.0 %	4.5 %	34.9 %
Cambodge	13,724	<b>7.7</b>	54.9 %	5.4 %	44.0 %
Ouganda	28,059	<b>7.6</b>	69.0 %	1.3 %	47.1 %
Sénégal	11,477	<b>7.4</b>	28.9 %	1.5 %	45.7 %
Tanzanie	37,522	<b>7.2</b>	57.1 %	5.5 %	32.2 %
Benin	8,228	<b>6.6</b>	46.4 %	2.9 %	27.1 %
Afghanistan	24,112	<b>6.4</b>	7.3 %	1.9 %	46.1 %
Sierra Leone	5,361	<b>5.6</b>	40.9 %	1.3 %	8.1 %
Mali	11,276	<b>5.5</b>	39.8 %	6.4 %	33.9 %
Guinée-Bissau	1,550	<b>5.1</b>	34.4 %	5.2 %	24.6 %
Gambie	1,570	<b>5.0</b>	79.2 %	1.9 %	3.1 %
Érythrée	4,349	<b>4.9</b>	45.1 %	26.3 %	18.6 %
République démocratique populaire lao	5,577	<b>4.8</b>	29.0 %	3.2 %	25.7 %
Burkina Faso	13,509	<b>4.7</b>	46.3 %	7.0 %	19.5 %
Mauritanie	2,882	<b>4.5</b>	60.0 %	8.1 %	9.2 %
Burundi	7,588	<b>4.4</b>	67.6 %	9.0 %	18.9 %
Liberia	3,382	<b>4.1</b>	55.8 %	3.8 %	33.5 %
République centrafricaine	4,127	<b>3.9</b>	65.4 %	2.0 %	9.6 %
Angola	15,641	<b>3.8</b>	54.1 %	2.5 %	29.6 %
Guinée	8,840	<b>3.5</b>	52.0 %	9.5 %	35.1 %
Niger	12,823	<b>3.4</b>	44.1 %	3.4 %	23.1 %
République démocratique du Congo	57,003	<b>3.2</b>	39.1 %	0.5 %	31.1 %
Népal	26,560	<b>3.0</b>	25.0 %	19.8 %	41.3 %
Éthiopie	77,036	<b>2.9</b>	68.3 %	5.8 %	35.8 %
Madagascar	18,143	<b>2.8</b>	41.9 %	3.6 %	30.2 %
Togo	6,074	<b>2.4</b>	65.0 %	2.2 %	10.8 %
Somalie	7,962	<b>2.1</b>	64.4 %	2.5 %	20.8 %
Yémen	20,496	<b>1.9</b>	17.8 %	35.2 %	22.8 %
Soudan	36,188	<b>1.7</b>	60.1 %	1.2 %	43.2 %
Bangladesh	150,497	<b>1.7</b>	9.9 %	18.4 %	34.2 %
Tchad	9,802	<b>1.6</b>	39.7 %	4.6 %	36.9 %
Myanmar	47,570	<b>0.6</b>	53.6 %	3.6 %	24.6 %

L'autre indicateur important de l'aide par habitant dans les PMA est la prévalence du VIH. Dans des pays comme le Rwanda, on constate que ces ressources ont un effet positif sur les systèmes de santé dans leur ensemble. Les pays où la fréquence du VIH est faible (mais qui ont des taux élevés de morbidité et de mortalité liées à d'autres causes) reçoivent beaucoup moins d'aide et restent ainsi désavantagés.

## **Résumé et conclusions**

L'APD en faveur de la santé est en augmentation, et la santé absorbe une plus grande part de l'APD totale. Même si cette progression globale est encourageante, le financement disponible pour atteindre les OMD 4, 5 et 6 dans le secteur de la santé reste insuffisant et l'on observe des déséquilibres importants dans l'affectation de l'aide en faveur de la santé, qui vont à l'encontre des engagements pris dans la Déclaration de Paris. Les pays ayant des niveaux de pauvreté et des besoins comparables en matière de santé reçoivent des volumes d'aide fort différents. Par ailleurs, le financement de l'OMD 6 (lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme) représente une grande part de l'accroissement récent de l'APD en faveur de la santé. Bien d'autres priorités dans ce secteur – notamment le renforcement des systèmes de santé, dont dépendent les programmes de lutte contre les maladies, et qui est nécessaire si l'on veut que les pays arrivent à réduire la mortalité maternelle – restent insuffisamment financées. Dans une situation où la lutte contre le VIH, malgré les niveaux proportionnellement élevés de soutien dont elle fait l'objet, souffre encore d'un manque d'investissement, cela soulève une question importante concernant les moyens d'accroître les ressources nécessaires pour tenter d'atteindre les OMD 4 et 5.

En comparaison d'autres secteurs, une proportion considérable de l'aide en faveur de la santé est acheminée dans le cadre de projets multi-pays ou dépensée en coopération technique. Cela donne à penser que, même si la volonté politique d'améliorer l'efficacité de l'aide croît à l'échelle mondiale, les pays n'ont toujours qu'une latitude restreinte pour faire des choix en matière de dépense car les priorités régionales et mondiales l'emportent dans les décisions relatives à l'affectation de l'aide et les ressources à investir de façon flexible dans les systèmes nationaux de santé sont limitées. De fait, le montant de l'aide acheminée par le biais de programmes de soutien sectoriel et budgétaire reste peu élevé, même si l'on considère généralement qu'il représente l'une des formes d'aide les plus efficaces. Dans le secteur de la santé, nous n'atteindrons sans doute pas l'objectif fixé dans la Déclaration de Paris, selon lequel 66 % des flux d'aide doivent être acheminés dans le cadre d'approches fondées sur des programmes. Un recours accru aux approches fondées sur des programmes et un meilleur alignement sur les stratégies nationales devraient aider à cibler l'aide sur les régions qui en ont le plus grand besoin et à l'utiliser de manière plus efficace.

Les déséquilibres qui ressortent des analyses présentées ici datent d'avant la Déclaration de Paris. Il ne fait cependant guère de doute que les difficultés et les problèmes identifiés influenceront sur les résultats. Une grande partie du débat relatif à la santé mondiale porte sur la fragmentation institutionnelle et la réforme de l'architecture du secteur de la santé. Cette analyse montre qu'un suivi des flux financiers peut aider à mieux comprendre les difficultés auxquelles se heurtent les donateurs et les gouvernements des pays bénéficiaires et enrichir le débat sur la façon de rendre l'aide plus efficace.

## ***PARTIE 2 : ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'EXPÉRIENCE DES PAYS***

*La présente section résume les enseignements tirés de l'expérience des pays en matière d'efficacité de l'aide et de santé. Les conclusions sont présentées en rapport avec les principaux piliers de l'agenda sur l'efficacité de l'aide : alignement, harmonisation et gestion axée sur les résultats. A l'intérieur de ce cadre, l'analyse est centrée sur les questions qui intéressent tout particulièrement les pays partenaires : conditionnalité, prévisibilité, division du travail, incitations et renforcement des capacités.*

### **Alignement**

L'alignement est un objectif particulièrement difficile à atteindre dans le secteur de la santé du fait du grand nombre de partenaires, de l'absence, dans certains pays, de stratégies nationales dont le coût a été chiffré et ayant caractère opérationnel, de la forte proportion d'aide ayant une affectation spéciale et – dans bien des contextes – du niveau élevé de soutien des donateurs. Ces difficultés peuvent entraver l'amélioration des résultats dans le domaine de la santé.

**Au Rwanda, une augmentation massive de l'aide s'est traduite par une amélioration spectaculaire de la santé** : entre 2000 et 2005, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est tombé de 196 à 152 pour 1 000 naissances vivantes ; sur la même période, le taux de mortalité maternelle est revenu de 1071 à 750 pour 100 000 naissances vivantes. Les engagements d'aide en faveur de la santé au Rwanda sont passés à 251 millions USD en 2008, soit 27 USD par personne (compte non tenu des dépenses financées par le soutien budgétaire général). L'aide des donateurs représente plus de 50 % du financement total de la santé (2006), et le taux de dépendance à l'égard de l'aide (c'est-à-dire l'aide en proportion de l'aide totale et des dépenses publiques) atteint 83 % dans le programme de travail pour 2008. Ce taux restera probablement supérieur à 67 % jusqu'en 2020.

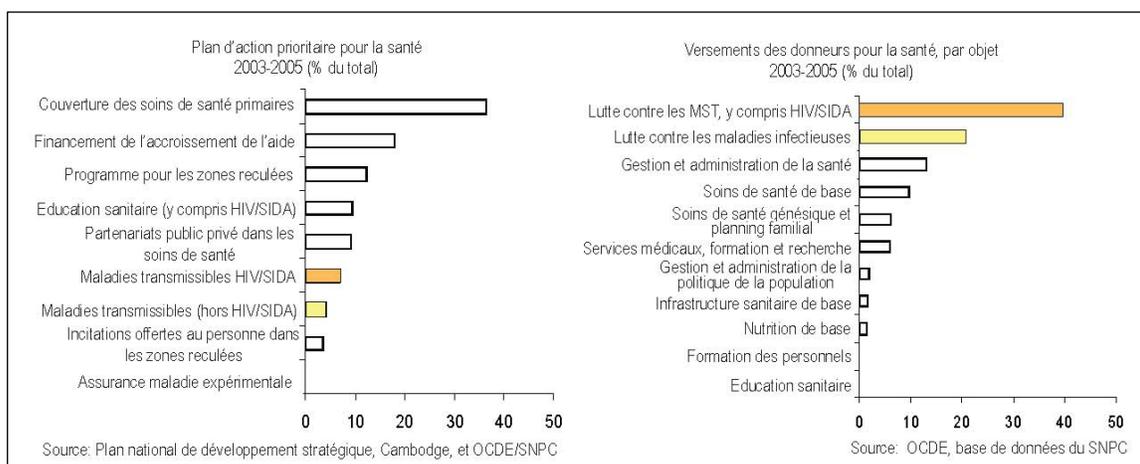
**De nouvelles améliorations de la santé au Rwanda risqueraient par conséquent d'être compromises en cas de changements ou d'interruptions dans le soutien des donateurs.** Une des sources, l'aide bilatérale des Etats-Unis destinée à la lutte contre le VIH, le paludisme et la santé génésique, représente plus de 50 % de l'aide extérieure et les trois principaux donateurs (Etats-Unis, Fonds mondial et Belgique) apportent 75 % de l'aide totale. Cependant, en raison de restrictions législatives, les Etats-Unis ne peuvent pas prendre d'engagements fermes de soutien futur au-delà d'un an (contrairement aux engagements publics d'autres donateurs qui vont jusqu'en 2010, la fin de l'actuel cadre de dépenses à moyen terme. Cela crée des risques pour la durabilité et fait qu'il est difficile pour les pouvoirs publics d'établir des plans stratégiques sur le moyen terme. Dans des situations de haute dépendance à l'égard de l'aide, comme celle-ci, le calendrier des versements d'aide au cours de l'année budgétaire est également important car tout retard peut entraîner de gros problèmes d'exécution des programmes.

**Même en situation de faible dépendance générale à l'égard des donateurs, il peut exister une forte dépendance dans certains domaines des programmes.** Au Vietnam, par exemple, le Fonds mondial finance 60 % du Programme de lutte contre le paludisme. Dans ces situations, la nature « ponctuelle » de ce type de financement, conjuguée aux horizons de planification courts des projets des donateurs et aux retards de versement en cours d'année, peut créer des risques pour la durabilité. Cela peut conduire les ministères de la santé à privilégier certaines stratégies en matière de gestion de l'aide, notamment celles qui consistent à affecter le financement des donateurs à des dépenses d'équipement au lieu des coûts récurrents, et à isoler les fonds des donateurs des

ressources nationales par le biais d'unités de gestion de projet. Les programmes mondiaux et autres visent à réduire au minimum ces risques – en créant, par exemple, des mécanismes d'octroi de dons, en développant un mécanisme d'application de la stratégie nationale et en encourageant les pouvoirs publics à apporter leur contribution. Cela peut toutefois être source de difficulté supplémentaire en ce sens que des programmes qui sont déjà bien soutenus par des ressources extérieures finissent par absorber une grande part du financement national en raison d'exigences en matière de financement de contrepartie.

**Le volume important de ressources acheminées par le biais de programmes de lutte contre les maladies peut causer des distorsions dans le financement de la santé si l'on considère le secteur dans son ensemble.** Au Cambodge, par exemple, une part disproportionnée du soutien des donateurs au secteur de la santé est affectée à la lutte contre le VIH, tandis que d'autres priorités restent, en comparaison, privées de soutien (voir graphique 1). Cela ne signifie pas que la lutte contre le VIH est « surfinancée » - de fait, on déplore toujours un déficit de financement, comme pour l'ensemble du secteur de la santé – mais cela fait ressortir des distorsions dans l'affectation des ressources externes.

**Graphique 1 : Priorités du programme de santé et versements des donateurs (2003-2005), Cambodge**



Source: Plan national de développement stratégique, Cambodge, et OCDE/SNPC

De même, en Ouganda, les apports d'aide pour la lutte contre le VIH sont, en moyenne, plus élevés que dans tous les autres domaines de la santé. Cela est justifié par la haute fréquence de ce virus dans le pays ; cependant, d'autres maladies comme le paludisme, qui contribuent fortement à la charge de morbidité du pays, ne reçoivent pas tant d'attention de la part des donateurs. Ce n'est pas seulement un problème de lutte contre la maladie : au Rwanda, les ressources humaines travaillant pour la santé (les agents de santé communautaires, par exemple), les services de santé ruraux, le planning familial et la santé génésique sont tous confrontés à des déficits de financement assez importants en comparaison des autres activités du secteur de la santé.

Dans bien des cas, le financement – qu'il provienne de programmes mondiaux ou d'autres sources – lié à des maladies particulières *peut* renforcer les systèmes de prestation de soins de santé et donc influencer sur les résultats en matière de santé de façon plus générale. L'étude de cas sur le Rwanda en fournit des exemples. Dans le cas de la GAVI Alliance, dont le principal objectif est d'améliorer le taux de vaccination, la facilité pour le renforcement des systèmes de santé permet explicitement l'amélioration du système de santé dans son ensemble. De même, le Fonds mondial offre la possibilité aux pays de

demander des fonds pour des interventions destinées à renforcer le système de santé. Divers travaux sont en cours en vue d'étudier plus avant dans quelle mesure les financements affectés à une maladie particulière peuvent être utilisés efficacement pour améliorer la prestation de services de santé.

Pour améliorer **l'alignement, il faut des changements dans le comportement des donneurs, mais aussi des systèmes nationaux renforcés sur lesquels les partenaires puissent s'aligner.** Dans le domaine de la santé, cela crée une bonne synergie avec le renforcement de la capacité de mise en place des plans, des budgets et des cadres de suivi solides dans le secteur de la santé et d'instauration d'un dialogue sectoriel de qualité. Tous ces éléments doivent être en place pour permettre aux gouvernements d'identifier leurs besoins, leurs lacunes et leurs priorités concernant le soutien apporté par les donneurs, et aux donneurs d'aligner leur soutien en conséquence. Egalement, si les systèmes publics de gestion financière ne fonctionnent pas bien, s'il y a des retards dans l'exécution du budget et si le suivi des dépenses laisse à désirer, l'amélioration de la prévisibilité des ressources extérieures ne suffira pas, à elle seule, pour accroître l'efficacité de l'aide. Cela nécessite un **développement des capacités** – en termes, à la fois, de renforcement des systèmes et de développement des compétences des individus. Cependant, dans de nombreux pays, les activités de développement des capacités sont jusqu'à présent centrées sur l'administration centrale et ne s'étendent pas encore aux ministères sectoriels.

## Harmonisation

La santé étant cruciale pour le développement, elle constitue traditionnellement un secteur prioritaire d'intervention pour les donneurs. Si ce soutien est apprécié, il se caractérise par un degré élevé de fragmentation – comme on l'a vu dans la Partie 1 – et de double emploi, et par des coûts de transaction importants dus au fait que les gouvernements traitent avec de multiples partenaires. **Face à ces problèmes, des approches innovantes ont été adoptées.** L'Approche sectorielle large était déjà appliquée avant la Déclaration de Paris mais elle n'en repose pas moins sur les principes fondamentaux d'harmonisation, d'alignement et de gestion axée sur les résultats. Plus récent, le Partenariat international pour la santé tente d'aller plus loin que l'approche sectorielle large en mettant en place des « contrats par pays » afin de renforcer la **responsabilité mutuelle.** Par ailleurs, la communauté des victimes du VIH a élaboré ses propres outils et principes en vue de faciliter l'harmonisation entre partenaires (voir dans la Partie 3 l'examen du Partenariat international pour la santé et l'Outil d'alignement et d'harmonisation entre les pays [CHAT] pour le suivi de l'approche des trois principes unitaires d'action dans le domaine du VIH sida (« Three Ones »).

Dans le cadre de l'Approche sectorielle, les donneurs sont encouragés à soutenir un plan sectoriel défini et conduit par les pouvoirs publics et à adapter leurs modalités et instruments de financement aux systèmes et processus publics des pays bénéficiaires. L'on dénombre actuellement plus de 80 initiatives de ce type (dans tous les secteurs) dans des pays à revenu faible et intermédiaire d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. **L'expérience acquise au cours de ces vingt dernières années montre que les Approches sectorielles larges sont adaptables à différents contextes même si le progrès peut être inégal étant donné qu'il faut parfois des années pour en développer toutes les composantes.** Avec du recul, on se rend compte que ces Approches sont bien plus qu'une « nouvelle façon de travailler » et que les obstacles au progrès sont autant politiques que techniques. Les encadrés ci-dessous sur la mise en œuvre d'Approches sectorielles larges en République kirghize et au Mali illustrent les difficultés rencontrées dans différentes situations nationales.

## **Approches sectorielles larges en Asie centrale : la République kirghize**

La République kirghize met en œuvre une Approche sectorielle large dans le secteur de la santé depuis 2003-2004. Ce pays a été l'un des premiers pays d'Asie centrale à s'engager dans cette démarche. Un certain nombre de partenaires au développement interviennent dans le secteur de la santé et ils sont convenus de coordonner leur aide dans le cadre d'une Approche sectorielle large, combinant diverses modalités de financement, notamment le soutien budgétaire sectoriel. Les partenaires ont adopté une approche coordonnée afin de renforcer la capacité nationale et d'utiliser de plus en plus les systèmes publics.

Les résultats montrent que la prévisibilité de l'APD s'est améliorée, avec un plus grand respect des calendriers de versement que dans le passé et ce, surtout en ce qui concerne le soutien budgétaire sectoriel. Bien que plusieurs unités de mise en œuvre de projets aient été mises en place, leur nombre se stabilise et les partenaires au développement participent de plus en plus à des sommets bisannuels sur la santé et à des examens conjoints au lieu d'entreprendre des missions séparées pour faire le bilan des résultats dans le secteur et aborder les priorités futures.

Source : *OMS Country Cooperation Strategy Brief, Kirghizistan, avril 2006.*

*How Manas Taelimi (national health strategy) and the SWAp are helping the Kyrgyz Republic make progress on the Paris Declaration. Exposé préparé par la communauté des donateurs participant à l'Approche sectorielle large dans le secteur de la santé de la République kirghize. Mai 2008.*

La coordination entre partenaires implique non seulement l'adoption d'objectifs et d'approches communs mais aussi une division du travail fondée sur l'avantage comparatif. Compte tenu de la popularité de la santé comme secteur d'intervention des donateurs, ce second aspect de l'harmonisation est souvent plus difficile à concrétiser. **Les rapports nationaux sur la mise en œuvre du code de conduite de l'UE sur la division du travail dans le secteur de la santé** sont mitigés. Dans certains pays, les donateurs se sont retirés du secteur, sous prétexte de division du travail, contre le gré du gouvernement, tandis que dans d'autres, la coordination a du mal à se faire entre des acteurs très divers. Le secteur de la santé étant un de ceux où les intervenants sont les plus nombreux, cela est préoccupant.

Les nombreuses études sur les Approches sectorielles larges font ressortir comme essentiels les éléments suivants : un fort engagement et une puissante impulsion des pouvoirs publics, au niveau sectoriel comme au niveau macroéconomique ; une étroite coordination entre les donateurs et l'Etat ; l'engagement de la société civile ; de solides liens plurisectoriels ; et un engagement à utiliser les propres systèmes et procédures de l'Etat (planification, gestion, suivi et évaluation, par exemple).

## Approches sectorielles larges au Mali

Au Mali, la mise en place d'un plan décennal pour la santé et de son programme opérationnel quinquennal, le Programme de développement sanitaire et Social (PRODESS) a été conduite par le Ministère de la santé, avec l'assistance technique de plusieurs donateurs et une forte participation de la société civile. Le PRODESS a donc été conçu comme l'unique plan pour la santé soutenu par tous les partenaires suivant différentes modalités de financement. On peut citer comme résultats du PRODESS une meilleure capacité de suivi et d'évaluation de l'efficacité de la mise en œuvre de nombreuses initiatives nationales et la poursuite de la mise au point d'un système amélioré de gestion de l'information dans le secteur de la santé.

Les capacités de planification de bon nombre des acteurs du réseau de santé au Mali ont été renforcées par l'adoption de nouveaux outils de mesures et l'amélioration des outils existants, ce qui s'est traduit par un cycle de planification plus harmonisé et mieux aligné qui peut être synchronisé avec les objectifs du budget de l'Etat. Cette stabilisation a eu aussi des effets généraux sur les sources extérieures de financement. Du fait de l'harmonisation des objectifs du Ministère de la santé avec ceux du Ministère des finances, le financement extérieur est devenu un peu plus prévisible.

Un ensemble de procédures spécifiques a aussi été élaboré dans le cadre du PRODESS pour la gestion d'un « fonds commun » alimenté par les donateurs. Les tout premiers « résultats rapides » observés ont été le respect par la plupart des donateurs des priorités du programme sectoriel, l'amélioration du cadre d'établissement du programme et l'instauration d'un climat de confiance et de dialogue entre les partenaires. La qualité du dialogue est telle que la plupart des réformes sont maintenant élaborées de manière consensuelle, grâce au mécanisme de coordination et de suivi du PRODESS.

En tant que membre du Partenariat international pour la santé, le Mali compte signer son contrat avec ses partenaires au développement à la fin de 2008. Dans cette perspective, le PRODESS est prolongé de façon à être aligné sur le plan de développement national. Le PRODESS prolongé sera fondé sur un Plan cohérent de renforcement du système de santé simplifiant les politiques sous-sectorielles, ainsi que sur un cadre de dépenses à moyen terme englobant les nouvelles ressources humaines nécessaires pour le secteur de la santé et la mise en œuvre des stratégies du Plan de renforcement du système de santé.

Source : Salif Samaké, Directeur, Unité de planification et de statistique, Ministère de la santé, Mali (communication inédite).

Ces études mettent aussi en évidence plusieurs risques, notamment le risque de centrer les Approches sectorielles sur les méthodes et de perdre de vue le fait que l'aide est axée sur les résultats (mais voir plus loin). De plus, le souci d'harmonisation entre les donateurs peut prendre le pas sur la recherche d'un consensus entre des institutions nationales très diverses qui jouent un rôle décisif dans l'obtention de résultats. Dans la pratique, rares sont les pays où tous les éléments positifs sont en place, où la totalité du financement sectoriel est prise en compte et où tous les risques sont écartés. De ce fait, **la plupart des pays continuent de recevoir leur aide suivant diverses modalités de financement.**

S'il l'existence de dispositifs de financement multiples ne pose pas de problème en soi, cela peut créer des **incitations** contradictoires. D'une part, certains donateurs offrent de puissantes incitations en faveur du soutien programmatique ou budgétaire. Il peut arriver qu'ils aillent trop vite par rapport aux réalités locales. Surtout dans les cas où les systèmes sont faibles, cela peut provoquer des tensions avec le gouvernement et au sein du groupe local de donateurs. D'autre part, les incitations qui vont de pair avec une approche fondée sur des projets – suppléments de rémunération, pouvoir et influence liés à l'exploitation d'une grande unité de gestion de projets, possibilités de formation à

l'étranger etc. – peuvent conduire certains bénéficiaires à résister à des approches plus harmonisées et mieux alignées.

### **Mise en œuvre d'Approches sectorielles larges – Tanzanie**

Le secteur de la santé en Tanzanie fait l'objet depuis neuf ans d'une Approche sectorielle large à l'appui du programme de développement de ce secteur mis en place par le gouvernement en vue de faciliter l'accès aux services de soins de santé disponibles dans le pays et d'en améliorer la prestation et la qualité.

L'Approche sectorielle large a été mise en œuvre avant une période difficile pour le secteur de la santé dans ce pays, caractérisé par une fourniture de services déficiente, des ressources (financières, humaines et en infrastructure) insuffisantes ainsi qu'une coopération et une coordination limitées entre les diverses parties intervenant pour soutenir le secteur.

En 2007, une évaluation conjointe extérieure a été réalisée afin de tenter de mesurer les résultats obtenus depuis la mise en œuvre de l'Approche sectorielle large. Cette évaluation a été décrite comme étant la première à répondre pleinement à la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide, et elle a été conduite par le Ministère tanzanien des finances et de l'économie, avec l'appui de toutes les parties prenantes dans le secteur (Ministère de la santé et des affaires sociales, organisations de la société civile, secteur privé et partenaires au développement).

Les conclusions de l'évaluation indiquent que l'Approche sectorielle large dans le secteur de la santé a donné généralement de bons résultats, avec une appropriation nationale accrue et un meilleur accès à des niveaux plus élevés de financement – intérieur et extérieur. Cette initiative s'est donc traduite par des améliorations réelles, notamment une baisse de la mortalité néonatale et infantile, une plus grande disponibilité de médicaments et une meilleure prestation de services de santé. L'Approche sectorielle large a été étayée par des réformes de grande ampleur, en particulier la décentralisation du pouvoir au profit des districts, conjuguée à un mécanisme innovant de mise en commun des ressources externes contribuant à ces améliorations.

L'évaluation met toutefois en lumière un certain nombre de difficultés majeures, en particulier la mortalité maternelle, qui demeure très élevée, et la nécessité d'améliorer les soins tertiaires et de renforcer les partenariats public-privé.

Tout en reconnaissant que les avantages des Initiatives d'envergure mondiale dans le domaine de la santé et les vastes programmes bilatéraux canalisent des ressources indispensables vers des maladies considérées comme des priorités nationales, l'évaluation mène à la conclusion que ces dispositifs opèrent généralement en dehors des processus existants de planification dans le domaine de la santé, faussant les priorités locales et compromettant la durabilité. En conclusion, même si l'Approche sectorielle large apporte des améliorations notables, il faudra intensifier les efforts, notamment du point de vue des ressources (financières, humaines) si l'on veut que la Tanzanie atteigne tous les OMD relatifs à la santé.

Source : Évaluation externe conjointe , *The Health Sector in Tanzania, 1999-2006*, Ministère des affaires étrangères du Danemark, octobre 2007, <http://hdptz.esealtd.com/>.

**Cela montre bien la difficulté d'assurer l'appropriation par les pays** : si les financements des donateurs contribuent à créer des structures et des incitations générales, ceux qui en bénéficient auront sans doute un sentiment d'« appropriation », que les autres n'auront pas. De même, l'adoption de modalités d'aide « efficaces » telles que le soutien programmatique et budgétaire doit se faire en partenariat avec les pouvoirs publics et à rythme qui convient aux autorités nationales.

## Gestion axée sur les résultats

En fin de compte, **l'impact de l'aide sur la santé se mesure à l'amélioration des résultats dans ce domaine.** De plus en plus, les partenaires reconnaissent qu'*imputer* l'amélioration de la santé à l'aide fournie par tel ou tel donneur est non seulement infaisable (du fait de l'interconnexion des déterminants de l'état de santé) mais aussi contreproductif. La fixation d'objectifs conjoints et l'entente sur les modalités de suivi du progrès réalisé – au moyen de cadres de suivi communs – est donc un élément décisif pour accroître l'efficacité de l'aide en faveur de la santé.

Une évaluation officielle du programme sectoriel en Tanzanie (*voir encadré ci-dessous*) indique que des changements dans les méthodes de travail se traduisent par des améliorations dans les résultats. Il ressort aussi de l'expérience du Mali que des améliorations dans l'harmonisation et l'alignement entre partenaires pour la santé vont de pair avec des gains dans le secteur de la santé.

Il ne suffit pas de s'entendre sur la façon de mesurer le progrès accompli dans le domaine de la santé, **les partenaires et les gouvernements doivent aussi parvenir à un consensus sur les actions à entreprendre pour atteindre ces résultats.** Au niveau macroéconomique, il existe des cas où certaines « conditions » relatives à l'amélioration de la santé sont fixées dans les cadres d'évaluation utilisés pour déclencher les versements de soutien budgétaire général. C'est un moyen important d'insérer la santé dans les programmes de développement plus généraux. Cependant, comme ces instruments couvrent l'ensemble du spectre du développement, le centrage sur la santé ne peut qu'être limité, et l'on peut avoir tendance à choisir des conditions de déclenchement peu ambitieuses afin d'assurer la continuité des versements.

Le soutien fondé sur les politiques est peut-être plus prometteur *au niveau sectoriel*, c'est-à-dire une aide fournie sous forme d'un soutien budgétaire sectoriel lié aux réalisations des pouvoirs publics dans le secteur de la santé, par exemple, une nouvelle législation sur la mise en place d'organismes de réglementation. Cela permet de veiller tout particulièrement à ce que le soutien en faveur de la santé soit combiné à une modalité d'aide efficace – soutien budgétaire ou programmatique.

## ***PARTIE 3 : PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES ET ORIENTATIONS FUTURES***

*Cette partie du rapport présente les domaines dans lesquelles la communauté internationale des spécialistes de la santé, face aux défis identifiés, progresse dans le secteur de la santé.*

### **Prévisibilité à long terme du financement**

L'accroissement de l'aide en faveur de la santé offre une occasion sans précédent de contribuer durablement à améliorer la prestation de services de santé et, partant, à atteindre les OMC relatifs à ce domaine. **Outre le niveau global de l'aide, la prévisibilité du financement est essentielle** pour la stabilité et la viabilité à moyen terme des plans dans le secteur de la santé.

**De nombreuses interventions dans le secteur de la santé exigent une perspective à long terme**, notamment un renforcement des systèmes de santé, en particulier la formation et le déploiement de médecins et de personnel infirmier qualifiés, la mise au point et la diffusion de nouveaux médicaments pour traiter les maladies dans les pays à faible revenu, le traitement des affections chroniques à l'aide de médicaments qui sont actuellement trop onéreux pour ces pays, en particulier pour le VIH/SIDA, et l'éradications de maladies comme la polio et le paludisme. En conséquence, il est prévu dans Objectifs du millénaire pour le développement qu'il faudra une quinzaine d'années pour que l'aide ait un effet sensible sur la mortalité infantile et maternelle et sur la lutte contre les maladies transmissibles.

Afin de mieux comprendre cette question, l'OMS a commandé une étude sur les pratiques des gouvernements des Etats-Unis, du Royaume-Uni, de la Suède et de la Norvège, du Fonds mondial, de la GAVI Alliance et de la Banque mondiale en matière d'engagement de ressources d'aide au développement à long terme en faveur de la santé. Ces organismes représentent environ deux tiers de l'aide au développement dans le secteur de la santé. Par « long terme », on entend une période de plus de cinq ans, et par aide « en faveur de la santé » on entend les activités d'aide visant directement la santé et la population, conformément à la classification de l'aide au développement établie par l'OCDE. L'encadré ci-dessous donne un bref aperçu des diverses politiques et contraintes des donateurs en matière d'affectation et de répartition de l'aide.

Du côté positif, on observe une augmentation des engagements à long terme d'aide en faveur de la santé dans chacun des sept organismes passés en revue (Etats-Unis, Royaume-Uni, Norvège, Suède, Fonds mondial, GAVI Alliance et Banque mondiale, International Development Association [IDA]). Bon nombre de ces innovations bénéficient d'un soutien politique à haut niveau et sont le fait d'institutions d'aide relativement récentes. Tous les organismes examinés offrent des exemples d'engagements d'aide en faveur du secteur de la santé de cinq ans ou plus, essentiellement à l'appui de la prestation de services de santé. Les partenariats mondiaux pour la santé et leurs bailleurs de fonds font figure de pionniers à de nombreux égards du financement à moyen terme.

Il est toutefois possible d'améliorer la durée de l'aide dans le cadre des règles et réglementations existantes, ou en offrant des modalités spéciales applicables aux segments de l'aide en faveur de la santé par chaque organisme. La principale contrainte est donc l'absence d'engagement politique (et non l'existence de contraintes techniques) à accroître la durée de l'aide en faveur de la santé de façon plus générale.

### **Objectifs de l'aide et allocation de ressources**

Les organismes bilatéraux qui sont en mesure de prendre des engagements internationaux concernant le volume total de leur aide au développement future sont aussi mieux placés pour prendre des engagements indicatifs à moyen terme au regard du montant total attendu de l'enveloppe prévue à cet effet. Sur les quatre organismes bilatéraux, seuls les Etats-Unis ne fixent pas d'objectif officiel en matière d'aide et cela limite aussi la possibilité de prendre des engagements indicatifs et fermes pour l'avenir. Le Royaume-Uni, la Suède et la Norvège ont des objectifs d'aide à long terme et des budgets indicatifs à moyen terme.

Tous les budgets d'aide bilatérale au développement (Royaume-Uni, Suède, Norvège et Etats-Unis) faisant l'objet d'une approbation annuelle, les engagements contraignants à moyen terme requièrent l'approbation du parlement. Par contre, les partenariats mondiaux pour la santé (GAVI Alliance et Fonds mondial) et la Banque mondiale sont en mesure d'obtenir des financements pluriannuels par un système de reconstitution de réserves pour trois ans (IDA et Fonds mondial), des promesses à long terme et des montages financiers innovants (GAVI Alliance et Fonds mondial), et la possibilité d'accumuler des fonds en dépôt.

### **Allocations de ressources – stratégies nationales**

Les donateurs bilatéraux et multilatéraux examinés articulent leur stratégie de soutien au secteur de la santé des pays bénéficiaires sur une période de 3- 5 ans, mais les volumes d'informations sur le niveau du soutien financier diffèrent. En général, les stratégies nationales sont alignées sur celles des bénéficiaires en matière de santé et/ou de réduction de la pauvreté. Dans la plupart des cas, il existe une étroite corrélation entre les stratégies nationales et la durée du soutien financier.

La GAVI Alliance et le Fonds mondial ne coordonnent pas les stratégies nationales. Un financement est mis à disposition pour des projets soumis par les pays, fondés principalement sur les stratégies nationales et examinés par des groupes techniques avant d'être soumis pour approbation. Cette approche crée une forme différente d'incertitude (le projet sera-t-il approuvé ?). Dans le cas de la GAVI Alliance, le financement est disponible pour la durée de la stratégie nationale de vaccination et/ou du plan de santé national, jusqu'en 2015.

Source : OMS, *Donor constraints on long-term aid commitments for health*, 2008.

L'étude recommande une intensification des efforts visant à **améliorer la responsabilité des donateurs en mesurant la durée de l'aide**, et à offrir des engagements pour l'avenir, comme complément à des efforts de plus court terme portant sur la prévisibilité de l'aide à un an. Il faut en outre renforcer les incitations offertes aux agents des organismes pour qu'ils privilégient les engagements à moyen terme – et qu'ils comprennent et appliquent les dispositions existantes.

L'étude reconnaît aussi que les procédures et processus nationaux (des pays bénéficiaires) de gestion de la réforme et d'amélioration des résultats dans le secteur de la santé sont décisifs pour réunir des sources de financement extérieur sur une base durable à long terme. Des initiatives visant à mieux coordonner l'aide en faveur de la santé, telles que le Partenariat international pour la santé, peuvent ainsi jouer un rôle clé dans l'apport d'un soutien à moyen terme coordonné à des stratégies nationales bien définies. L'étude souligne tout particulièrement que les modalités de soutien pour les agences des Nations Unies spécialisées dans la santé créent une grande incertitude budgétaire – davantage, dans certains cas, que l'aide accordée aux pays. Cela paraît être un domaine particulièrement négligé.

L'une des principales innovations en matière de financement à long terme du secteur de la santé est la Facilité internationale de financement pour la vaccination, créée en 2006 afin d'accélérer la mise à disposition de fonds pour les programmes de soins de santé et de vaccination dans les pays les plus pauvres du monde. L'investissement prévu de cet organisme, à hauteur de 4 milliards USD de 2006 à 2015, pourrait permettre de vacciner

un demi-milliard de personnes supplémentaires. (On trouvera dans l'encadré ci-dessous une présentation succincte de la Facilité internationale de financement pour la vaccination).

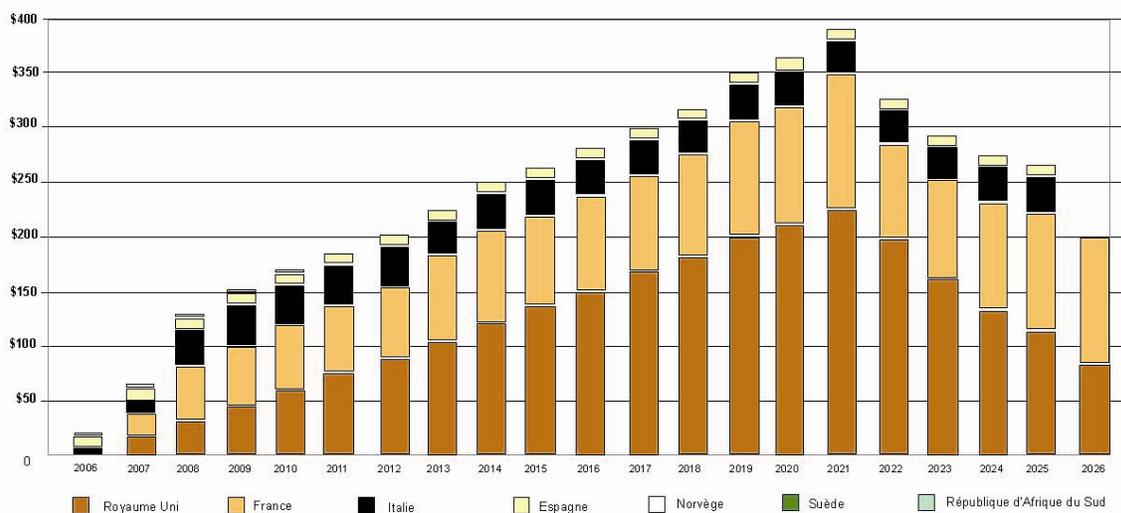
### Facilité internationale de financement pour la vaccination

Actuellement dans sa deuxième année d'existence, la Facilité internationale de financement pour la vaccination continue d'enregistrer de solides résultats financiers et les obligations sont toujours très recherchées par les investisseurs. Après l'émission initiale d'obligations pour une valeur de 1 milliard USD en novembre 2006, une deuxième émission a eu lieu au Japon au début de 2008, en vue de lever plus de 220 millions USD. Cette fois encore, la souscription a dépassé 100 %. Les donateurs ont pris des engagements à 20 ans auprès de la Facilité, prouvant qu'un financement prévisible à long terme est possible dans le domaine du développement (voir graphique 2). Les donateurs fondateurs de la Facilité internationale de financement pour la vaccination sont la France, l'Italie, la Norvège, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni. L'Afrique du sud y a adhéré en tant que donneur en mars 2007 et d'autres donateurs, dont le Brésil, envisagent de faire de même.

Les fonds de la Facilité transitent par la GAVI Alliance pour financer une intensification accélérée des efforts dans le domaine des soins de santé et de la vaccination dans plus de 70 pays. Ces financements soutiennent à la fois les programmes « de base » de la GAVI Alliance en matière de vaccination et de développement des soins et services de santé, et une gamme d'investissements ponctuels spéciaux en vue de l'éradication de certaines maladies et de lutte contre ces affections grâce à des opérations menées par les partenaires de la GAVI Alliance.

En augmentant grandement le volume de ressources disponibles, sur une base saine de contributions prévisibles à long terme des donateurs, la Facilité internationale de financement pour la vaccination aide la GAVI Alliance à structurer le marché du côté de la demande aussi bien que du côté de l'offre. Ayant l'assurance de pouvoir compter sur des ressources importantes, les pays se montrent plus disposés à étendre leurs programmes de vaccination et les fabricants de vaccins sont en mesure de prévoir une production accrue, ce qui stabilise l'offre de vaccins et fait baisser les prix par le biais d'une concurrence accrue.

**Graphique 2. Obligations de paiement des organismes souverains de parrainage (millions USD)\***



\* Les totaux sont approximatifs en raison de variations possibles dues à des fluctuations des taux de change.

Source : GAVI Alliance

## **Amélioration de l'harmonisation et de l'alignement à l'échelon national**

S'appuyant sur les enseignements tirés de la mise en œuvre des Approches sectorielles larges, un certain nombre de nouvelles initiatives en matière de santé, regroupées sous la désignation collective de **Partenariat international pour la santé**, visent à la fois à renforcer les systèmes nationaux de santé et à mieux coordonner la réponse des donateurs au niveau national. Il s'agit, outre le Partenariat international pour la santé lui-même, de la Catalytic Initiative, de la Providing for Health Initiative et d'autres encore. L'apparition de ces initiatives reflète le fort soutien politique apporté à la santé, et la prise de conscience de l'importance cruciale de l'efficacité de l'aide pour progresser dans le domaine de la santé. Concrètement, le Partenariat international pour la santé centre son effort sur le développement de « contrats » par pays reposant sur cinq principes : un plan national unique pour la santé et la lutte contre le VIH/SIDA ; une matrice d'action unique et un cadre unique pour les résultats ; un budget unique ; un cadre et un processus de suivi uniques ; et un processus de validation unique par pays. Ces organismes ont des plans et des stratégies solides au plan national, axés sur les résultats, reconnaissant que tous les plans doivent établir un juste équilibre entre ambition et réalisme. Ils doivent être suffisamment robustes pour aider les partenaires (donneurs, gouvernements et autres), individuellement ou collectivement, à prendre des décisions en matière de financement qui soient fondées sur leur évaluation et sur les résultats qu'ils cherchent à atteindre.

### **Le Contrat pour la santé en Ethiopie**

Le Contrat pour la santé portant sur l'intensification des efforts déployés pour atteindre les OMD relatifs à la santé, qui est en cours de négociation entre le gouvernement éthiopien et les partenaires au développement, met en place des initiatives adoptées en commun pour la période 2008-2015. Ce Contrat s'inscrit dans le cadre de la politique générale d'harmonisation de l'aide du pays et s'appuie sur les processus de coordination qui sont en place dans le secteur de la santé, notamment le code de conduite régissant ce secteur. Le Contrat établit des principes directeurs et des dispositifs de gestion afin de renforcer l'efficacité de l'APD à l'appui des OMD relatifs à la santé. Il énonce des engagements et des obligations spécifiques pour le gouvernement et les partenaires au développement. En même temps, il fixe des objectifs collectifs concernant le niveau minimum de l'aide totale consacrée à la santé et aborde la question des pratiques futures de gestion de cette aide extérieure, notamment le recours croissant aux systèmes publics de passation des marchés, de versement, de mise en œuvre, de notification, de suivi et de reddition de comptes et d'audit. Il établit un certain nombre de critères pour le suivi du Contrat et met en place un cadre permettant de suivre les résultats du secteur en général.

Source : Ministère fédéral de la santé, *Compact between the Government of Ethiopia and development partners on scaling up for reaching the health MDGs*, juin 2008.

### **Validation des stratégies et plans nationaux**

L'idée de contrats par pays s'articule autour du principe de la mise en place d'une stratégie et un plan uniques dans le domaine de la santé à l'échelon national. Dans bien des pays, cette stratégie forme la base d'une approche sectorielle large ou fondée sur des programmes. La difficulté, dans ces cas, est de faire en sorte qu'un cercle plus large de partenaires au développement – y compris des fonds et programmes mondiaux – participent à l'évaluation conjointe d'une stratégie nationale afin de créer une base pour la prise de décisions concernant le financement et d'aligner le soutien financier sur les priorités nationales.

S'inspirant d'idées tirées d'autres secteurs (en particulier l'Initiative pour l'accélération du programme « Éducation pour tous »), des travaux sont en cours afin de définir les principales caractéristiques minimales des stratégies et plans nationaux qui sont considérées comme nécessaires pour permettre de prendre des décisions en matière de financement et de proposer des options en vue de leur « validation ». Ce dernier processus pose une difficulté particulière car il faut trouver un juste équilibre entre la nécessité d'assurer un certain degré d'indépendance, afin de rassurer les bailleurs de fonds extérieurs, et le maintien d'un sentiment total d'appropriation nationale. A la différence du processus extraterritorial utilisé actuellement par la GAVI Alliance et le Fonds mondial pour examiner les propositions, le processus de validation se déroulera dans le pays concerné. Cette approche sera expérimentée dans les pays de la première vague du Partenariat international pour la santé qui se préparent à négocier des contrats au second semestre de 2008. De plus, de solides stratégies nationales en matière de santé ou de lutte contre certaines maladies serviront de base pour la prise de décisions par le Conseil d'administration du Fonds mondial concernant l'application de la stratégie nationale à partir de la fin de 2009.

## Suivi et évaluation

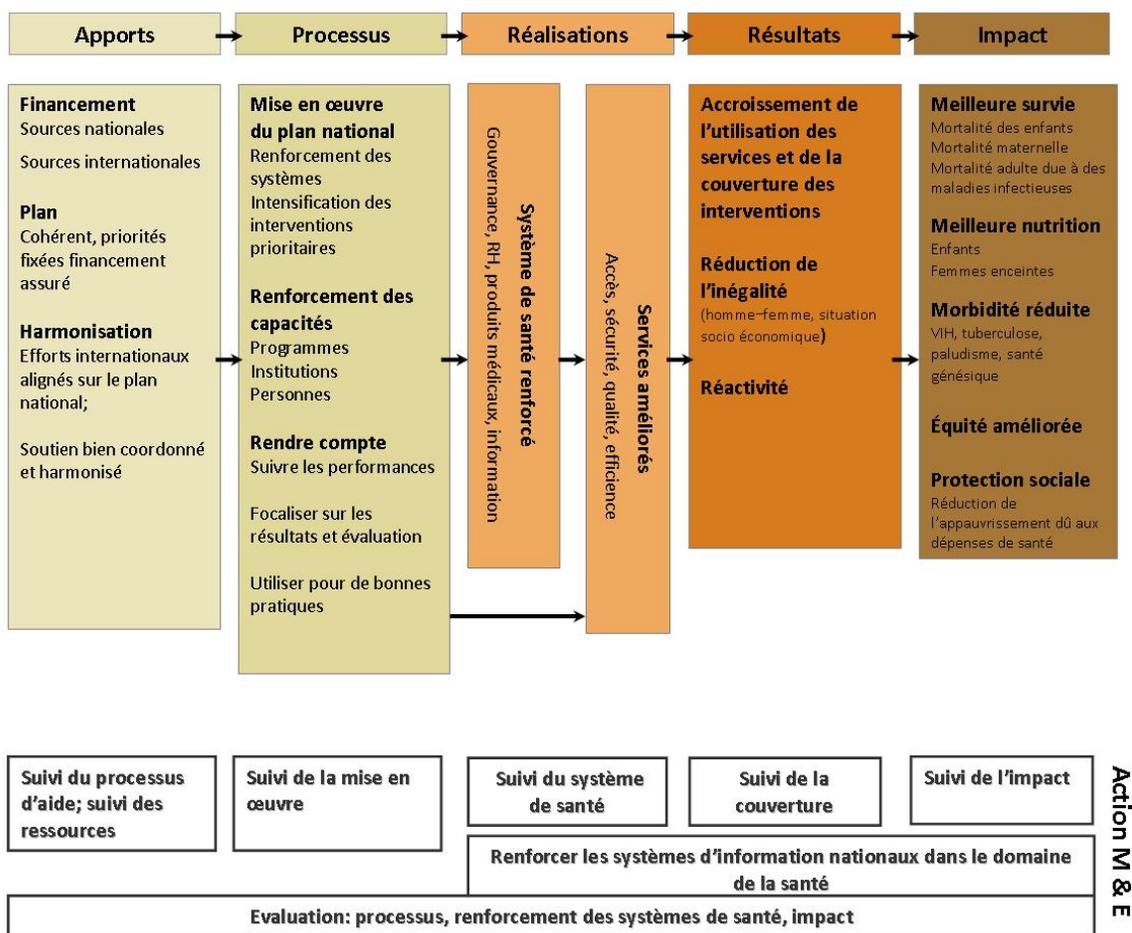
La clé de l'harmonisation et de l'alignement au niveau national est l'adoption d'une approche commune en matière de suivi et d'évaluation. Un cadre stratégique commun pour le suivi et l'évaluation des initiatives visant à intensifier les efforts d'amélioration de la santé a été conçu par un groupe de travail du Partenariat international pour la santé avec la participation des pays intéressés et adopté en même temps que plusieurs autres initiatives. Le cadre commun définit des catégories générales d'actions et de résultats reliés logiquement. Ces initiatives sont censées produire des cadres de résultats plus détaillés, adaptés aux différents pays et interventions lors de l'application du cadre stratégique.

Le cadre commun de suivi et d'évaluation est fondé sur les principes suivants :

- **Action collective** : les initiatives d'aide en faveur de la santé et les efforts nationaux contribuent à améliorer les résultats généraux du secteur ;
- **Alignement sur les processus nationaux** : s'appuyer sur les processus nationaux mis en place par les pays pour suivre la mise en œuvre des plans nationaux ;
- **Équilibre entre la participation des pays et l'indépendance des évaluations** : le processus répond aux besoins des pays mais est conduit de façon à assurer l'indépendance des évaluations ;
- **Approches harmonisées** : protocoles communs et contributions, processus, production et indicateurs de résultats standardisés, avec les adaptations nécessaires selon les pays ;
- **Renforcement des capacités et amélioration de l'information dans le domaine de la santé** : participation systématique des institutions nationales ;
- **Financement suffisant** : entre 5 % et 10 % de l'ensemble des ressources globales affectées à l'amélioration de la santé sont réservées au suivi des résultats, à l'évaluation, à la recherche opérationnellement et au renforcement des systèmes d'information.

Le cadre commun comprend un « tableau de bord » des indicateurs des systèmes de santé qui peut servir à montrer le progrès réalisé dans des domaines tels que le financement, la prestation de services, les produits pharmaceutiques, les statistiques de la santé et la gouvernance.

### Graphique 3: Cadre commun de suivi des performances et d'évaluation du Partenariat international pour la santé



Source : Partenariat international pour la santé.

**Suivi de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé :** De nombreux pays se sont déclarés intéressés par un suivi de l'efficacité de l'aide, reconnaissant que l'image nationale qui se dégage de l'enquête de l'OCDE/CAD peut masquer des différences importantes – tant positives que négatives – au niveau sectoriel. Des travaux sont en cours afin d'adapter les indicateurs de la Déclaration de Paris à cet effet. L'on est cependant convenu qu'il ne serait pas approprié de lancer une enquête parallèle, mais qu'il valait mieux fournir des recommandations aux pays qui veulent utiliser cet instrument pour des objectifs propres, tout en maintenant la possibilité d'établir des comparaisons internationales.

**Suivi des trois principes d'action unitaires dans le domaine du sida (« Three Ones ») :** Dans le domaine du SIDA, l'idée des « trois principes » (une autorité nationale, un plan stratégique et un cadre de suivi et d'évaluation) sous-tend les efforts d'amélioration de l'harmonisation et de l'alignement. L'Outil national d'harmonisation et d'alignement (CHAT) a été utilisé dans le cadre des examens annuels pour évaluer le progrès accompli au fil des années. Au Kenya, où cet instrument a été utilisé récemment, il a révélé que l'harmonisation entre les donateurs est plus visible parmi les partenaires multilatéraux au développement que parmi les organismes bilatéraux. Il a aussi fait ressortir le progrès limité réalisé dans l'utilisation des systèmes nationaux dans ce pays.

## **Efficacité de l'aide dans les Etats fragiles**

La Déclaration de Paris mentionne tout particulièrement les problèmes d'appropriation, d'alignement et d'harmonisation qui se posent dans les Etats au sortir d'un conflit de longue durée. La difficulté dans le domaine de la santé, comme dans les autres secteurs, consiste à assurer un équilibre entre l'obtention de résultats immédiats qui permettront de sauver des vies et la nécessité de contribuer en même temps au renforcement des capacités du pays. Des travaux récents menés en République démocratique du Congo fournissent un exemple vivant du progrès qui est possible dans les situations les plus difficiles (*voir encadré ci-dessous*).

### **Reprise en main du secteur de la santé par les autorités nationales – le cas de la République démocratique du Congo**

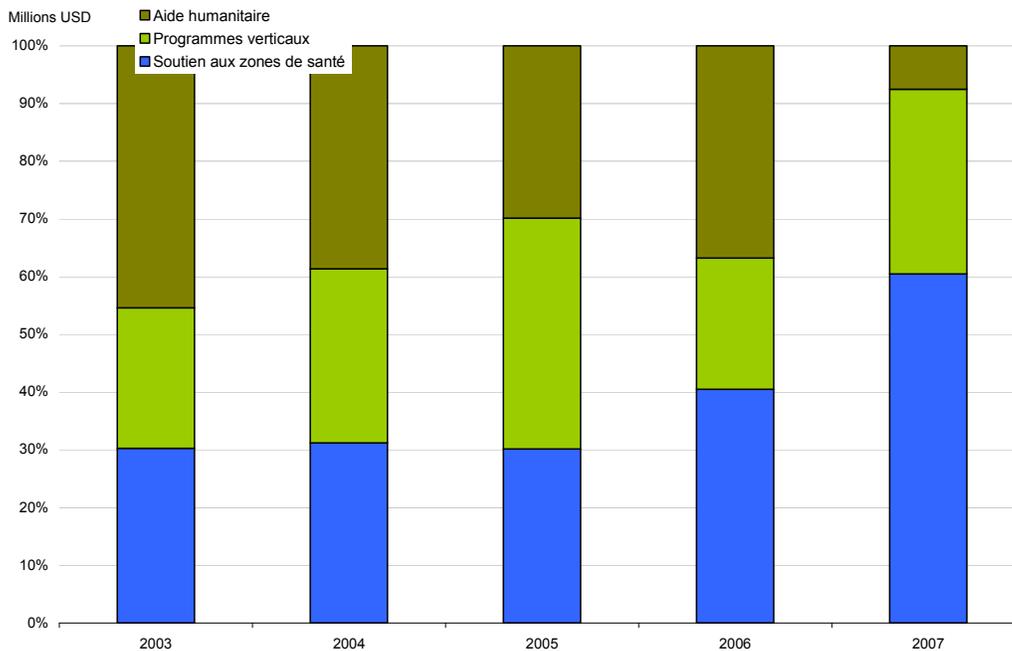
La reconstruction du système de santé en République démocratique du Congo (RDC), après la guerre et l'effondrement économique, illustre la façon dont les pays qui se trouvent dans des situations extrêmement difficiles peuvent reprendre les choses en mains, et montre les résultats d'une gestion politique judicieuse.

Ce pays faisait figure de pionnier du modèle de zones de santé dans les années 70 et au début des années 80, avec un système de santé constitué d'un réseau assez dense d'hôpitaux et de centres médicaux gérés par des cadres en nombre suffisant. Les désordres économiques et politiques qui ont commencé au milieu des années 80 ont fait voler en éclats l'autorité de l'administration centrale, conduisant au développement de multiples stratégies de fortune telles que la commercialisation des soins de santé. Au fur et à mesure que la guerre s'étendait, donateurs et partenaires au développement ont commencé de financer divers projets et programmes de lutte contre les maladies, sans guère tenir compte des conséquences à long terme que cela aurait sur les systèmes de santé. Entre 1999 et 2002, le Ministère de la planification a dû gérer plus de 280 partenaires au développement, y compris des organismes bilatéraux et multilatéraux, et ONG – nationales et internationales – ainsi que 53 programmes de lutte contre les maladies, avec 13 comités de coordination des donateurs.

Face à ces difficultés, le Ministère de la santé a décidé de définir une stratégie de réforme en 2005. Il a été créé un groupe de direction composé de représentants des différents partenaires, qui a élaboré une Nouvelle stratégie de renforcement du système national de santé. Cette stratégie visait principalement à renforcer le modèle de zones de santé et à éviter de nouvelles distorsions dans le système de santé, à faire face à la fragmentation de l'aide des donateurs, à mettre en place des structures et des réseaux pour la collaboration et la négociation avec les partenaires au sein du secteur de la santé et avec les autres acteurs publics et à intensifier le financement public régulier.

Le plan national a été adopté officiellement par les donateurs et la société civile. La Nouvelle stratégie de renforcement du système national de santé est devenue la composante santé de la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté. Plusieurs partenaires au développement ont aligné leurs projets ou leurs nouvelles initiatives sur la Nouvelle stratégie. La proportion de ressources engagées pour le renforcement du système – affectées à des programmes particuliers – dans les plans établis pour les provinces ou pour les zones de santé s'est accrue au cours de la période 2004-2006. La position du Ministère de la santé en matière de négociation et de refinancement du secteur de la santé s'est trouvée renforcée.

**Contribution des donateurs au secteur de la santé en RDC : recours au soutien en faveur des systèmes de santé après la formulation par le Ministère de la santé d'une nouvelle stratégie pour le secteur de la santé en 2004**



Source : OMS. *The world health report 2008, primary health care: now more than ever (sous presse)*. Genève, 2008.

**Fonds et programmes mondiaux**

Lors des réunions tenues à Rome en 2003, les programmes mondiaux mentionnaient à peine les initiatives en faveur de l'efficacité de l'aide. En 2005, à Paris, leur importance a été reconnue dans la déclaration prévoyant des mesures pour remédier à « l'intégration insuffisante des initiatives et programmes mondiaux dans les objectifs plus généraux de développement des pays partenaires... ». En 2008, les programmes mondiaux font partie intégrante de l'architecture de l'aide dans le domaine de la santé, complétant et augmentant les sources existantes d'aide au développement, en particulier pour ce qui concerne la lutte contre le VIH.

Bon nombre des avantages des programmes mondiaux sont cités dans d'autres parties du présent rapport – notamment en rapport avec la mobilisation de financements supplémentaires. D'un certain point de vue, l'on pourrait faire valoir que les programmes mondiaux s'adaptent plus rapidement au programme d'action établi à Paris que certains des organismes bilatéraux qui fournissent le gros de leur financement. Leur contribution a été aussi particulièrement remarquable pour ce qui est d'*institutionnaliser* la participation de la société civile et du secteur privé à l'élaboration et à la mise en œuvre de propositions. En même temps, leur mode de fonctionnement pose des problèmes considérables – tant pour les autorités des pays bénéficiaires que pour les partenaires dans le pays.

Bien des difficultés évoquées dans la partie 2 du présent rapport sont liées à la distorsion potentielle des priorités nationales qui peut résulter d'une obligation de contrepartie. Les fonds et programmes mondiaux étant de plus en plus engagés dans le financement de stratégies et plans nationaux, le fait qu'ils ne soient pas présents dans le pays et la dépendance à l'égard d'autres partenaires qui en résulte deviendront un problème important. Ces difficultés et d'autres ressortent d'un processus d'apprentissage qui a été coordonné par le Fonds mondial mais conduit par le Groupe d'apprentissage sur les programmes mondiaux. Le Groupe d'apprentissage s'occupe des programmes mondiaux venant de divers secteurs, tels que la santé, l'éducation et l'environnement (*voir encadré ci-dessous*).

#### **Groupe d'apprentissage sur les programmes mondiaux – autoévaluation, difficultés et bonnes pratiques**

**Appropriation** – On note un degré élevé d'appropriation de la part des pays participant au soutien et à la mise en œuvre des programmes mondiaux. Une caractéristique innovante commune est un soutien plus important et l'inclusion de la société civile et du secteur privé. Les programmes mondiaux bénéficient généralement d'un fort soutien des ministères sectoriels concernés. Il reste difficile d'accroître l'appropriation de l'ensemble des mécanismes et ministères de l'administration centrale qui assurent la coordination générale, y compris les ministères des finances.

**Alignement** – Les programmes mondiaux ont été créés afin d'exécuter des mandats particuliers, généralement à l'échelon sous-sectoriel : leur rôle est différent de celui des donateurs du CAD. Les programmes mondiaux font des efforts pour adapter leurs cycles de financement aux cycles budgétaires des pays.

**Harmonisation** – Les mandats et processus spécifiques des programmes mondiaux ainsi que leur absence générale sur le terrain rendent difficile l'harmonisation au niveau des pays. Du fait de leur visée mondiale, ces programmes tendent généralement à la meilleure pratique internationale. Ils s'attachent cependant de plus en plus à équilibrer cet objectif avec celui qui consiste à développer des actions conjointes avec les autres donateurs, afin de réduire les coûts de transaction, en particulier pour les gouvernements des pays partenaires. Le défi, pour les programmes mondiaux, consiste, par exemple, à trouver le moyen de participer aux groupes de donateurs dans les pays ou à des missions et analyses conjointes.

**Gestion axée sur les résultats** – Les programmes mondiaux innoveront par l'accent mis sur l'intégration des résultats et performances dans leurs processus de financement, ainsi que sur le suivi et l'évaluation. Tous les programmes mettent en avant des cadres de résultats – en tant qu'élément essentiel des systèmes de suivi, d'évaluation et de vérification – et sont axés de plus en plus sur les résultats en matière de développement ainsi que sur la saine gestion des ressources. Des exemples d'affectations par pays réalisées par certains programmes peuvent aider à relier les résultats à la prévisibilité et à l'impact international. Les programmes mondiaux diffèrent notablement du point de vue de l'usage qu'ils font des systèmes de suivi, de mesure des résultats et de vérification publics et des donateurs. Pour ceux qui les utilisaient moins dans le passé, la difficulté est d'arriver à aligner et à harmoniser les initiatives de façon à contribuer à l'amélioration des systèmes généraux de suivi et d'évaluation publics et des donateurs ainsi qu'à l'amélioration des résultats.

**Responsabilité mutuelle** – Les programmes mondiaux font preuve d'un haut degré de responsabilité auprès de leurs publics internationaux, et certains ont fixé aux donateurs des normes de bonne pratique en matière de transparence. La responsabilité mutuelle est cependant plus difficile au niveau des pays, notamment en raison des mandats mondiaux des programmes et de leur absence de présence permanente sur le terrain. La plus grande participation de la société civile et du secteur privé à la stratégie et aux structures de mise en œuvre des pays ajoute une autre dimension à la responsabilité mutuelle.

Enfin, il importe de rappeler un domaine de progrès considérable. Les partenariats mondiaux œuvrent pour mieux harmoniser le soutien qu'ils apportent au niveau des pays. Ainsi l'engagement du Conseil d'administration du Fonds mondial à soutenir les systèmes financiers a-t-il élargi le champ de ce qui peut être financé à cet égard. Il envisagera aussi d'autres solutions pour financer les stratégies nationales par le biais d'Approches sectorielles larges et d'autres mécanismes de mise en commun des ressources. Le PEPFAR a dépensé en 2006 quelque 350 millions USD pour le développement des ressources humaines et le renforcement des capacités dans les systèmes de santé. La facilité de renforcement des systèmes de santé de la GAVI Alliance est liée aux processus de planification nationaux et permet aux pays de centrer leur effort sur les principales contraintes des systèmes. Une étude récente montre que les propositions qui correspondent mieux aux priorités nationales mobilisent plus facilement des ressources. Les formes de financement innovantes, par le biais de l'initiative IFFIm, permet à la GAVI Alliance de prendre part potentiellement à des arrangements financiers à long terme avec les pays, ce qui accroît la prévisibilité.

### **Intégration des droits de l'Homme, de l'égalité homme-femme et du renforcement du pouvoir des femmes**

Les deux objectifs de promotion des droits de l'Homme et d'accroissement de l'efficacité de l'aide se renforcent l'un l'autre. Les droits de l'Homme, notamment le droit de bénéficier du plus haut niveau de santé possible, figurent dans les traités internationaux et les constitutions nationales. Ces textes constituent une base explicite pour les stratégies nationales en matière de santé et permettent aux peuples de tenir leurs gouvernements pour responsables de leurs engagements. Intégrer les normes et principes des droits de l'Homme de manière à assurer le développement du plan national dans le secteur de la santé revient à faire en sorte que le processus favorise les droits à la participation, à l'égalité et à la non-discrimination, et la responsabilité. Les principales parties prenantes, telles que la société civile et les populations vulnérables, doivent être présentes, et il faut prêter attention à l'égalité homme-femme dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan.

Tandis qu'une approche de l'efficacité de l'aide fondée sur les droits de l'Homme exige à la fois que les femmes jouent un rôle égal à celui des hommes dans la planification du développement et qu'elles bénéficient de l'égalité d'accès aux avantages qui en découlent, l'égalité homme-femme et le renforcement du pouvoir des femmes jouent un rôle particulièrement important dans l'amélioration de l'état de santé et sont donc traités séparément. L'amélioration des résultats en matière de santé dépend grandement des femmes, et les activités de développement qui rehaussent leur statut et leur indépendance économique créent un cercle vertueux. Si les femmes sont exclues du processus de développement, c'est l'inverse qui est vrai (*voir ci-dessous l'encadré sur le Népal*).

### **Népal : Participation solidaire pour une maternité sans risque**

Au Népal, la mise en œuvre du Plan national pour une maternité sans risque (2002-2017) est soutenue dans le cadre de l'Approche sectorielle large du secteur de la santé. Le programme d'aide comprend un Equity and Access Programme (EAP), géré par ActionAid, qui intervient auprès de certaines communautés dans huit zones de santé.

L'EAP a pour objectif d'accroître le taux d'utilisation des services par les femmes socialement défavorisées issues des castes inférieures et de groupes ethniques frappés d'exclusion. Une composante essentielle de l'EAP consiste en une méthode de participation par « enregistrement des voix » qui permet d'obtenir et d'enregistrer les points de vue des femmes issues de castes, de groupes ethniques et de groupes régionaux exclus sur les questions relatives à la santé maternelle et sur la prestation de services de santé. Ces rapports servent de base pour des débats sur les services de santé maternelle entre représentants des femmes et prestataires de services au niveau des villages et des zones de santé. Les conclusions tirées des enregistrements sont aussi transmises au Ministère de la santé et de la population en vue de la prise de décisions concernant l'affectation des ressources et la planification.

Des données détaillées communiquées par l'EAP révèlent, sur la période de deux ans 2006-2007, une augmentation des accouchements à l'hôpital dans les zones de santé de l'EAP, pour tous les groupes sociaux, avec un taux moyen environ 12 fois supérieur à la moyenne nationale. Cependant, les femmes issues de groupes défavorisés continuent d'accoucher davantage dans des établissements périphériques ou à domicile. Ces chiffres aident à faire pression sur les autorités en faveur d'un accroissement de la proportion du budget d'infrastructure allouée à la construction d'établissements périphériques. Les données d'observation provenant du projet sur les obstacles financiers aux services maternels ont aussi contribué au débat national et à la décision de supprimer les redevances d'utilisation pour les services de santé de base. Les enseignements tirés de l'EAP sur la réactivité aux préoccupations des utilisateurs des services aient à informer le Partenariat international pour la santé mis en place au Népal.

Source : Clare Ferguson. *Linking human rights and aid effectiveness for better development results: Practical experience from the health sector*. Rapport établi pour l'Équipe de projet sur les droits de l'Homme du Réseau du CAD de l'OCDE sur la gouvernance (GOVNET), 2008.

L'apport d'une aide efficace au niveau sectoriel doit être étayé par des liens étroits avec le programme général – « économique » et « humain » – en faveur du développement. Le premier implique des liens étroits entre les plans et les budgets concernant la santé et la réduction de la pauvreté (*voir ci-dessous l'encadré sur l'Ouganda*). Le fait de prêter attention à la façon dont les stratégies et les plans nationaux dans le secteur de la santé sont élaborés peut accroître l'efficacité de l'aide du fait de l'amélioration de la transparence et de la prise en compte de tous les intérêts. Inversement, une aide efficace est une aide qui contribue à la réalisation des droits de l'Homme. Prêter attention aux obligations fondamentales et au cadre directeur du droit à la santé (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité) ainsi qu'à des principes connexes tels que la non-discrimination et l'égalité homme-femme est essentiel pour que les droits de l'Homme soient encore renforcés grâce aux efforts d'harmonisation de l'aide.

### **Ouganda : Suivi et évaluation au niveau des communautés**

Au titre de l'accord sur les PPTE (pays pauvres très endettés), le gouvernement ougandais est tenu de verser les ressources qui ne servent plus au service de la dette à un Fonds d'action contre la pauvreté (PAF) destiné à financer les programmes de lutte contre la pauvreté. Le PAF représente une source importante de financement pour le budget national de l'Ouganda, et une forte proportion des ressources du pays consacrées à la santé et à l'éducation.

Le PAF est au cœur du champ d'action de l'Uganda Debt Network (UDN), un réseau de la société civile qui contrôle l'utilisation des ressources publiques et veille à ce que les dépenses sociales profitent à ceux qui en ont le plus grand besoin. En 2002, l'UDN a lancé un Système de suivi et d'évaluation au niveau des communautés (CBMES) afin d'engager les personnes pauvres et marginalisées à suivre et à évaluer les programmes de lutte contre la pauvreté dans leurs propres communautés. Le programme fournit aux populations des informations sur les stratégies mises en œuvre en matière de réduction de la pauvreté et leur apprend à analyser les budgets locaux. Il soutient la participation des femmes et de tous ceux qui sont issus de groupes exclus à ses travaux. Dans le cadre du CBMES, des moniteurs bénévoles travaillent directement avec les prestataires de services de santé afin d'évaluer la prestation de services et de discuter des résultats. Les conclusions sont aussi présentées aux agents publics locaux par les moniteurs des communautés, qui font usage de leur savoir pour demander des informations supplémentaires et négocier des solutions.

Le programme a mis en évidence d'importants obstacles à la prestation de services de santé, notamment des déficiences dans les systèmes de gestion, de passation des marchés et de contrôle des unités de santé locales, ainsi que des problèmes croissants de corruption active et passive. Il a aussi mobilisé le soutien de communautés en faveur de l'établissement de centres médicaux locaux et suivi la construction des installations convenues. Le programme a été d'abord mis en place à titre expérimental dans quatre zones de santé et il est maintenant en cours d'établissement dans sept autres. Une évaluation de la phase expérimentale initiale a fait apparaître une amélioration des services de santé et d'éducation et un recul des services de médiocre qualité dans les zones couvertes par le CBMES.

Source : Uganda Debt Network [www.udn.org.ug](http://www.udn.org.ug) ; Keith-Brown K. *Investing for Life : Making the link between public spending and the reduction of maternal mortality*. Rapport établi pour le FUNDAR, 2005.

### **Un rôle grandissant pour la société civile**

Les groupes de pression ont joué un rôle dominant dans la transformation de certains aspects de l'action internationale dans le domaine de la santé – essentiellement en matière de traitement du SIDA et dans l'augmentation des dépenses de santé. Ces groupes continuent d'exercer leur influence afin qu'une plus grande attention soit prêtée à la question des ressources humaines dans le secteur de la santé. Ils militent maintenant en faveur d'une intensification de l'investissement dans les systèmes de santé, qui ne compromette pas, toutefois, les acquis passés en matière de financement de la lutte contre certaines maladies.

Dans un autre registre, divers acteurs non gouvernementaux assurent la prestation de services de santé dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Ces interventions s'inscrivent dans le cadre d'une longue tradition d'action de groupes confessionnels dans des zones défavorisées, par l'intermédiaire de groupes – en particulier ceux qui travaillent sur la santé sexuelle – opérant aux marges de la société, touchant des populations qui, autrement, sont généralement délaissées par les prestataires de services officiels.

Le financement par l'aide, dans le cas des organisations de la société civile (OSC), soulève lui-même des questions. Du côté positif, bon nombre des partenariats mondiaux,

reconnaissant le rôle important des OSC en tant que fournisseurs d'aide et militants, prévoient spécifiquement ce rôle dans leurs stratégies de financement. Cependant, l'énorme volume de ressources offertes – en particulier pour la lutte contre le VIH et le SIDA – a conduit à la création d'un grand nombre d'ONG « boîtes aux lettres », destinées principalement à collecter des ressources. En même temps, les observations recueillies récemment par l'OMS sur la collaboration avec le secteur non étatique révèlent que la préférence des organismes bilatéraux pour les services publics se traduit par retrait massif de personnels des services de mission (en particulier en Afrique orientale) car ils ne peuvent pas suivre les hausses de rémunération maintenant rendues possibles grâce à l'aide au secteur public.

## ***PARTIE 4 : PROGRAMME D'ACTION***

Même si les besoins sont loin d'être entièrement satisfaits, un volume considérable de nouvelles ressources a été mis à disposition pour des investissements dans le secteur de la santé. Soucieux d'utiliser au mieux ces fonds, la communauté internationale des spécialistes de la santé et les pays partenaires ont déployé beaucoup d'énergie pour comprendre les enjeux de l'efficacité de l'aide dans le secteur et réunir un consensus autour de certaines solutions. Il y a déjà eu du progrès dans de nombreux domaines – notamment l'amélioration de la prévisibilité de l'aide, le renforcement des mécanismes nationaux d'harmonisation et d'alignement et la mise en place de mécanismes de responsabilité mutuelle. Ces réalisations doivent être étendues à un plus grand nombre de pays et élargi à un groupe plus large d'acteurs.

Les recommandations formulées dans les paragraphes qui suivent portent sur les principaux aspects que sont l'appropriation, l'alignement et la gestion axée sur les résultats en matière de développement. Les six domaines prioritaires identifiés par les pays partenaires (prévisibilité, conditionnalité, incitations, division du travail, renforcement des capacités, déliement de l'aide) sont aussi pris en compte dans ces propositions ;

### **Appropriation**

Les pays ont besoin d'investir dans **l'élaboration de stratégies, de plans et de budgets nationaux axés sur les résultats dans le domaine de la santé**. Cela facilitera l'harmonisation et l'alignement de l'aide en faveur de la santé sur une base plus durable et plus prévisible. Pour la conception et la mise en œuvre de leurs stratégies en matière de santé, les **pouvoirs publics doivent assurer un vaste dialogue et une large collaboration avec toutes les parties, y compris le secteur privé et les OSC**, exploitant les possibilités qu'offre l'aide pour un engagement accru avec des acteurs non étatiques.

**Les pays doivent aussi prendre l'initiative d'identifier clairement leurs besoins, leurs manques et leurs priorités en matière d'aide**. Une fois ces éléments clairement établis, tous les partenaires au développement doivent assurer un meilleur alignement de leurs interventions sur les plans, les budgets et les systèmes nationaux.

Les partenaires au développement peuvent soutenir les efforts déployés afin **d'améliorer le dialogue et la coordination entre les ministères de la santé et les ministères centraux (finances, économie et planification)**. Cela aidera à faire en sorte que les plans et budgets dans le domaine de la santé soient bien pris en compte dans la stratégie nationale à long terme, et que les activités soient convenablement financées, en particulier dans les domaines qui requièrent des engagements à long terme, comme les ressources humaines et les médicaments.

L'appropriation par les pays est facilitée par **une présentation plus claire des rôles, de la division du travail et des avantages comparatifs des différents types de soutien en faveur de la santé**, en particulier dans le domaine du renforcement des systèmes de santé. Les partenaires au développement doivent encourager la diffusion de messages clairs, cohérents et harmonisés sur cette question par le biais de leurs propres organisations et des conseils d'administration des partenariats mondiaux auxquels ils sont représentés.

## Alignement

Le renforcement des **capacités des institutions et systèmes nationaux** est essentiel pour l'alignement. Les partenaires au développement peuvent soutenir les pays en renforçant les capacités de planification, de budgétisation et de suivi et en améliorant le dialogue sectoriel ; tous ces éléments doivent être en place et bien fonctionner pour que les donateurs ciblent leur aide en conséquence.

Les partenaires au développement doivent **inciter correctement** leur personnel à prendre des engagements en matière d'aide à long terme, développer la coordination avec d'autres organismes et encourager l'adoption d'approches fondées sur des programmes dans lesquelles les pays bénéficiaires ont l'initiative.

Les partenaires au développement doivent veiller à ce que les nouvelles ressources mobilisées au moyen de mécanismes de financement innovants dans le domaine de la santé soient **affectées à des programmes cohérents et conformes aux priorités des pays**.

Tous les partenaires au développement doivent avoir pour objectif de **notifier en temps voulu le volume et la durée de leurs engagements et le calendrier des versements** afin de renforcer les processus budgétaires et de planification des pays. Ils doivent aussi **rendre compte de leur alignement sur des approches fondées sur des programmes dans le domaine de la santé, et de l'utilisation des systèmes nationaux**.

Tous les partenaires au développement doivent œuvrer pour organiser **des missions et des examens sectoriels annuels conjoints**, qui sont essentiels pour examiner les objectifs communs, s'entendre sur les procédures et les conditions d'action et encourager un meilleur alignement sur les plans nationaux, sous la direction des pays.

## Gestion axée sur les résultats

Axer la gestion sur les résultats reste un élément central du programme d'action pour l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, mais il faut pour cela s'attacher spécifiquement à **gérer la complexité** – reconnaissant que la diversité peut aider à obtenir des résultats et que le secteur de la santé bénéficie de l'intervention de partenaires très divers qui opèrent de différentes manières.

Les partenaires au développement doivent intensifier leurs efforts en vue d'**harmoniser les cadres existants de suivi et d'évaluation**, et parler de « contribution » aux résultats globaux des pays et non d' « attribution ».

Pays et partenaires doivent donner priorité au **renforcement des systèmes nationaux d'information dans le secteur de la santé**. Tous les programmes d'aide, y compris ceux des OSC, doivent viser à utiliser ces systèmes par défaut.

Les partenaires au développement et les pays doivent **continuer de suivre le progrès réalisé et les résultats obtenus dans le domaine de la santé dans l'optique de l'efficacité de l'aide**. Le CAD continuera de suivre et d'encourager le progrès par ses travaux sur la santé en tant que secteur de référence.

Les partenaires au développement doivent utiliser pleinement les mécanismes et éléments de flexibilité existants qui permettent d'offrir **une part plus importante de leur aide en faveur de la santé sur le plus long terme**. Ils doivent aussi **lever les conditions mises au recours à la coopération technique dans le secteur de la santé**.

## ***Annexe 1 : Définitions générales***

**L'aide en faveur de programmes sectoriels** correspond à l'apport de contributions à l'exécution de vastes plans de développement dans un secteur défini comme l'agriculture, l'éducation, les transports etc. L'aide est mise à disposition « en espèces » ou « en nature », avec ou sans restrictions concernant l'utilisation spécifique des fonds, mais à la condition que le bénéficiaire mette en œuvre un plan de développement en faveur du secteur en question.

**La coopération technique** comprend à la fois (a) des dons aux ressortissants des pays bénéficiaires de l'aide qui suivent un enseignement ou une formation dans leur pays ou à l'étranger et (b) des paiements à des consultants, des conseillers et des personnels analogues ainsi qu'à des enseignants et des administrateurs en service dans les pays bénéficiaires (y compris le coût des équipements correspondants). Ce type d'aide fournie spécifiquement afin de faciliter la mise en œuvre d'un projet d'équipement est considéré indistinctement comme une dépense bilatérale de projet ou de programme et n'est pas identifiée séparément comme coopération technique dans les statistiques des flux agrégés ([http://www.oecd.org/glossary/0,3414,en\\_2649\\_33721\\_1965693\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html#1965580](http://www.oecd.org/glossary/0,3414,en_2649_33721_1965693_1_1_1_1,00.html#1965580)).

### **Définitions du SNPC**

**La coopération technique pure** recouvre les activités financées par un pays donneur et ayant pour but essentiel d'élever le niveau des connaissances, des qualifications, du savoir-faire technique ou des aptitudes productives de la population des pays bénéficiaires de l'aide au développement, c'est-à-dire d'accroître le stock de capital intellectuel de ces pays ou leur aptitude à utiliser plus efficacement leur dotation de facteurs. Cette forme de coopération englobe les coûts de personnel, de formation et d'étude ainsi que les frais d'équipement et les frais administratifs correspondants.

**L'aide en faveur de programmes sectoriels** correspond à l'apport de contributions à l'exécution de vastes plans de développement dans un secteur défini comme l'agriculture, l'éducation, les transports etc. L'aide est mise à disposition « en espèces » ou « en nature », avec ou sans restrictions concernant l'utilisation spécifique des fonds, mais à la condition que le bénéficiaire mette en œuvre un plan de développement en faveur du secteur en question.

**Les projets d'équipement** comprennent a) les programmes visant à accroître et/ou améliorer le stock de capital physique du bénéficiaire et b) le financement de la fourniture de biens et de services à l'appui de ces programmes.

**La coopération technique associée à un projet d'équipement** correspond au financement de services par un pays donneur, dans le but essentiel de contribuer à la conception et/ou à la mise en œuvre d'un projet ou programme destiné à accroître le stock de capital physique du pays bénéficiaire. Parmi ces services figurent les concours de conseillers, les aides techniques, la fourniture de savoir-faire lié à l'exécution d'un projet d'équipement, et la contribution du propre personnel du pays donneur à la mise en œuvre du projet (gestionnaires, techniciens, main-d'œuvre qualifiée, etc.).

Un **engagement** est une obligation ferme, stipulée par écrit et étayée par l'ouverture de crédits ou l'affectation de fonds publics, par laquelle un gouvernement ou un organisme public s'engage à fournir, au profit du pays bénéficiaire, des ressources d'un montant spécifié, assorties de conditions financières spécifiées et destinées à des fins spécifiées.

Un **versement** est la mise de ressources à la disposition d'un pays ou d'un organisme bénéficiaire ou, dans le cas des opérations internes en rapport avec le développement, le débours des fonds par le secteur public.

La classification des secteurs établie par le SNPC comprend les catégories générales ci-après :

**Infrastructure et services sociaux** (couvrant les secteurs de l'éducation, de la santé, de la population, et de l'eau, les administrations publiques et la société civile) ;

**Infrastructure et services économiques** (couvrant les transports, les communications, l'énergie et les services bancaires, financiers et aux entreprises) ;

**Production** (couvrant l'agriculture, la sylviculture, la pêche, l'industrie, les activités extractives, la construction, le commerce, le tourisme) ;

**Destination plurisectorielle ou transversale** (couvrant la protection générale de l'environnement, les femmes dans le développement, d'autres activités plurisectorielles tels que le développement urbain et rural) ; et

**Aide non ventilable par secteur** (pour les contributions qui ne peuvent pas être allouées par secteur, comme le soutien à la balance des paiements, les actions relatives à la dette, l'aide d'urgence et les transactions internes dans le pays donneur).

## ANNEXE 02

PMA bénéficiaires	Population moyenne 2002-2006	RNB par habitant US\$ courants (BM-05)	Mortalité des enfants de moins de cinq ans 2004	Espérance de vie à la naissance 2004	Dépense totale MOYENNE de santé par habitant 2001-2005	APD en faveur de la santé par habitant 2002-2006	OMD 6 % de l'aide en faveur de la santé et de la population	Fréquence du VIH (15-49) Est 2005	OMD 5 % de l'aide en faveur de la santé et de la population	Coopération technique % de l'aide en faveur de la santé et de la population
	population (000s)	US\$	pour 1000 naissances vivantes	ans	US\$	US\$	%	%	%	%
Zambie	11,277	400	182	40	27.4	20.0	58.5%	17.0	0.6%	36.2%
Timor-Leste	1,009	N/A	N/A	N/A	36.2	14.9	18.9%	N/A	0.8%	20.4%
Malawi	12,905	160	175	41	16.6	13.4	49.9%	14.1	1.5%	22.4%
Lesotho	1,965	730	82	41	34	12.7	72.1%	23.2	0.7%	19.3%
Rwanda	9,085	210	203	46	12.8	10.8	73.9%	3.1	2.1%	53.8%
Haiti	9,151	450	117	55	23.6	10.1	63.1%	3.8	15.2%	57.3%
Mozambique	20,065	270	152	45	11.8	9.9	47.0%	16.1	4.5%	34.9%
Cambodge	13,724	350	141	54	22.6	7.7	54.9%	1.6	5.4%	44.0%
Ouganda	28,059	250	138	49	19	7.6	69.0%	6.7	1.3%	47.1%
Sénégal	11,477	630	137	55	30.4	7.4	28.9%	0.9	1.5%	45.7%
République-Unie de Tanzanie	37,522	320	126	48	12.8	7.2	57.1%	6.5	5.5%	32.2%
Bénin	8,228	450	152	53	21.4	6.6	46.4%	1.8	2.9%	27.1%
Afghanistan	24,112	234	257	42	12.6	6.4	7.3%	0.1	1.9%	46.1%
Sierra Leone	5,361	210	283	39	7.2	5.6	40.9%	1.6	1.3%	8.1%
Mali	11,276	330	219	46	23.6	5.5	39.8%	1.7	6.4%	33.9%
Guinée-Bissau	1,550	160	203	47	10.8	5.1	34.4%	3.8	5.2%	24.6%
Gambie	1,570	280	122	57	13	5.0	79.2%	2.4	1.9%	3.1%
Erythrée	4,349	190	82	60	11	4.9	45.1%	2.4	26.3%	18.6%
République démocratique populaire lao	5,577	390	83	59	N/A	4.8	29.0%	0.1	3.2%	25.7%
Burkina Faso	13,509	350	192	48	18.4	4.7	46.3%	2.0	7.0%	19.5%
Mauritanie	2,882	530	125	58	13.2	4.5	60.0%	0.7	8.1%	9.2%
Burundi	7,588	90	190	45	3	4.4	67.6%	3.3	9.0%	18.9%
Libéria	3,382	120	235	42	6.4	4.1	55.8%	3.5	3.8%	33.5%
République centrafricaine	4,127	310	193	41	11.2	3.9	65.4%	10.7	2.0%	9.6%
Angola	15,641	930	260	40	25.2	3.8	54.1%	3.7	2.5%	29.6%
Guinée	8,840	410	155	53	23.2	3.5	52.0%	1.5	9.5%	35.1%
Niger	12,823	210	259	41	8	3.4	44.1%	1.1	3.4%	23.1%
République démocratique du Congo	57,003	110	205	44	4.2	3.2	39.1%	3.2	0.5%	31.1%
Népal	26,560	250	76	61	13.6	3.0	25.0%	0.5	19.8%	41.3%
Ethiopie	77,036	110	166	50	5.6	2.9	68.3%	2.2	5.8%	35.8%
Madagascar	18,143	290	123	57	9.6	2.8	41.9%	0.5	3.6%	30.2%
Togo	6,074	310	140	54	14.8	2.4	65.0%	3.2	2.2%	10.8%
Somalie	7,962	N/A	N/A	N/A	8	2.1	64.4%	N/A	2.5%	20.8%
Yémen	20,496	550	111	59	31.4	1.9	17.8%	0.1	35.2%	22.8%
Soudan	36,188	530	91	58	20	1.7	60.1%	1.6	1.2%	43.2%
Bangladesh	150,497	440	77	62	11.8	1.7	9.9%	0.1	18.4%	34.2%
Tchad	9,802	250	200	46	16	1.6	39.7%	3.5	4.6%	36.9%
Myanmar	47,570	N/A	N/A	N/A	3.8	0.6	53.6%	N/A	3.6%	24.6%

## Bibliographie

- Barnes KI, et al. Effect of artemether-lumefantrine policy and improved vector control on malaria burden in KwaZulu-Natal, Afrique du sud. *PLoS Medicine / Public Library of Science*, 2005, 2:e330.
- Bhattarai A, et al. Impact of artemisinin-based combination therapy and insecticide-treated nets on malaria burden in Zanzibar. *PLoS Medicine / Public Library of Science*, 2007, 4:e309.
- Buse K, Walt G. An unruly melange? Coordinating external resources to the health sector: a review. *Social Science & Medicine*, 1997, 45:449-463.
- Caines K. *Key evidence from major studies of selected global health partnerships: background paper prepared for the High-Level Forum on the Health MDGs*. Londres, DFID Health Resource Centre, 2005.
- Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 1995, 7:329-347.
- Cohen J. The new world of global health. *Science*, 2006, 311:162-167.
- Cheng M. Experts call for rethinking AIDS money, communiqué de *Associated Press*. 18 janvier 2008.
- Fidler D. Architecture amidst anarchy: global health's quest for governance. *Global Health Governance*, 2007, 1:1-17.
- Impact of long-lasting insecticidal-treated nets (LLINs) and artemisinin-based combination therapies (ACTs) measured using surveillance data, in four African countries*, janvier 2008, Genève, Organisation mondiale de la santé, Global Malaria Program, Surveillance, Monitoring, and Evaluation Unit, 2008.
- Janovsky K, Travis P. *Non-state providers of health care in Tanzania: Governance, stewardship and international support*. Rapport sur une mission de l'OMS en Tanzanie. 8 - 17 août 2006.
- OCDE, *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide*. Paris. 2005.
- Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Genève, Organisation mondiale de la santé (publication conjointe avec l'ONUSIDA et l'UNICEF), 2008.
- ONUSIDA, *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Genève, 2007.
- Walt G, Buse K. Partnership and fragmentation in international health: threat or opportunity? *Tropical Medicine & International Health*, 2000, 5:467-471.
- OLSO, *Donor constraints on long-term aid commitments for health*, 2008
- OLS. *Report prepared for the MDG Task Force on MDG8, target 17*. (à paraître).
- OMS. *Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the last 10 years*. (sous presse).
- Why we need to work more effectively in fragile states*. Londres, Department for International Development, 2005.
- Banque mondiale, *Rapport de suivi mondial*. Washington, DC, 2008.



De plus amples renseignements au sujet de cette publication peuvent être obtenus auprès de :

Département Gouvernance des systèmes de santé et prestation de services  
Systèmes et Services de Santé  
Organisation mondiale de la santé  
CH-1211 Genève 27, Suisse

Direction de la coopération pour le développement  
Division de l'efficacité de l'aide  
Organisation de coopération et de développement économiques  
2 rue André Pascal  
75775 Paris CEDEX 16, France

ISBN 978 92 4 259695 3



9 789242 596953