

L'EFFICACITÉ DE L'AIDE EN SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST : MAINTENANT PLUS QUE JAMAIS

**ELISABETH PAUL¹, DIEUDONNÉ EClOU², NADINE SOSSOUHOUNTO², FIRMIN
NAKOULMA³, ET ISSA BERTHÉ⁴**

¹ Université de Liège, GRAP-PA Santé, Belgique

² Université d'Abomey-Calavi, LADYD, Bénin et GRAP-PA Santé

³ Secrétariat permanent du PNDS, Ministère de la Santé, Burkina Faso

⁴ Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Mali

LA PROBLÉMATIQUE

Depuis plus de quinze ans, des efforts ont été menés au niveau international en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide au développement. Cette préoccupation a été au cœur des forums de haut niveau organisés sous l'égide de l'Organisation de coopération et de développement économiques à Rome (2003), Paris (2005), Accra (2008) et Busan (2011). Plusieurs principes ont été identifiés comme censés permettre d'améliorer l'efficacité de l'aide, en particulier l'appropriation des politiques de développement par le pays récipiendaire, l'alignement des partenaires extérieurs sur les stratégies et systèmes nationaux, l'harmonisation des interventions des bailleurs de fonds, l'orientation vers les résultats et la responsabilité mutuelle pour ces derniers (1). Un groupe de travail global sur l'efficacité de l'aide a conclu que si des avancées ont été observées, il existe encore d'importantes marges de progrès pour rendre l'aide plus efficace, en particulier dans le secteur de la santé qui est l'un des plus fragmentés (2). En effet, outre les nombreux bailleurs de fonds « traditionnels » du secteur (bilatéraux et multilatéraux), ces dernières années ont vu l'émergence d'une multitude de nouveaux acteurs, tels que des fondations privées et autres initiatives globales pour la santé. Ceci pose d'importants défis aux pays dépendants de l'aide pour coordonner les donateurs et

développer des dispositifs et systèmes appropriés (plans de développement, forums de concertation, système de gestion financière, mécanismes de suivi-évaluation, ...) sur lesquels les partenaires puissent s'aligner, plutôt que d'utiliser leurs propres systèmes et procédures.

L'EFFICACITÉ DE L'AIDE EN PRATIQUE

Depuis la fin des années 1990, l'approche sectorielle s'est imposée comme un instrument privilégié pour améliorer l'efficacité de l'aide (3). Il s'agit d'une méthode de travail entre un gouvernement et des partenaires extérieurs, qui collaborent à la mise en place progressive d'une politique sectorielle complète et cohérente pour l'ensemble d'un secteur, se traduisant par le soutien conjoint à un programme sectoriel unique (1). L'approche sectorielle est remise en cause par l'explosion des initiatives globales ciblant quelques problèmes de santé spécifiques plutôt que l'entièreté du système, et intervenant de manière verticaliste. Elle connaît toutefois un renouveau à travers le Partenariat international pour la santé et initiatives liées (IHP+), qui rassemble une trentaine de pays en développement et vingt-cinq pays donateurs et organisations internationales. L'objectif commun est d'améliorer la santé dans les pays pauvres en opérationnalisant les principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur. L'IHP+ se traduit, au niveau des pays en développement, dans des « pactes » ou « Compacts » nationaux qui énoncent les engagements du gouvernement et de ses partenaires à joindre leurs efforts pour soutenir un cadre national unique de développement sanitaire, comportant ainsi tous les ingrédients de l'approche sectorielle : l'appui à la politique sectorielle du gouvernement, l'unicité du cadre de budgétisation et de suivi-évaluation, l'engagement à s'aligner autant que possible sur les systèmes nationaux, etc. En outre, l'IHP+ formalise la responsabilité mutuelle pour les résultats et donne une meilleure visibilité internationale aux expériences locales, favorisant l'échange de pratiques entre pays. Il a donc le potentiel de renforcer les dynamiques existantes d'approche sectorielle ou d'en lancer les bases dans les pays où il n'en existait pas encore. En particulier, les Compacts nationaux

offrent une excellente opportunité de propulser le développement de plateformes nationales de suivi, d'évaluation et de redevabilité mutuelle (4). C'est ce que nous analysons ci-dessous dans trois pays francophones d'Afrique de l'Ouest : le Bénin, le Burkina Faso et le Mali.

LES ACQUIS DE L'IHP+ AU BÉNIN, AU BURKINA FASO ET AU MALI

Les principes de l'efficacité de l'aide en général, de l'IHP+ en particulier, sont mis en œuvre de façons diverses dans ces pays. Jusqu'à l'éclosion des troubles politiques en mars 2012, le Mali était sans conteste le plus avancé en la matière, car il s'est lancé dans une approche sectorielle en santé dès 1999. Elle a permis d'obtenir des gains rapides au niveau de l'efficacité de l'aide – en particulier, la réduction des incohérences entre les interventions des partenaires, la coordination des parties prenantes, l'appropriation du programme sanitaire national et l'alignement des partenaires sur celui-ci – ainsi que des progrès de plus long terme : renforcement des capacités locales, du leadership du Ministère de la santé (MS) et du système de santé (5, 6). L'adhésion du Mali à l'IHP+ fin 2007 a permis de donner une nouvelle impulsion à l'approche sectorielle. Le MS a initié une dynamique inclusive de travail en commun, impliquant l'ensemble des partenaires ainsi que la société civile et d'autres ministères, en vue de préparer le Compact et les documents qui le sous-tendent : révision du plan national de développement socio-sanitaire et de son cadre budgétaire, accord sur une matrice conjointe de suivi-évaluation, élaboration de plans nationaux de renforcement du système de santé et de développement des ressources humaines. En avril 2009, le Mali a été le premier pays francophone à signer son Compact avec treize partenaires. Cependant, malgré les avancées réalisées par certains acteurs au niveau central, de nombreuses pratiques contraires à l'efficacité de l'aide perdurent – en particulier, l'existence de nombreux projets ciblés sur des régions ou des problèmes spécifiques plutôt qu'en appui global au renforcement du système (comme les projets ciblés sur la santé de la reproduction soutenus paradoxalement par des membres actifs de l'IHP+ tels que la Banque mondiale, la France et les Pays-Bas), de

financements assortis de leurs propres modalités de gestion (en particulier, ceux du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), de missions et études individuelles en plus des conjointes, ainsi que de revues annuelles spécifiques des interventions des PTF (c'est notamment le cas de l'UNICEF et de l'UNFPA), et la volatilité des financements extérieurs – sans compter des problèmes de gestion au niveau du MS (6). En particulier, des malversations ont été identifiées dans la gestion des financements du Fonds mondial en 2009. Toutefois, il faut remarquer que ce sont les services de contrôle interne du MS qui ont détecté ces fraudes perpétrées par la cellule de gestion du projet mais que subséquemment, plusieurs donateurs ont suspendu leur aide – contribuant à faire chuter les financements extérieurs, prévus cette année-là pour près de 38 milliards de francs CFA dans les plans opérationnels du programme sanitaire, à moins de 7 milliards de FCFA (7).

Au Bénin, les principales réalisations en termes de mise en œuvre concrète des principes de l'efficacité de l'aide sont assez récentes. Elles ont été propulsées par la finalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui constitue une référence pour tous les acteurs et la formalisation du cadre de coordination sectorielle culminant lors de la revue annuelle conjointe de performance. Le Bénin a adhéré à l'IHP+ en 2009 et, dans ce cadre, le gouvernement a signé en novembre 2010 un Compact national avec cinq partenaires, qui scelle leur engagement à s'aligner sur le PNDS. Le processus IHP+ au Bénin a été critiqué du fait que le MS n'a pas affirmé son leadership suffisamment tôt et que plusieurs éléments fondamentaux du Compact étaient insuffisamment définis – en particulier, les cadres fiduciaire, de concertation et de suivi-évaluation – et dès lors, sa mise en œuvre a été retardée (8). Plusieurs membres de l'IHP+ (Commission européenne, France) et des partenaires très importants du secteur (USAID, Fonds mondial) n'ont pas jugé utile de le signer. D'importants problèmes de gouvernance perdurent au sein du MS et au niveau opérationnel, très peu de progrès sont réellement constatés (8,9). Toutefois, plusieurs avancées ont été faites

consécutivement à la dynamique impulsée par l’IHP+, avec notamment la mise sur pied d’une plateforme commune de renforcement du système de santé, l’institutionnalisation du cadre de dialogue politique et la finalisation du plan de suivi, évaluation et revues du PNDS.

Enfin, au Burkina Faso, plusieurs éléments d’une approche sectorielle ont été développés au cours des dernières années, en particulier le PNDS, son cadre des dépenses à moyen terme, ainsi que les revues annuelles. Le Burkina a adhéré à l’IHP+ en mai 2010 et a développé son Compact à travers un processus participatif en 2012. Il sera signé en mars 2013 au cours d’une table-ronde des bailleurs de fonds du secteur. L’IHP+ n’a pas suscité comme dans les deux autres pays l’élaboration de nouveaux plans ou dispositifs, car le Compact s’est construit sur les éléments existants du PNDS, de son cadre de coordination et de suivi-évaluation. Néanmoins, la préparation du Compact a permis de faire des avancées importantes dans la rationalisation et le renforcement du cadre fiduciaire, d’affirmer pour la première fois les modalités d’aide préférées par le gouvernement (appui budgétaire sectoriel et fonds commun) et de formaliser les engagements du gouvernement et des partenaires en termes de redevabilité mutuelle – à travers la revue, lors des rencontres périodiques, d’une matrice de suivi des engagements des signataires ainsi que d’indicateurs de résultats. Le défi majeur réside dans l’amélioration de la gestion des ressources financières mobilisées dans le secteur.

CONCLUSIONS ET DÉFIS POUR L’AVENIR

La comparaison des trois pays montre que malgré leur proximité géographique et leurs profils économique et sanitaire assez similaires, la dynamique existant dans le secteur de la santé dans chacun des pays a influencé la façon dont l’IHP+ s’est traduit. Ainsi, le Mali a bâti sur sa longue expérience d’approche sectorielle et a renforcé les institutions existantes, ce qui a en quelque sorte relancé la dynamique de coopération dans le secteur (6). Le Bénin a utilisé l’IHP+ comme une opportunité de créer les bases d’une approche sectorielle qui ne préexistait pas, ce qui retardé sa concrétisation (8,9). Par contre, le Burkina Faso a bâti son Compact sur

les éléments fondamentaux de son PNDS, ce qui augure d'une mise en œuvre aisée. Au-delà de ces dynamiques différentes, l'IHP+ a contribué au renforcement de la place du plan national et des dispositifs nationaux de coordination comme plateforme de suivi-évaluation et de redevabilité du secteur de la santé.

Bien qu'il soit extrêmement difficile de démontrer les résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide (10), dans les trois pays, d'importants progrès ont été faits. Plusieurs changements de pratiques sont constatés, tant du côté du gouvernement que de nombreux partenaires (planification, revues et activités conjointes, etc.), qui ont très probablement contribué à l'amélioration de la gestion du système de santé et des résultats. Malgré ces progrès, de manière générale, on déplore une mise en œuvre « à deux vitesses » des principes de l'efficacité de l'aide et de l'IHP+, qui n'ont été jusqu'à présent que partiellement mis en œuvre par quelques partenaires, tandis que des pratiques contraires à ces principes perdurent encore – en particulier quant à l'alignement sur les systèmes nationaux et à la prévisibilité de l'aide. Dès lors, les attentes au niveau des résultats doivent être réalistes, car c'est seulement moyennant le renforcement des plans et mécanismes de gestion nationaux ainsi que de changements de pratiques de la part d'une masse critique de partenaires, que tout le potentiel de l'agenda pour l'efficacité de l'aide peut se révéler. Par ailleurs, pour que les acquis de l'approche sectorielle et de l'IHP+ soient durables, ils doivent être enregistrés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris au niveau local. Il est donc plus que jamais nécessaire d'agir pour que les autorités des pays dépendant de l'aide prennent de manière plus affirmée le leadership pour améliorer leurs institutions et cadrer leurs partenaires au développement, malgré la réticence de certains et les contraintes institutionnelles de nombreux autres.

RÉFÉRENCES

- ¹ Paul, Elisabeth, Bruno Dujardin et Véronique Zinnen, 2011, « L'approche sectorielle – Concepts, défis et application au secteur de la santé », *GRAP Policy Brief* n°2 (<http://www.grap-pa.be>).
- ² Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), Working Party on Aid Effectiveness, Task Team on Health as a Tracer Sector, 2011, *Progress and challenges in aid effectiveness. What can we learn from the health sector?* Paris: OECD/WP EFF/TT-HATS.
- ³ Cassels, Andrew, 1997, *A guide to sector-wide approaches for health development*, Geneva : World Health Organization.
- ⁴ World Health Organization and IHP+, 2011, *Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies: A country-led platform for information and accountability*. Geneva: WHO.
- ⁵ Samaké, Salif (Ed.), 2009, *L'approche sectorielle dans le domaine de la santé au Mali*, Coopération Technique Belge et Ministère de la Santé du Mali.
- ⁶ Paul, Elisabeth, 2011, « Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : Etude de cas du Mali », GRAP-PA Santé pour le compte de l'OMS et de l'IHP+.
- ⁷ Lawson, Andrew, Josette Habas, Modibo Keita, Elisabeth Paul, Bruno Versailles, et Alexandra Murray-Zmijewski, 2011, *Evaluation conjointe des opérations d'aide budgétaire au Mali de 2003 à 2009*, Eco-Consult et consorts pour le compte de la Commission de l'Union européenne, de la Belgique et du Canada comme exercice pilote du Comité d'aide au développement de l'OCDE.
- ⁸ Paul, Elisabeth et Christophe Dossouvi, 2011, « Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : Etude de cas du Bénin », Résumé analytique, réalisé pour le compte de l'OMS et de l'IHP+.

⁹ Paul, Elisabeth, 2012, « Avancées dans la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Bénin », *Rapport de la troisième mission du GRAP-PA Santé au Bénin*, 19 septembre – 5 octobre.

¹⁰ Paul, Elisabeth, Megan Ireland, Jessica Martini, Véronique Zinnen, Ignace Ronse, Salif Samaké, Bruno Dujardin, 2013, “Results from the implementation of aid effectiveness principles in the health sector in Mali”, *Journal of Public Health Policy* 34(1): 140-152. (DOI: 10.1057/jphp.2012.64)