

Cadre conceptuel de la coopération belge en santé :
« *Investir dans la santé pour un meilleur bien-être* »

Document de réflexion sur les enjeux de la coopération en santé de la Belgique avec les pays du Sud, préparé par les membres de la plate-forme des acteurs belges en santé internationale ***Be-cause Health***

Bruxelles, décembre 2007

Le présent document a été élaboré à la demande de la Direction Générale de la Coopération au Développement. Il est le fruit d'un processus participatif au cours de l'année 2007. Il propose une réflexion sur les enjeux conceptuels et techniques de la coopération en santé avec les pays du Sud.

Adapté aux réalités sociales et politiques du début de ce XXIème siècle, ce document est proposé comme base de réflexion pour l'élaboration de la note politique que la DGCD destine au Parlement Fédéral, à la Commission interdépartementale pour le Développement durable et la Commission « Femmes et Développement ».

Be-cause Health

Be-cause Health est une plate-forme informelle et pluraliste, ouverte à des membres institutionnels et individuels, actifs et intéressés aux problèmes de santé internationale et d'hygiène publique. Elle comprend les collaborateurs d'organisations et institutions belges, les coopérants, les cadres d'organisations-partenaires, les associations d'anciens, les personnes actives dans des organismes internationaux, les migrants actifs dans la coopération au développement, les experts..., en un mot toute personne impliquée de près ou de loin dans les problèmes de santé internationale.

La Plateforme Be-cause Health vise le renforcement du rôle et de l'efficacité des acteurs de la Coopération Belge au Développement en vue de promouvoir un accès universel à des soins de santé de qualité notamment par la concertation, la coordination et l'organisation d'activités communes. Cette initiative veut jeter un pont entre le monde universitaire et les acteurs de terrain.

Tout ceci doit avoir pour effet :

- un plus grand impact sur la politique internationale de santé
- de meilleurs échanges et une meilleure circulation des connaissances techniques et scientifiques
- des progrès sensibles en complémentarité, synergie et coopération
- une meilleure réponse aux besoins identifiés par les acteurs du Sud.

Table des matières

Table des matières	iii
Chapitre 1 : Introduction	1
1.1 Investir dans la santé pour un meilleur bien-être.....	1
1.2 Le contexte du cadre conceptuel	2
1.3 Le rôle des acteurs.....	3
Chapitre 2 : Le contexte international	5
2.1 La situation sanitaire dans le monde	5
2.2 Les progrès enregistrés	5
2.3 Les principaux défis.....	6
2.3 La réponse internationale.....	11
2.4 Le juste paradigme ?.....	12
Chapitre 3 : La politique de la coopération belge	15
3.1 Une vision à long terme avec résultats tangibles pour la population	15
3.2 Des principes et des valeurs	16
3.3 La stratégie de mise en œuvre et les défis opérationnels	19
3.3.1 Un appui polyvalent aux politiques nationales de santé.....	19
3.3.2 Le renforcement des capacités institutionnelles aux différents niveaux	19
3.3.3 Encourager un mouvement de renforcement du système de santé	19
3.3.4 La promotion d'une gestion 'portfolio' partant d'une approche sectorielle	20
3.3.5 Une perspective à long terme avec une attention pour les actions vues	21
comme des processus et avec un financement durable	21
3.3.6 Assurer le développement des ressources humaines et des formations	22
de qualité pour les prestataires de soins.....	22
3.3.7 S'assurer que le soutien aux programmes (horizontaux, verticaux et	23
d'urgence) et l'appui aux systèmes de santé se renforcent	23
mutuellement.....	23
3.3.8 Un meilleur engagement communautaire.....	24
3.3.9 Promouvoir une approche multisectorielle.....	24
3.3.10 Chercher la complémentarité et respecter la subsidiarité	25
3.3.11 Valoriser l'expertise belge en ce qui concerne la coopération	26
internationale pour une meilleure capitalisation et un meilleur plaidoyer	26
3.3.12 Adopter une politique de cohérence géographique non-exclusive	27
Chapitre 4 : Le suivi et l'évaluation	28
4.1 Travailler avec le cadre conceptuel	28
4.2 Le suivi	29
4.3 Evaluation	29
Annexes.....	1
Annexe 1 Évaluation du secteur de la santé de la coopération belge HERA/ALTER/ETC	1
Annexe 2 Contribution pour la note politique à l'attention du futur Ministre de la	4
coopération (groupe GRAP-SWAP, juin 2007).....	4
Annexe 3 Critères de la Coopération belge pour un appui budgétaire.....	6
Annexe 4 Schéma pour un dialogue social dans le secteur de la santé	14
<i>(explication des figures en 15 lignes suivra)</i>	
Annexe 5 Analyse SWOT des acteurs belges de la coopération en santé.....	15
Annexe 6 La déclaration 'Soins de santé pour tous'.....	16

[Glossaire Réf. au Glossaire multilingue européen en Santé Publique BDSP :](http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp)
<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Investir dans la santé pour un meilleur bien-être

La santé est un droit humain fondamental¹. Ce droit englobe non seulement le droit de recevoir des soins de santé adéquat et en temps utile mais s'étend aussi au fait d'être acteur de sa propre santé et d'avoir des possibilités d'action sur les facteurs déterminants. Ce message constitue le fil rouge de cette note conceptuelle et choisir pour la santé implique une approche holistique dans laquelle les facteurs importants qui déterminent la santé sont pris en compte (y compris les facteurs sociaux que l'on regroupe sous les termes de 'Social Determinants of Health') à savoir de disposer d'une nourriture saine et suffisante, d'un habitat décent, d'un accès à un système adéquat d'assainissement et à l'eau potable, d'un accès à l'éducation, à des services sociaux et de santé de qualité, à des infrastructures minimales de transport et à des équipements collectifs qui rendent les services sociaux accessibles et fonctionnels. La majorité de ces facteurs concernent plusieurs secteurs et ne se limitent pas au secteur de la santé.

Dans un contexte de pauvreté et de pauvreté extrême, aucune de ces conditions n'est remplie de façon humainement acceptable. Or, travailler pour la santé signifie essentiellement de lutter contre la pauvreté dans la multitude de ses formes et facettes, et surtout d'appréhender les causes et les mécanismes fondamentaux qui la génèrent et l'entretiennent. Créer ou faciliter des mécanismes qui permettent aux communautés pauvres et aux autorités de pays pauvres de prendre leur sort dans leurs propres mains, implique e.a. une approche très active et consciente de la communauté internationale. Cet objectif noble nécessite des relations internationales justes et équilibrées, une meilleure répartition des biens et des ressources ainsi que de disposer des moyens et des leviers pour entamer ce type de changement fondamental. Ces changements doivent être à l'échelle de l'ampleur de l'enjeu qu'est la pauvreté. La réalité montre, hélas, que nous sommes encore bien loin des effets concrets d'une telle conscience.

Le cadre conceptuel proposé dans le présent document se focalise sur le secteur de la santé et le rôle qu'il a dans la promotion de la 'santé pour tous'. De ce qui précède nous pouvons déduire qu'il y a d'une part un besoin de dialogue permanent entre les secteurs et d'autre part une demande de contribution des acteurs de la santé en faveur de la lutte contre la pauvreté et de ses causes au sens large. Ceci constitue l'essentiel et l'esprit dans lequel le plaidoyer, les choix politiques et les interventions de coopération au développement devraient évoluer.

Ce qui compte en effet dans l'organisation des soins de santé, c'est d'offrir des soins de qualité à tout individu quel que soit sa localisation et sa condition. A cette fin, ce cadre conceptuel promeut le renforcement du système de santé², axé essentiellement sur le patient. Améliorer la santé est une responsabilité partagée de l'individu, des communautés ainsi que des professionnels de santé. Bien que les services publics et les acteurs non commerciaux sont souvent les seuls à toucher les communautés pauvres dans les zones rurales et dans les quartiers périphériques des grandes villes. Il existe néanmoins encore suffisamment d'espaces et de besoins à couvrir pour que tous les autres acteurs en santé s'engagent eux aussi à prendre une partie de ces responsabilités.

Dans la coopération au développement, comme ailleurs, il convient d'utiliser au mieux possible les rares ressources disponibles. Si nous voulons promouvoir une meilleure accessibilité à des soins de santé de qualité pour tous et de façon durable, alors il faut que l'organisation générale du système de santé y réponde le mieux possible. Un exemple actuel illustre ce besoin de se pencher non seulement sur les actions de santé mais aussi sur le système de santé: les initiatives qui se focalisent sur une ou quelques maladies, comme notamment le Fond mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et la malaria (GFATM), disposent de moyens considérables et obtiennent des résultats forts à

¹ Source : Article 21 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme – Article 12.1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – Instruments régionaux des droits de l'Homme (Europe, Afrique et Amériques) – Commission des droits de l'Homme (1993).

² Définition d'un système de santé: voir chapitre 2, 2.3, deuxième paragraphe

court terme. Cependant, plusieurs analyses³ ont fait ressortir que l'obstacle majeur pour l'extension et la durabilité des résultats se situe au niveau du système de santé affaibli par du personnel mal payé et démotivé, un système de distribution de médicaments qui fait défaut, un manque de compétence, un réseau de structures de soins de santé déficient etc.

L'initiative de septembre 2007 du Premier Ministre du Royaume Uni 'International Partnership for Health', est basée sur une analyse similaire : le progrès des OMD en santé se heurte à des obstacles liés aux systèmes de santé.

Historiquement et conceptuellement la coopération belge dispose d'une expertise remarquable dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, qu'elle devra davantage exploiter.

1.2 Le contexte du cadre conceptuel

La Loi de 1999 sur la coopération internationale et l'Arrêté Royal du 17 septembre 2000 ont prévu que la DGD actualise ses notes sectorielles tous les quatre ans, en tenant compte (1) des conclusions des évaluations de la coopération belge (2) du contexte modifié de la coopération internationale et (3) de la pertinence, en cette fin de l'année 2007, du contenu de la note sectorielle existante.

1. Depuis la notification en 2002 de la note stratégique santé - qui portait essentiellement sur la coopération bilatérale directe - la coopération belge dans son ensemble a fait l'objet d'une évaluation en 2005 par les pairs du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE et le secteur santé a fait l'objet d'une évaluation globale (la première du genre) en 2005-2006 par le consortium HERA/ALTER/ETC.

L'examen du CAD par les pairs en 2005 a conclu que « La DGCD est invitée à renforcer les synergies et les complémentarités entre les différents canaux d'acheminement de l'aide, en privilégiant une approche plus stratégique des acteurs de la coopération indirecte, dans un souci d'amélioration de la cohérence et de l'efficacité de l'aide ». « De multiples instances participent à la mise en œuvre de l'aide bilatérale... Il sera donc utile d'adopter une approche plus stratégique de l'ensemble des acteurs de l'aide, par une clarification des rôles de chacun et la recherche systématique de synergies ». « La Belgique est invitée à réexaminer les modalités et la distribution sectorielle de son aide afin de s'assurer qu'elle appuie la mise en œuvre des stratégies sectorielles des pays partenaires et contribue substantiellement à l'atteinte des OMD ».

Le rapport d'évaluation HERA de la coopération dans le secteur santé recommande quant à lui que la note stratégique actualisée constitue « *un référentiel de choix stratégiques pour appuyer les dialogues au niveau des pays partenaires ou des fora internationaux* »⁴. D'autres partenaires de la coopération belge en santé, en particulier les ONG médicales belges⁵, ont également fait des suggestions pour une adaptation du cadre stratégique.

L'analyse par HERA de la coopération belge dans le domaine de la santé internationale a été faite suivant une démarche participative. La DGD a ensuite demandé à Because Health de préparer un cadre conceptuel en prenant les recommandations de cette analyse comme point de départ et en utilisant la même approche participative.

Le document n'a donc aucune intention de déterminer les stratégies sur lesquelles chacun des acteurs belges doit obligatoirement s'aligner. Elles ne représentent pas nécessairement le consensus général, les interventions sur le terrain étant dictées principalement par le contexte local. Il importe néanmoins que certains principes et valeurs soient partagés. Plutôt que de coordonner les appuis des différents acteurs belges, ce document veut contribuer à coordonner et structurer la réflexion et les expériences des différents acteurs belges (connectés à leur réseau international respectif). Il a un double objectif :

³ E.a. Nick Lorenz, 'présentation conférence SWAP Madagascar 3 Octobre 2007', Institut de Médecine Tropicale Suisse, (référence à compléter)

⁴ Voir en **annexe 1** le résumé des recommandations spécifiques au secteur de la coopération en santé – HERA juillet 2006

⁵ 'Pour un dialogue régulier entre la DGCD et les ONG médicales', Coprogram-Acodev, février 2005

- à court terme, chercher à explorer les différentes stratégies possibles pour améliorer les résultats opérationnels au bénéfice direct des populations au Sud
- à long terme, chercher à proposer des stratégies opérationnelles pour renforcer des systèmes de santé dans lesquels les différents modes d'appui y trouvent leur compte

2. Ce nouveau cadre conceptuel de la coopération belge en santé devrait prendre en compte ces évolutions récentes de la coopération internationale. *Celle-ci est en train de passer de la notion de « Donorship » à celle de « Ownership », soit d'un appui des partenaires du développement à un développement piloté par les pays partenaires.* Par cette nouvelle vision, les pays en développement deviennent entièrement responsables de leur politique de développement tandis que les partenaires au développement sont désormais responsables de leur politique de coopération. Les deux approches sont appelées à s'accorder entre elles et à s'améliorer mutuellement par le dialogue politique incluant le dialogue avec la société civile tant dans les pays partenaires du développement que dans les pays bénéficiaires. Par ce choix, les notes stratégiques belges ne sont plus une "empreinte" pour la coopération au développement mais plutôt un cadre conceptuel, un instrument de réflexion ainsi qu'un guide pratique utilisable sur le terrain. Elles devraient donc inspirer la coopération belge pour qu'elle privilégie son appui aux plans sectoriels santé et aux systèmes de santé des pays en développement, répondant ainsi aux défis actuels de leurs populations. En outre, une note stratégique peut être aussi utile pour l'harmonisation de la coopération avec les autres partenaires du développement (notes stratégiques de 2^{ème} génération).

1.3 Le rôle des acteurs

La ligne directrice principale de ce cadre conceptuel est de contribuer au bien-être des personnes et des communautés locales, pour lequel le bon fonctionnement des systèmes nationaux de santé des pays en développement s'avère comme un élément essentiel. En fonction néanmoins des mandats et des identités des partenaires belges⁶, le rôle et les modes d'intervention des différents acteurs peuvent varier. L'échange et l'interaction entre les acteurs, très divers, qui partagent un nombre de valeurs, mais qui gardent leur autonomie et leur liberté d'expression devraient être considérés à cet égard comme une richesse. Les différents modes d'intervention se font en fonction d'une argumentation qui promeut la cohérence de l'approche et l'harmonisation à terme dans la politique nationale. Il s'agit aussi d'assurer les moyens et les mécanismes qui permettraient aux différents acteurs de jouer leur rôle, de potentialiser leurs complémentarités pour mettre en œuvre ce cadre commun. Il est dès lors souhaitable que ce document renforce le dialogue et la synergie entre tous les acteurs belges et pas uniquement à l'intérieur de la coopération bilatérale directe (ainsi que la loi de 1999 le prévoit), en respectant l'identité et la spécificité de chaque acteur. Ceci constitue un élément qui s'inscrit dans le besoin plus large de concertation et de coordination entre tous les acteurs nationaux et internationaux.

⁶ Par acteurs belges on entend les individus et institutions membres adhérents et membres potentiels de la Plateforme belge « Because Health » ainsi que tout autre personne ou institution ou organisme intéressés par les activités de coopération en santé :

<http://www.becausehealth.be>

« Comme membres institutionnels possibles citons :

- les institutions universitaires belges, les services et écoles de santé publique
- les organisations médicales (et apparentées) belges de développement, les ONG et bureaux d'étude
- les services officiels s'occupant de coopération au développement et de santé publique internationale
- les organisations-partenaires du Sud tels que les ministères de la santé et autres partenaires en santé comme les ONG, le NEPAD, la BAD etc.
- les organisations et associations qui n'ont pas la coopération au développement comme objectif principal, mais dont les activités touchent à des problèmes de santé publique internationale. »

Ce nouveau document se différencie ainsi de la « Note sectorielle santé » précédente en mettant l'accent sur des options nouvelles. Quelques exemples

1. L'approche projet doit faire progressivement place à d'autres modalités d'intervention de coopération au développement telles que l'appui budgétaire général et sectoriel ou l'appui aux programmes sectoriels. Les modalités d'appui seront choisies en fonction des gains à court terme mais aussi en fonction des gains à long terme, c'est à dire le développement du système de santé, là où tout acteur et tout type d'action se renforcent mutuellement. Les interventions en santé doivent également mettre l'accent sur le renforcement des capacités des pays partenaires, plutôt que sur l'offre de services, afin de garantir un pilotage adéquat de la politique nationale de santé. Ce renforcement des compétences comprend les capacités au niveau central pour définir les politiques de santé. Il comprend aussi les capacités du niveau opérationnel pour tester les politiques de santé et donner un feedback argumenté vers le niveau central qui va adapter les politiques sur la base des constats et des besoins du terrain.
2. L'assistance technique doit dès lors s'adapter à cette nouvelle approche. Au niveau central elle doit se concevoir dans le cadre d'un dialogue politique tant avec le ministère de la santé qu'avec les autres ministères concernés par la santé (éducation, développement rural, finances, budget et plan etc.). Cette adaptation implique un changement des compétences du personnel expatrié et du personnel des sièges des organismes donateurs.
3. Il est proposé que les procédures administratives et financières soient dès lors adaptées à ce changement de paradigme dans le sens d'une simplification des procédures et d'une prévisibilité financière à moyen terme.

Dans cette optique, le document ne formule pas de réponses standardisées, mais ouvre des perspectives nouvelles et mentionne des défis opérationnels à relever.

Chapitre 2 : Le contexte international

2.1 La situation sanitaire dans le monde

Si des progrès considérables en santé ont été enregistrés au cours des dernières décennies, de larges couches de la population en ont été exclues. Le fossé entre pauvres et riches ne cesse de s'approfondir que ce soit entre les pays, entre les régions d'un même pays ou entre les communautés et les individus. En particulier dans les pays à faibles revenus, les systèmes de santé sont le plus souvent inefficaces et la piètre qualité des services et des soins offerts ne permet pas de réduire la souffrance humaine causée par l'ensemble des problèmes de santé. Dans de nombreux pays, la situation est aggravée par des enjeux spécifiques : l'épidémie due au VIH/SIDA, un défi sans précédent dans l'histoire, la malaria, la tuberculose, les niveaux inacceptables de morbidité et de mortalité néonatale, juvénile et maternelle, la malnutrition, les maladies tropicales négligées ainsi que le fardeau croissant dû aux maladies non transmissibles et aux traumatismes (violence interpersonnelle et accidents) qui contribuent à perpétuer le cycle infernal de la pauvreté.

Il convient également de garder à l'esprit que le renforcement des systèmes de santé ne pourra pas, à lui seul, améliorer durablement l'état de santé des populations. La situation sanitaire mondiale ne pourra s'améliorer que si l'on prend en compte les déterminants socio économiques ayant des effets majeurs sur la santé. Il faut voir dans ces déterminants l'expression des rapports inégaux de pouvoir, des injustices et des iniquités dans le monde. Nous mentionnons notamment l'environnement macro économique, les infrastructures, les politiques industrielles (dans l'alimentation par exemple), l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, la dégradation de l'environnement, les conflits armés, l'urbanisation galopante et désordonnée, les migrations, les changements climatiques, les inégalités sociales etc. La santé des plus démunis est ainsi fortement influencée par une accessibilité inadéquate à l'enseignement, à l'eau, à l'alimentation, au logement et par un environnement malsain. La pauvreté est donc clairement un des principaux facteurs déterminant de la santé. Ce n'est pas sans raison que l'OMS a ainsi confié récemment à un groupe d'experts l'analyse des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

2.2 Les progrès enregistrés

Il convient néanmoins de noter que des progrès notables ont été enregistrés au cours de ces dernières années. Un certain nombre de maladies infectieuses sont en voie d'être éliminées à l'échelle mondiale ou régionale : la poliomyélite, le trachome, la lèpre, la maladie de Chagas, la filariose lymphatique, l'onchocercose et la leishmaniose viscérale. Des efforts considérables sont par ailleurs entrepris en partenariat par le secteur privé et le secteur public dans le cadre de la lutte contre des maladies négligées telles que la maladie du sommeil (Trypanosomiase humaine africaine) et l'ulcère de Buruli. Des progrès considérables sont également enregistrés pour d'autres maladies infectieuses grâce aux efforts conjugués des pays concernés et des partenaires internationaux (sida, tuberculose, malaria, schistosomiase, helminthiases intestinales). A titre d'illustration, le nombre de sidéens bénéficiant d'un traitement aux médicaments antirétroviraux a connu une augmentation remarquable et le nombre de cas de malaria diminue de manière drastique dans certains pays.

Ces progrès enregistrés sont dus notamment aux ressources nouvelles mobilisées par l'aide extérieure comme par exemple le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, l'Initiative PEPFAR du Président des Etats-Unis, le Programme multisectoriel de la Banque mondiale, etc.

En outre, de nouveaux partenariats public-privé visant la recherche et le développement de nouveaux produits (Product Development Public Private Partnerships – PD PPP's) contribuent à identifier de nouveaux produits visant les maladies tropicales négligées (Neglected Tropical Diseases). Parmi ces produits, un certain nombre se trouvent au stade de leur enregistrement, d'autres en phase d'essais cliniques dont la moitié à la troisième phase de ces essais.

Ces partenariats sont menés en collaboration tant avec le secteur public qu'avec le secteur pharmaceutique privé ou encore avec le concours de fondations privées à caractère philanthropique (Bill and Melinda Gates Foundation, Rockefeller Foundation, Wellcome Trust, Drugs for Neglected Diseases Initiative - DNDi etc.).

Néanmoins, les progrès sont inégalement répartis et les objectifs à atteindre sont encore loin d'être atteints.

2.3 Les principaux défis

Les OMD et les initiatives internationales telles que le Global Fund ont remis la santé au centre de l'attention internationale dans la lutte contre la pauvreté. Jamais auparavant, il n'y a eu autant de ressources pour la santé. Les résultats sur le terrain relatifs à la lutte contre des maladies spécifiques sont à cet égard encourageants. Néanmoins, l'attention particulière sur quelques maladies entraîne le risque de négliger les besoins de santé généraux des populations. De plus, les programmes de lutte contre ces maladies spécifiques risquent de déstabiliser le fonctionnement des services de santé de base entre autre par le drainage des 'ressources humaines' vers ces programmes alors que l'on reconnaît que ceux-ci ont besoin de systèmes de santé fonctionnels pour être durables⁷.

Le défi principal est d'organiser les soins de santé de la façon la plus efficace possible. Autrement dit, il s'agit de stimuler une interaction optimale entre tous les acteurs et type d'activités dans le domaine de la santé. Ceci implique une vue d'ensemble qui va au-delà des dogmes et oppositions traditionnelles tels ce qui oppose programmes horizontaux et verticaux, ou secteur public et le secteur privé.

Encadré : systèmes de santé (source : document ONG médicales)

Il convient à cet effet de préciser que le **système de santé** ne se limite pas aux services divers offerts par les ministères nationaux de la santé. Il s'agit plutôt de l'ensemble des organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé. Il comprend ainsi toutes les prestations en santé offertes par tous les acteurs du secteur comprenant non seulement les services de santé proprement dits mais aussi des activités dans les domaines également importants de l'éducation, de la sensibilisation, de la formation et autres prestations ayant un effet direct sur la santé.

Il est généralement admis qu'une meilleure accessibilité à des soins de qualité ne peut être atteinte que si toutes les activités dans le domaine de la santé, qu'elles soient de nature verticales ou horizontales, reposent sur **un système cohérent de soins de santé**.

Idéalement, si toutes les conditions préalables (sociales, politiques, économiques) sont réunies, un système de santé local est un ensemble de structures qui assure :

- une responsabilité sanitaire pour une population précise ;
- une organisation des soins curatifs, palliatifs, préventifs, promotionnels et de réhabilitation par des services complémentaires afin de fournir des réponses adéquates à tous les problèmes de santé en tenant compte des ressources disponibles. Ces services doivent être coordonnés afin de pouvoir assurer une bonne accessibilité des usagers aux différents échelons et une circulation optimale de l'information ;
- un fonctionnement cohérent des structures de gestion et de concertation permettant une appropriation par les communautés locales, les professionnels de santé et les administrateurs du système;
- des interactions constructives entre tous les acteurs concernés à tous les échelons du système, à commencer par les communautés locales en passant par les niveaux intermédiaires pour finir au niveau international.

⁷ Nick Lorenz, 'présentation conférence SWAp madagascar 3 Oct 2007', Institut de Médecine Tropicale Suisse,(référence à compléter)

Les systèmes de santé subissent ces dernières années de fortes pressions qui menacent leur rôle central dans l'organisation des soins de santé. La coopération belge a toujours mis l'appui aux systèmes de santé au centre de ses interventions. C'est fort de cette expérience et de « l'angle de vue » que cela donne, que nous analyserons les principales contraintes qui pèsent sur ces systèmes dans bien des contextes.

1. Un personnel de santé sous pression

L'efficacité des soins de santé dépend avant tout de la qualité de ses principaux acteurs. Or les services de santé des pays les plus pauvres disposent le plus souvent de prestataires de soins peu compétents, déresponsabilisés et peu motivés.⁸ Les raisons sont nombreuses : les salaires des prestataires sont tout à fait insuffisants et couvrent seulement le cinquième ou le tiers des revenus nécessaires pour qu'ils puissent offrir une vie décente à eux-mêmes et à leur famille. Logiquement, ils vont chercher les ressources financières manquantes en multipliant les séminaires et formations qui offrent des « per diem » (indemnités journalières de formation, engendrant la « per diemite », une « maladie » évoquée avec humour par les acteurs de développement, mais aussi une sorte de cancer qui rongent les systèmes de santé), ou encore en extorquant des paiements complémentaires auprès des patients. Un salaire décent est une condition nécessaire pour assurer des prestations de qualité, mais ce n'est pas suffisant : il faut aussi des conditions de travail acceptables, de bonnes formations de base, assurer des supervisions intégrées visant à la résolution des problèmes et à l'amélioration de la qualité des soins, des formations continues et des plans de carrière qui tiennent compte du mérite des prestataires.

Suite aux multiples contraintes administratives qui leur sont imposées, le personnel de santé n'accorde plus l'attention voulue à l'approche centrée sur le patient⁹ et à la qualité de ses prestations. La rédaction de rapports périodiques de tout genre prend ainsi le pas sur le travail clinique. Ces mauvaises conditions de travail conduisent à une perte de l'éthique professionnelle, à la multiplication des conflits et des tensions avec les patients et à la perte de l'estime de soi des différents acteurs. Cette « crise » des ressources humaines est en outre aggravée par la fuite des cerveaux et par la pandémie du VIH/SIDA dans les pays les plus touchés.

Toute intervention sur les systèmes de santé qui ne tient pas compte des attentes et des besoins des prestataires de soins est vouée à l'échec. Une approche globale est nécessaire et urgente pour assurer une gestion des « ressources » humaines qui soit à la fois efficiente et de qualité.

Le « drainage » des ressources humaines des pays en développement vers les pays industrialisés est alimenté à la fois par les besoins croissants du Nord (vieillesse de la population, avancées technologiques et perte relative de prestige des professions de la santé) et comme nous l'avons déjà signalé, par la mauvaise gestion des ressources humaines dans les pays du Sud. Il faut remarquer que dans certains systèmes de santé du Nord (Etats-Unis, Canada, Angleterre,...) plus de 20% et parfois même plus de 30% des prestataires de soins viennent des pays du Sud. Des institutions se sont spécialisées dans ce type recrutement et ce phénomène prend une telle expansion que certains estiment que les systèmes de santé du Nord maintiennent leur qualité et leur relative efficacité grâce à cet « appui » massif du Sud. Dans les pays du Sud, le « brain drain » interne est également une réalité ; les personnels de santé fuient les campagnes pour se réfugier en ville où les fonctions administratives et le secteur privé exercent leur attrait.

Pendant des années les formations des personnels de santé n'ont pas été revues en termes de nombre absolu et par type de personnel. Une production trop faible, combinée avec un turn-over important et une attrition augmentée ont mené à un manque absolu de ressources humaines pour la santé dans certains pays (voir situations spécifiques décrites par l'OMS). Le défi est de remettre à niveau la force de travail par une formation accélérée, un recrutement complémentaire des cadres moins qualifiés et/ou le renforcement de réseaux de soins dans la communauté (task shifting). Dans tous les cas,

⁸ Monique Van Dormael e.a., *Confronting complexity and diversity*, Note d'introduction Séminaire Ressources Humaines Because Health, 2005

⁹ L'approche centrée sur le patient est valable pour les systèmes de santé du Nord comme du Sud : elle vise à ...

il faut penser à garder (c'est-à-dire rémunérer/motiver) le personnel dans le secteur public.

Une planification trop rigoureuse, des procédures administratives contraignantes et multipliées selon les besoins des partenaires techniques et financiers sont aussi à l'origine de nombreux dysfonctionnements des services de santé. Un excès de bureaucratie nuit aux prestations des services de santé car cela aboutit à délaissier le travail clinique pour produire des rapports souvent peu utiles pour les acteurs qui les produisent. Par exemple, le déboursement des budgets alloués par le Fonds mondial (GAFTM) est semestriel, ce qui induit une charge administrative importante deux fois par an. Il y a donc un risque de ruptures dans les activités cliniques, au bénéfice des activités administratives et cela peut démotiver les patients comme les prestataires.

Le défi est de trouver des moyens pour accélérer et appuyer la constitution d'une capacité de travail en réponse aux besoins de la population. Une révision du nombre mais aussi des rôles et tâches des différents personnels de santé s'impose.

2. Une appropriation insuffisante par les individus, les familles, les communautés locales et le personnel de santé ('ownership' au niveau local) de leur système de santé insuffisante

Le manque d'appropriation ne favorise pas le sens de la responsabilité/'redevabilité' ('accountability') et la flexibilité (dans le sens de 'responsiveness') du système. Ainsi, la l'efficacité et la qualité des soins peuvent être grandement améliorés si les patients et les communautés peuvent participer activement à leur organisation en donnant leur avis ou en agissant directement sur les heures d'ouverture des consultations, le suivi communautaire des malades chroniques (tuberculeux, sidéens, diabétiques, hypertendus etc.), le préfinancement des soins (mutuelles), l'organisation de comités de patients, l'organisation des évacuations, etc. Au Nord comme au Sud, un système de santé de qualité doit tenir compte des besoins mais aussi des attentes des patients et des communautés.

3. Un manque chronique de ressources financières.

Le financement du secteur de la santé est le plus souvent déficitaire et la situation socio-économique difficile de la plupart des pays en développement ne permet pas d'espérer des solutions à court terme.

Depuis plus de deux décennies les services de santé à finalité publique ont connu une limitation importante de leurs moyens de fonctionnement, conséquence de réformes économiques (ajustement structurel, contraintes macro-économiques etc.) et institutionnelles. En particulier, les services de santé au niveau opérationnel ont souffert de ce manque de moyens et cela s'est reflété dans une baisse de la qualité et de l'éventail des soins offerts.

Le manque de moyens a engendré à un fonctionnement minimal, centré sur la continuité du système, sacrifiant ainsi l'étendue de l'offre de soins et leur accessibilité financière. Dans certains pays ce manque de ressources a mené à une charge financière démesurée sur la population et en particulier les patients, avec des conséquences importantes pour l'utilisation des services (exclusions et délais excessifs de prise en charge, mais aussi effet d'appauvrissement à cause des dépenses médicales coûteuses et répétées). Dans plusieurs cas la recherche de moyens financiers a mené de facto à une privatisation des soins à l'intérieur des structures publiques. De plus, vu les faibles rémunérations du personnel, les postes dans des structures de soins qui desservent des populations rurales peu solvable, sont peu attractifs.

La « Commission Macroéconomie et Santé » a calculé qu'il faudrait disposer de 40-45 US \$ par an et par personne pour assurer les soins de santé de base à toute la population d'un pays en développement y compris les coûts liés à la prise en charge de la malaria et du VIH/SIDA. En 2007, les pays les moins avancés ne consacrent toutefois que en moyenne moins de 15 \$US par personne et par an à la santé, dépenses privées et publiques confondues.

Du côté international, l'augmentation de l'aide pour la santé se situe surtout au niveau de quelques organisations à but spécifiques, comme le Fonds mondial de lutte contre la Sida, la tuberculose et la malaria, l'initiative GAVI et la Fondation BMGF (Bill and Melinda Gates Foundation). A l'exception de quelques bailleurs de fonds bilatéraux (comme le Royaume Uni et les Etats Unis), les ressources internationales pour la santé en bilatéral n'ont pas augmenté. Donc, même en ajoutant l'aide internationale à leurs propres ressources, certains pays ne disposent pas d'un budget de santé suffisant pour se payer des interventions prouvées comme très efficaces et efficientes, comme le traitement de la malaria par les combinaisons thérapeutiques (ACT) ou la distribution de moustiquaires imprégnées.

Le manque de financement des frais récurrents par l'aide internationale reste un problème pour le secteur de la santé. Sans augmentation des budgets pour le salaire du personnel de santé par exemple, les hôpitaux et centres de santé fraîchement construits ou réhabilités resteront dépourvu de staff et donc vides de patients également. En dehors de certaines maladies spécifiques, l'approvisionnement subventionné des médicaments essentiels reste déficient et dépend largement des systèmes de financement basés sur les contributions des patients. Ceci mène souvent à des structures de santé peu fréquentées, soit par ruptures de stock, soit parce que les médicaments disponibles sont inabordables pour la plupart des patients.

Le manque de ressources financières du niveau national et international a mené à une charge excessive des coûts de soins de santé pour les patients et les communautés, aussi bien dans les structures publiques que lorsque malades et familles cherchent des alternatives en dehors du système de santé formel.

Par ailleurs, la privatisation du financement des soins de santé et sa commercialisation (hôpitaux, maisons de repos, autres institutions...) préconisée par certains auteurs conduit à un système de soins de santé à plusieurs vitesses. Les soins de santé sont des biens publics globaux et doivent par conséquent être traités comme tels dans les accords internationaux. La santé est un droit humain et doit dès lors rester autant que possible en dehors de la sphère des marchés.

Face aux difficultés pour les pays en développement de financer les services de santé, il est nécessaire de trouver des modes alternatifs de financement. Ceci peut se faire à travers des mécanismes de solidarité communautaires, par un effort budgétaire des autorités locales ou encore et surtout, par une plus grande solidarité nationale et internationale¹⁰. D'autres initiatives telles que des mutuelles de santé représentent également des tentatives de réponse. Les mutuelles ne sont par ailleurs pas de simples mécanismes de financement des soins de santé car elles visent aussi à renforcer l'éducation à la santé, la participation des communautés, l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins. La contribution des utilisateurs doit être vue dans une perspective de « empowerment », comme un élément donnant un pouvoir de décision, au lieu d'être vu comme un mécanisme de recouvrement des coûts. Tenant compte de l'ensemble des coûts pour le patient avant d'accéder aux soins, cette contribution doit être marginale par rapport au pouvoir d'achat des communautés locales.

Le secteur de la santé, tout comme d'autres secteurs sociaux, présente une valeur ajoutée (des externalités) bien supérieure à son coût. Dans cette optique, ne serait-il pas plus pertinent de se concentrer sur un financement durable plutôt que de se fixer sur la durabilité financière¹¹? Un financement durable implique un appui financier substantiel (c.à.d. permettant de réaliser un impact), prévisible et à long terme. Le financement à travers des réseaux durables de la solidarité internationale devrait compléter les mécanismes de solidarité communautaires et les efforts des autorités locales et nationales. Les acteurs internationaux eux-aussi devraient tenir leurs promesses. Malgré des engagements répétés, la Belgique n'a pas encore atteint son objectif de consacrer 0,7% de son PNB pour la coopération au développement.

¹⁰ Référence : OMS, « Analyse de l'allocation des ressources financières au sein d'un système de santé » – en **annexe 2**

¹¹ « Le financement durable ou la durabilité financière », Coprogram/Acodev, 2004

4. Une faible utilisation des services de santé publics

La faible utilisation des services de santé publics, malgré l'importance des problèmes de santé des populations, est due notamment à des problèmes d'accessibilité géographique, financière et culturelle ainsi qu'à une qualité des soins souvent inadéquate et à un accueil peu empathique de la part de prestataires de soins démotivés. La restauration de la confiance des populations dans les services de santé disponibles est pourtant reconnue comme une condition sine qua non de la pérennité des activités de lutte contre les maladies menées le plus souvent par des programmes de contrôle spécifique.

L'augmentation de la pauvreté en Afrique notamment, est un enjeu crucial : dans de nombreuses régions, 60 à 70 % de la population vit avec moins d'un euro par habitant et par jour et ne peut se payer le simple coût du déplacement pour utiliser les services de santé. Il faudrait dans ces conditions prévoir d'inclure les coûts de déplacement dans l'amélioration de l'accessibilité des services de santé.

5. Une accessibilité insuffisante et une qualité inadéquate des médicaments (génériques) essentiels, vaccins, produits diagnostiques et petit matériel médical

L'accessibilité insuffisante aux produits pharmaceutiques résulte de la combinaison de plusieurs facteurs dont principalement une utilisation irrationnelle, des prix inabordables, un financement inadéquat et enfin un service de distribution déficient. La qualité inadéquate de ces produits résulte quant à elle de systèmes de régulation inopérants. Les problèmes se rencontrent tant au niveau de la chaîne de production que de la distribution des ces produits au niveau des pays producteurs, exportateurs ou importateurs.

Outre ces principales contraintes, l'on pourrait également mentionner d'autres facteurs qui bien que de moindre importance représentent néanmoins aussi des obstacles majeurs au fonctionnement optimal des systèmes de santé dans les pays à faible revenu.

6. La pandémie du VIH/SIDA et les maladies émergentes et ré-émergentes

Le VIH/SIDA, les maladies infectieuses émergentes ou réurgentes, comme le paludisme et la tuberculose, le poids croissant des maladies non transmissibles et la malnutrition contribuent ensemble à la fois à accroître le poids des maladies sur le processus de développement et à augmenter fortement la charge de travail du personnel de santé.

L'expansion de l'épidémie de VIH/SIDA soulève de nouveaux défis pour les systèmes de santé et implique une nouvelle répartition des nouvelles tâches. Ce problème met en lumière les déficiences du système d'une manière aiguë, et entraîne un risque accru de sa perte de crédibilité. Tout ceci doit mener à un questionnement sur l'organisation actuelle du système de santé au sens large et impose la révision des stratégies existantes ainsi que la recherche d'approches innovantes.

7. Un environnement défavorable

L'environnement macroéconomique défavorable, la situation grave des principaux déterminants non médicaux de la santé, les conflits, les troubles sociaux et la pression sur l'environnement (pollutions, dérèglements climatiques, ...) sont à l'évidence à mentionner. L'envergure des effets du changement climatique sur la santé est préoccupante, mais peu connue pour l'instant.

Il y a aussi les relations conflictuelles entre le commerce international et la santé publique. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des exceptions accordées par l'OMC dans le cadre des ADPIC – Accord de droits de propriété intellectuelle liés au commerce /TRIPS – Trade Related Intellectual Property Rights¹²), malgré la « Déclaration de Doha » de novembre 2001 et l'accord d'août 2003, en sont la preuve évidente. De surcroit, des procès sont encore en cours et les bénéfices de santé obtenus récemment à l'issue d'autres procès (traitements par anti rétroviraux dans les pays du Sud) font encore l'objet de pressions exercées soit directement par des firmes pharmaceutiques soit par le biais d'accords bilatéraux entre certains pays industrialisés et des pays sans capacité de production pharmaceutique. Il faut dans ce domaine relever l'intervention efficace de

¹² Source : <http://www.wto.org/indexfr.htm>

certaines acteurs belges en santé internationale en faveur d'un meilleur accès aux médicaments essentiels.

2.3 La réponse internationale

Dans les DSRP (Documents de stratégie de réduction de la pauvreté), l'attention accordée aux principaux problèmes de santé contribuant à la pauvreté ou à sa réduction est insuffisante. Les ressources prévues dans les DSRP ne sont pas à la hauteur des besoins et surtout, certaines priorités comme une gestion efficiente et de qualité des ressources humaines, y compris par des salaires décents, ne sont pas prises en compte. De plus, malgré des progrès récents, beaucoup de ces DSRP sont encore trop souvent rédigés avec l'appui de consultants externes qui ont tendance à favoriser les priorités perçues par les partenaires techniques et financiers.

Bien que le cercle vicieux qui lie la pauvreté et la santé soit bien établi, il convient de noter que cette relation est très asymétrique. Dans ce sens, les soins de santé ne sont qu'un des moyens utiles de prévenir et de combattre la pauvreté. De la même façon, les effets positifs sur la santé de l'accroissement des revenus par habitant sont parfaitement démontrés dans les ouvrages traitant du développement. Un revenu supérieur, on le sait, donne plus largement accès aux biens et services favorisant la santé comme une meilleure nutrition, une meilleure éducation, un accès à une eau saine et aux réseaux d'assainissement et, in fine, à un accès à des services de santé de qualité.

Le passage du nouveau millénaire a été l'occasion de réaffirmer les grands défis du développement, particulièrement dans le domaine de la santé. Les documents-clé entre autres les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD ; World Summit 2005 : OMD+5)¹³, la Déclaration de la Conférence de Monterey¹⁴, la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA¹⁵, la Déclaration de Paris sur l'Harmonisation et l'Alignement¹⁶, et les recommandations des divers sommets mondiaux sur la santé, mettent tous en évidence la relation inextricable entre 'développement' et 'santé' et la nécessité d'une meilleure adéquation entre 'moyens' et 'besoins'. Ils insistent également sur l'accès aux soins de santé comme un droit universel. Il n'est donc pas surprenant que 3 des 8 OMD ratifiés par 189 pays, se rapportent à la santé (et, indirectement, aux soins de santé). Cette attention renouvelée en faveur de la santé s'est concrétisée dans des initiatives telles que les Fonds mondiaux (GFATM – Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria, GAVI – Global Alliance for Vaccines and Immunisation), PEPFAR – President's Emergency Plan for AIDS Relief, les partenariats entre les secteurs public et privé, les Fondations privées (BMGF – Bill and Melinda Gates Foundation, Rockefeller Foundation, Wellcome Trust, etc.) et autres partenariats public-privé ont mobilisé des ressources additionnelles considérables. Il est cependant regrettable que ces initiatives ainsi que les OMD se rapportant à la santé ne s'adressent qu'à des problèmes de santé spécifiques quand bien même ils soient très importants. On aurait pu espérer, comme dans le cas de l'éducation (OMD 2), une stratégie plus globale avec un OMD en santé visant à assurer l'accès pour tous à des soins de santé de base de qualité. Les aspects importants de renforcement des systèmes et des services de santé indispensables à une prise en charge adéquate de l'ensemble des problèmes de santé des populations des pays en développement n'ont malheureusement pas été pris en compte. De ce point de vue, la plus récente stratégie sanitaire (2005) du « Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique » (NEPAD) comprend des orientations stratégiques intéressantes¹⁷.

La Belgique prend note du consensus international émergent concernant l'accès à la santé de base pour tous. De ce point de vue, l'initiative récente visant la création d'un Consortium pour la protection sociale - mise en place par l'Allemagne, la France, le BIT et l'OMS - et l'idée de lancer un « *Global Social Trust* » (une facilité de financement des primes des familles pauvres) dans le cadre du G8-2008 est prometteuse. L'initiative de Gordon Brown 'International Health Partnership' met également l'accent sur le

¹³ <http://www.un.org/french/millenniumgoals/>

¹⁴ <http://www.un.org/esa/ffd/>

¹⁵ <http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf>

¹⁶ <http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationFrench.pdf>

¹⁷ Source : <http://www.nepad.org/2005/fr/documents/inbrief.pdf>

renforcement des systèmes de santé comme condition pour atteindre les OMD en santé. Avec le projet du Canada, ces initiatives forment le 'Global Campaign for the MDGs'.

Les investissements internationaux dans les biens publics globaux ont aussi gagné en importance, par exemple dans le domaine du développement des connaissances, des techniques et de la surveillance internationale des maladies. La cohérence entre la santé publique et le commerce est également mise en exergue: les accords de droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC) doivent à présent être adaptés pour assurer l'accessibilité des vaccins et médicaments nécessaires à tous. Le Rapport J. Sachs publié en janvier 2005¹⁸, souligne également l'importance de l'investissement dans la protection de la santé notamment par la promotion des systèmes de santé répondant aux besoins des populations. La 'Commission on Social Determinants of Health' de l'OMS mets très justement l'accent sur la justice et l'égalité sociale comme pré-conditions pour une meilleure santé de la population.

Les faibles capacités publiques de régulation et de contrôle liées entre autres aux effets des ajustements structurels des années 1980-2000, ne permettent pas une intégration harmonieuse du secteur privé qui dès lors échappe le plus souvent à la tutelle de l'Etat. Bien que la nécessité de travailler avec tous les partenaires – y compris le secteur privé – soit admise de plus en plus largement, ce partenariat requiert une tutelle forte qui respecte la logique publique et le mandat de service public. L'instauration de tutelles efficaces implique bien souvent le renforcement des compétences des ministères de la santé des pays concernés.

2.4 Le juste paradigme ?

Investir dans la santé au sens large semble donc être pertinent et prioritaire. Mais, malgré les efforts et les résultats considérables des initiatives telles que GFATM il faut constater que sur le terrain le bilan de leur réponse est mitigé. Pourquoi ?

Une vue d'ensemble du système de santé fait défaut

La globalisation met l'accent sur les résultats quantitatifs et l'efficacité immédiate. Vu la complexité croissante de notre société, on assiste ainsi à une spécialisation estimée nécessaire pour arriver à des résultats rapides. Il est vrai qu'une partie de ces initiatives, comme le GFATM, peut démontrer des résultats remarquables sur des terrains importants comme l'expansion du traitement ARV. Néanmoins, on assiste ainsi malheureusement à une fragmentation de l'aide sanitaire internationale, un développement exponentiel de grands programmes internationaux (GFATM, GAVI) et d'innombrables partenariats publics privés. Cette parcellisation de l'appui sectoriel ne concourt guère à une harmonisation des pratiques d'autant plus qu'il existe une compétition latente ou ouverte entre les divers programmes de contrôle des diverses maladies. Par ailleurs, ces programmes génèrent des oppositions avec l'organisation des soins de santé de base qui souffrent de cette concurrence déloyale, notamment en terme de salaires.

Dans ce contexte, il est important que les interventions et financements de la coopération belge se conforment aux recommandations de la Déclaration de Paris relatives à l'efficacité, l'appropriation, l'alignement et l'harmonisation de l'aide internationale.

Une vision mécaniste des appuis aux systèmes de santé

Les approches et les méthodes utilisées par les organisations de coopération en santé et les bailleurs de fonds pour définir leurs interventions sont basées sur des conceptions mécanicistes (positivistes) de la dynamique des facteurs de changement. Cette vision est linéaire et simplificatrice ; elle tient insuffisamment compte de la spécificité, des enjeux et des difficultés réelles des « systèmes locaux de santé »¹⁹ qui sont des systèmes

¹⁸ Investir dans le développement : un Plan pratique pour réaliser les OMD Source : <http://www.un.org/french/pubs/chronique/2005/numero2/0205p5.html>

¹⁹ Au niveau local, nous préférons ainsi parler d'un **système local de santé** et pas d'un *district sanitaire*, le contexte étant différent selon la région ou selon l'environnement (urbain/rural).

complexes. On assiste à une déconnexion grandissante entre les débats internationaux et la réalité complexe sur le terrain. Le poids des contrôles administratifs et financiers spécifiques à chaque intervenant externe est excessif par rapport aux possibilités des pays en développement. Les formats et les outils méthodologiques ne sont pas adaptés à la mission de 'catalyser le développement', ou sont utilisés d'une façon trop rigide. Par exemple : les formulations faites par des experts 'extérieurs' en quelques semaines aboutissent à des dossiers techniques et financiers qui déterminent l'exécution de l'intervention sur base d'une analyse principalement rationnelle (top of the iceberg) mais qui, par la nature du processus de formulation, tiennent insuffisamment compte des intérêts 'politiques' largement sous-jacents et des attentes des différents acteurs. Un autre processus qui donne l'espace et le temps aux différentes parties prenantes (stakeholders) d'exprimer leurs intérêts réels (ce qui est déjà un output de l'intervention) s'impose.

Un rôle régulateur déficient des NU (OMS, ONUSIDA, UNICEF, FNUAP etc.)

Les contraintes politiques, administratives et financières des organisations du système des Nations Unies (lenteurs dans leurs actions et réactions) sont telles qu'elles ont du mal à jouer pleinement leur rôle normatif et régulateur. Cette situation a aussi contribué à l'émergence de nouvelles initiatives internationales qui laissent trop le champ libre au secteur privé et à sa logique commerciale. Un autre défi est celui de la collaboration entre les différentes agences des NU exerçant des activités dans le domaine de la santé. Pour l'ONUSIDA par exemple, la répartition des tâches entre les Coparrainants de l'ONUSIDA est loin d'être claire. Un Groupe de travail mondial a dès lors formulé des recommandations sur l'amélioration de la coordination entre les institutions multilatérales et les bailleurs de fonds internationaux concernant le Sida (GTT – Global Task Team)²⁰.

Un manque de perspective à long terme au niveau d'exécution.

Les modalités de financement à court terme (de trois à cinq ans) ainsi que la logique ex ante du 'cycle de projet' sont en contradiction avec les déclarations et les objectifs à moyen et long terme. L'accompagnement d'un processus de développement nécessite un appui de longue durée (15-20 ans). Le danger d'une planification à court terme de nos interventions sur un système complexe comme les systèmes de santé est d'être obligés d'obtenir des résultats rapides et visibles pour prouver « la bonne » utilisation des ressources allouées. Les dérives ne se font pas attendre et sont quasi inéluctables : les interventions ne tiennent pas compte des attentes des acteurs, ceux-ci n'ont pas le temps de s'approprier les activités, priorité est donnée aux résultats quantitatifs, même s'ils ne sont pas pérennes. Ensuite, les acteurs passent plus de temps à planifier et évaluer les activités qu'à veiller à la qualité de celles-ci et finalement tous les acteurs - patients, prestataires, décideurs partenaires - sont déçus des vrais résultats et se rejettent la responsabilité. Il nous faut apprendre à donner du temps au temps.

Une approche intersectorielle trop timide

Comme il a déjà été mentionné plus haut, nombre de déterminants de la santé ne sont pas de la compétence des ministères de la santé. Ce constat ne doit cependant pas conduire les professionnels de la santé à négliger les facteurs externes contribuant au mieux être des personnes. Les bénéficiaires ne saucissonnent pas leur réalité en secteurs. La réalité est un tout. Si nous voulons adresser des réponses à leurs besoins, il faut promouvoir l'approche globale même si nous nous concentrons sur un secteur spécifique comme point de départ pour catalyser le développement. Cette approche doit ainsi faire l'objet de réelles consultations avec les autres ministères ainsi qu'avec les autres acteurs du développement sanitaire.

Un engagement communautaire insuffisant

Dans la plupart de leurs interventions, il est reconnu que les systèmes et services de santé ne tiennent pas suffisamment compte des facteurs sociaux, économiques et comportementaux. D'une part, le rôle des communautés est souvent réduit à 'participer'

²⁰ www.unaids.org: Rapport final de la Cellule mondiale de réflexion, 14 juin 2005.

12 décembre 2007 version définitive

à la mise en œuvre d'interventions en santé. D'autre part, ces mêmes communautés ne sont que rarement impliquées dans les processus décisionnels (empowerment ou appropriation). De tels processus prennent nécessairement du temps si on veut réellement être à l'écoute et comprendre les attentes et besoins des communautés. Cette implication insuffisante est valable du point de vue des communautés mais aussi de celui des personnels de santé au niveau opérationnel, dans les services de santé.

Chapitre 3 : La politique de la coopération belge

3.1 Une vision à long terme avec résultats tangibles pour la population

Dans les pays partenaires, l'appui belge aux secteurs sociaux tels que la santé s'inscrit dans une perspective de réduction de la pauvreté et de l'iniquité²¹ et de développement humain durable²² tant au niveau des individus que de la famille et des communautés locales. Cette vision a comme objectif le bien-être, ce qui est plus large que simplement l'absence de maladies.

Le défi majeur pour les années à venir consiste à faire un choix pour un accès à la qualité, à relever les vrais défis (salaires, financement, pérennisation, etc.), à mettre en place une approche holistique de la réalité complexe et à stimuler l'engagement des personnes et des acteurs à tous les niveaux.

Deux documents concrétisent ce défi :

1. La Déclaration d'Anvers d'octobre 2001, intitulée « Accès aux soins de santé pour tous », à laquelle les acteurs belges de la coopération en santé ont souscrit, va dans ce sens (voir annexe 5). L'accès aux soins de santé de qualité se justifie pour des raisons sociales, médicales, épidémiologiques, scientifiques, économiques mais aussi et avant tout comme droit humain fondamental. Pour que cet accès ne soit pas un vain mot, des services de santé de qualité sont essentiels pour la prise en charge adéquate des maladies. L'éthique médicale, en clinique et en recherche, requiert des systèmes de santé adéquats, décemment financés et gérés par des acteurs motivés. En outre, à notre avis, des systèmes de santé structurés et opérationnels sont indispensables à la prise en charge des risques spécifiques (grossesse, accouchement), au contrôle, à la prévention et la surveillance durables des maladies, aux interventions chirurgicales, à l'introduction et la mise en œuvre efficiente d'outils et de méthodes nouvelles, ainsi que pour la diffusion et la mise au point de médicaments ou de vaccins.

Enfin, l'accès universel aux soins de santé est d'une importance cruciale pour réduire la pauvreté et réaliser les objectifs de développement en santé énoncés par le Sommet du Millénaire des Nations Unies et par d'autres initiatives. Dans la Déclaration d'Anvers, les soins de santé ne se limitent pas à la fourniture de soins de santé curatifs mais comprennent aussi la prise en charge globale, la promotion de la santé, la prévention et la réhabilitation. Elle relève des défis spécifiques dans lesquels la Belgique a une expertise internationalement reconnue, grâce à sa présence continue sur le terrain et à son appui technique de qualité.

2. L'appui belge aux secteurs sociaux tels que la santé s'inscrit dans une perspective de réduction de la pauvreté et de développement humain durable²³. La politique belge de coopération en santé correspond dans ses grandes lignes au document « Health and Poverty Reduction in Developing Countries » (Santé et réduction de la pauvreté dans les pays en développement) de l'Union européenne, même si elle s'inscrit davantage dans une perspective de soins de santé primaires. La politique belge préconise une plus grande complémentarité et synergie entre les acteurs belges pour améliorer la santé dans le monde. Dans les pays partenaires, la Belgique entend œuvrer en faveur d'une meilleure coordination, cohérence et collaboration entre les différents partenaires (de la politique nationale, locale, des donateurs et d'autres intervenants). A cet effet, elle axera davantage sa coopération sur l'aide programme et l'approche sectorielle (SWAP²⁴) dans une perspective à long terme.

²¹ A part la pauvreté absolue, c'est surtout l'iniquité (pauvreté relative) qui engendre la frustration et le manque de bien-être.

²² Note de Politique générale du ministre de la coopération au développement présentée au Parlement le 23 novembre 2006 : source Parlement Doc51 2706/025

²³ Note de Politique générale du ministre de la coopération au développement présentée au Parlement le 23 novembre 2006 : source Parlement Doc51 2706/025

²⁴ SWAp (Sector Wide Approach): méthode de travail partagée entre un gouvernement et les donateurs visant à mettre en œuvre ensemble une politique et des stratégies globales et cohérentes pour un secteur public

La Belgique²⁵ souscrit également aux OMD comme un ensemble de priorités de développement à échéance bien déterminée pour la décennie à venir. Ces priorités sont spécifiquement axées sur la promotion du développement humain et sur la lutte contre la pauvreté, chacune visant l'allègement d'une dimension particulière de la pauvreté. La Belgique voit aussi dans ces OMD un outil de coordination des efforts de développement consentis par tous les pays, riches et pauvres, ainsi que par les institutions internationales. Elle soutient les OMD parce qu'ils reflètent une approche commune plus solide et plus axée sur les résultats de la part tant des gouvernements que des donateurs. Les OMD constituent ainsi une méthode intégrée de suivi des progrès au niveau mondial, régional et national. Les rapports sur les OMD contribueront à maintenir l'attention du monde sur la problématique du développement mondial et à mobiliser le grand public, les médias et les leaders politiques pour œuvrer en faveur de la réalisation de ces huit objectifs. Pour toutes ces raisons, l'Etat belge a décidé de s'associer aux pays en développement et au pays développés qui publient des rapports nationaux sur les OMD.

La Belgique s'engage à relever le défi de la mise en œuvre des objectifs du Millénaire d'ici 2015 et à s'acquitter, avec ses partenaires dans les pays en développement, de sa participation au partenariat mondial pour le développement, en coordination étroite avec tous les pays européens et les autres donateurs. La contribution prévue pour les pays comme la Belgique à l'OMD 8, l'objectif de partenariat, concerne l'accroissement du volume et l'amélioration de l'efficacité de l'aide ainsi que l'adaptation des politiques nationales dans les matières pertinentes pour le développement mondial comme la gestion de la dette, la réglementation du commerce et des investissements.

3.2 Des principes et des valeurs

Cette vision à long terme implique donc une approche globale, qualitative, soutenue, qui valorise aussi les forces et les liens interpersonnels entre les différents acteurs d'un système de santé. Les principes et valeurs suivants explicitent cette approche.

La coopération belge, à travers ce présent cadre conceptuel :

- se fonde sur **les droits humains** qui considèrent le droit de bénéficier du meilleur état de santé possible en tant qu'individu et en tant que communauté comme un droit fondamental. Le développement humain suppose que l'on mène une vie aussi longue et saine que possible, que l'on puisse acquérir des connaissances, que l'on accède aux ressources nécessaires et à un niveau de vie décent. En outre, le droit à la santé doit être interprété comme un droit²⁶ englobant non seulement le droit de recevoir des soins de santé adéquats et en temps utile mais s'étendant également aux facteurs déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau potable et à un système adéquat d'assainissement, une alimentation et une nutrition correctes, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain, ainsi qu'un accès à l'éducation et à l'information sanitaire. L'accès aux soins de santé est un droit humain fondamental qui va bien au-delà d'une dimension utilitaire ou mercantile.
- soutient **les politiques nationales des pays partenaires** en adoptant cependant un regard critique et constructif ('**critical alignment**') et en prenant en compte l'avantage comparatif des acteurs belges de la coopération internationale plutôt qu'en promouvant des 'priorités belges'. Les acteurs belges en santé gardent à l'esprit les obligations internationales prises par la Belgique comme elle le fait dans le domaine des droits humains.

²⁵ Source : Premier Rapport d'avancement de la Belgique pour l'OMD 8, « Partenariat mondial pour le développement », juin 2005 - transmis au Parlement en novembre 2006.

²⁶ l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui, en mai 2002 avait été ratifié par 145 pays

- préconise **un développement endogène**, un degré élevé d'appropriation par les populations et les autorités locales (Ownership) et **une approche pragmatique et constructiviste** (la réalité se construit sur base du dialogue où les priorités sont négociées dans un réel partenariat entre les différents acteurs concernés) plutôt qu'une logique mécanique, administrative, imposée selon un timing strict et précipité.
- valorise **le partenariat**, raison pour laquelle sa philosophie repose sur le dialogue et l'écoute des partenaires nationaux impliqués dans le secteur de la santé des pays où la coopération belge intervient. Les partenaires locaux sont les premiers responsables de l'organisation et de l'offre des soins de santé dans leur pays respectifs. En ce sens, l'analyse des parties prenantes est plus importante que le cadre logique comme étape clé pour la planification et l'organisation des interventions en santé.
- adopte **une vision holistique** de la coopération, la santé étant comprise comme un point d'entrée pour un développement global, ce qui implique une approche intersectorielle réelle.
- retient **la qualité technique et relationnelle** comme norme. Ceci comprend : un meilleur dialogue entre le professionnel de santé, l'utilisateur et la communauté locale ; une prise en compte de leurs besoins et attentes ; une approche globale orientée vers le bien-être ; une approche 'care' et non seulement de 'cure'. L'attention portée à cette dimension des soins de santé et donc l'approche centrée sur le patient, inspirera une plus grande confiance dans les services de santé, sans bien sûr sous estimer l'importance de la qualité technique des soins offerts.
- prête attention à la dynamique **des processus**. Ceci suppose une grande flexibilité afin de saisir les opportunités dans l'exécution des programmes et de tenir compte des besoins locaux, de la capacité d'absorption locale et du contexte changeant. Cette approche va loin au-delà de l'investissement dans le 'hardware', mais vise aussi à améliorer le 'software': la qualité technique et relationnelle des soins, la diminution des barrières culturelles, l'émancipation des prestataires de soins et des patients, le renforcement des capacités en gestion et organisation des services....tout ceci dans l'objectif de renforcer l'équité et la pérennité de nos interventions. La méthodologie et les modalités sur lesquelles est basé l'appui belge, devront être en harmonie avec cet esprit.
- soutient les soins, services et systèmes de santé à finalité sociale, c'est-à-dire ceux qui adoptent **une logique d'intérêt public** (caractérisé par une recherche du bien-être, de la qualité des soins, une responsabilité vis-à-vis de toute la population y compris des groupes les plus démunis). La coopération belge ne soutient pas ceux qui ont une logique lucrative, visant à la privatisation, à maximiser les marges bénéficiaires, à intégrer le marché, ou qui poursuivent une croissance seulement quantitative. Néanmoins elle encourage une régulation et une collaboration avec le secteur privé lucratif là où celui-ci agit au bénéfice de l'intérêt public (voir le schéma en annexe 4). Dans cette optique, elle entend appuyer le développement de systèmes pluralistes (donc pas uniquement les services de santé des ministères de la santé, mais aussi ceux des ONG, des missions religieuses ou de l'économie sociale comme les mutualités), dont les centres de santé, dispensaires et hôpitaux répondent à des critères de qualité propres aux services à finalité publique, et dont la mission est sociale. De tels services acceptent, entre autre, la responsabilité d'assurer à une population définie l'accès à des soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients et qui favorisent le choix autonome du patient.

- s'inscrit dans **une logique de complémentarité entre les approches de la coopération humanitaire et 'structurelle'** ainsi qu'entre les programmes verticaux et les soins de santé de base. Tous ces types d'appuis peuvent se renforcer mutuellement dans une logique globale qui vise l'impact sur la santé pour la population et le renforcement du système. Ceci suppose que l'on combine des appuis aux niveaux opérationnels et politiques, que l'on associe le travail clinique, le contrôle des maladies, la formation, la recherche, l'aide à la gestion, l'appui à la planification et le soutien à la formulation des politiques, d'une manière coordonnée, explicite et propre à chaque pays.
- vise **un engagement à long terme** assurant ainsi une prévisibilité de l'aide. Le long terme conditionne la durabilité de la coopération, valorise le partenariat et assure l'appui et le renforcement institutionnel dont les ministères de la santé ont grandement besoin. Cet engagement à long terme vise à obtenir un résultat tangible en termes de services et d'impact au niveau de la population sur le court et moyen terme, et en préserve ainsi la continuité.
- Enfin, de manière générale, **souscrit à des valeurs** telles que l'équité, l'autonomie et l'estime de soi, l'engagement local et la solidarité.

3.3 La stratégie de mise en œuvre et les défis opérationnels

3.3.1 Un appui polyvalent aux politiques nationales de santé

* stratégie :

Appuyer les politiques nationales de santé aux différents niveaux, avec des stratégies explicites, distinctes pour chaque pays et revues périodiquement.

* points d'action et de réflexion :

- Bien que l'appui au renforcement des capacités au niveau opérationnel soit un objectif important pour la coopération belge, chaque appui au niveau opérationnel doit avoir l'ambition de nourrir le niveau central avec des expériences documentées et ainsi influencer les décisions stratégiques (un 'alignement critique').
- En outre, des mécanismes innovateurs visant un engagement communautaire plus important devraient également faire l'objet de l'attention des acteurs belges en santé ('Ownership' au niveau local). Le renforcement des capacités de la société civile destiné à jeter un regard critique sur les politiques publiques doit dès lors faire partie intégrante de ce soutien ('alignement critique' ou même 'non-alignement constructif'). Des mécanismes de dialogue entre le secteur public et la société civile sont à promouvoir.

3.3.2 Le renforcement des capacités institutionnelles aux différents niveaux

* stratégie :

Il faut se doter d'un plan d'accompagnement flexible et d'un planning de renforcement des capacités.

* points d'action et de réflexion :

Ce soutien comprendra une assistance :

- aux Plans de développement des 'ressources' humaines pour la santé (personnel responsable, correctement payé, motivé, compétent et disponible²⁷),
- aux mesures destinées à assurer un financement adéquat du secteur,
- à assurer autant que faire se peut la couverture universelle en soins de santé,
- visant l'amélioration des infrastructures de santé et l'approvisionnement en produits essentiels de qualité garantie. Cela implique aussi un appui à un système de gestion globale de la qualité.
- visant l'accès à des médicaments de qualité car ce domaine constitue un point d'action spécifique de plusieurs acteurs belges qui jouent un rôle proactif en cette matière. En plus de l'énorme défi de la régulation de ce marché au Nord, il faut également renforcer les capacités institutionnelles dans les pays partenaires par rapport à la régulation dans leur propre pays.

3.3.3 Encourager un mouvement de renforcement du système de santé

A court terme, la coopération belge vise à consolider les résultats obtenus ces dernières années par rapport aux maladies spécifiques. Pour que cette consolidation soit durable et en vue de la prise en compte des autres besoins en santé, elle est consciente de l'importance d'encourager à court et à moyen terme un mouvement de renforcement du système de santé, tant au niveau opérationnel qu'au niveau intermédiaire, national et international. Par ailleurs, la coopération belge est pragmatique et consciente que des programmes spécifiques mobilisent des fonds substantiels et peuvent donc constituer des leviers importants pour construire ou renforcer les services de santé. Dans cette perspective, la coopération belge adopte une approche de 'portfolio' (appui projet, appui budgétaire sectoriel ou général, appui aux programmes spécifiques) en ayant toujours

²⁷ cf. séminaire Because Health 2005 sur les 'ressources humaines'

une perspective sectorielle. La modalité d'appui sera choisie donc non seulement en fonction des gains à court terme mais aussi à long terme, c'est à dire le développement du système de santé où tout acteur et tout type d'action se renforcent mutuellement.

L'enjeu et l'action sur le terrain :

- Cela comporte l'accès à la fois aux soins de santé primaires du premier échelon (par exemple la médecine de famille avec des soins de santé bio-psychosociaux centrés sur le patient et des initiatives de médecine communautaire) et ceux du deuxième échelon (la médecine hospitalière) pour tous, constituant ainsi un programme commun réunissant toutes les parties prenantes. A ce sujet, il peut être pertinent, selon les situations, de prévoir l'intégration des hôpitaux de 2°-3° échelon dans le système de santé local.
- Selon la vision de la coopération belge, des systèmes de santé structurés et opérationnels sont indispensables au contrôle, à la prévention et la surveillance durable des maladies, à l'introduction et la mise en œuvre efficace d'outils et de méthodes nouvelles, pour la diffusion et la mise au point de médicaments, de vaccins et de produits consommables de qualité, et en général pour mieux répondre aux besoins et attentes des populations et du personnel de santé au sein du système.

En premier lieu cela sous-entend localement un encadrement global et cohérent des personnels de santé et leur rémunération correcte.

En second lieu cela implique la recherche de mécanismes de financement durable pour que les budgets soient adaptés aux besoins de base réels et non l'inverse.

Finalement cela demande de valoriser la fonction de coordination et de régulation des responsables des systèmes de santé afin d'assurer la finalité publique des activités, l'utilisation plus rationnelle des moyens et la synergie entre les différents échelons dans le système, entre les différents acteurs locaux et internationaux, privés ou publics dans le domaine de la santé, et entre les programmes verticaux et horizontaux.

3.3.4 La promotion d'une gestion 'portfolio' partant d'une approche sectorielle

* stratégie :

-Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, le défi pour la Belgique consisterait à évoluer vers un ensemble de modalités souple (approche 'portfolio'), comprenant la gamme complète d'instruments, dont une large part d'aide budgétaire accompagnée dans la mesure du possible par de l'assistance technique et/ou de l'appui au renforcement institutionnel.

L'aide budgétaire est un mécanisme financier et n'entraîne pas automatiquement des meilleurs services et une meilleure santé. Le suivi, l'évaluation et le regard critique sont essentiels.

L'harmonisation et l'alignement commencent dans les pays qui en proclament l'importance. Cela est tout particulièrement vrai dans le cas d'un donateur fragmenté comme la Belgique, qui assume de surcroît le fardeau d'une culture du secteur public caractérisée par de multiples contrôles ex ante.

Le fait que la Belgique fournit une part importante de son aide à des États fragiles, constitue un défi particulier en matière d'alignement. Les États fragiles révèlent à quel point il est difficile de créer un équilibre entre la tolérance au risque et le besoin pressant de reddition des comptes (« accountability »). Dans ces États, les conflits entre la faiblesse sur le plan de l'appropriation et des capacités, d'une part, et les besoins immédiats en services de base, d'autre part, nécessitent un compromis sous la forme de systèmes/politiques innovateurs de transition chez les partenaires du développement ou ou sous les formes temporaires « d'alignements officieux » (Shadow Alignment)²⁸.

²⁸ Mise en oeuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide : séminaire CTB de décembre 2006

* points d'action et de réflexion :

Nous proposons donc :

- un 'Double ancrage' : un ancrage au niveau central pour augmenter les capacités de définir des politiques en se basant sur les leçons apprises du terrain ; et un ancrage au niveau opérationnel pour tester les politiques nationales à travers des expériences documentées (Recherche-action / Recherche opérationnelle) dans les projets/programmes sur le terrain et ainsi réalimenter le niveau central ;
- de garder une expertise 'terrain' à travers l'assistance technique ce qui permet de mieux orienter les politiques nationales ;
- d'adapter la balance entre les instruments de la coopération et la réalité dynamique du terrain.

3.3.5 Une perspective à long terme avec une attention pour les actions vues comme des processus et avec un financement durable

* Stratégie :

Il est illusoire de penser que la logique des projets à durée déterminée puisse apporter les changements structurels souhaités. En effet, le développement des ressources humaines, les processus de réformes des systèmes de santé et la lutte contre les pandémies sont des interventions qui s'inscrivent dans une perspective à long terme. Il faut plutôt envisager la mise en route d'une « dynamique soutenue par une vision commune ». Des perspectives de 10 à 15 ans au minimum devraient être prise en considération.

Promouvoir la durabilité de l'appui et assurer la mobilisation durable du financement :

- La durabilité dans sa dimension institutionnelle, technique, socioculturelle, politique et écologique
- La durabilité financière versus le financement durable²⁹

* Points d'action et de réflexion :

- augmenter le volume de l'Aide publique au développement (APD) pour atteindre le plus rapidement possible la norme minimale de 0,7% du PNB ;
- assurer la prévisibilité des fonds, ceci selon les modalités définies par la DGCD³⁰ afin de permettre aux pays partenaires de pouvoir compter sur un investissement clair et soutenu pour mettre en œuvre une stratégie à moyen terme ;
- garder une flexibilité quant à la modalité de financement (portfolio) et quant à l'utilisation des fonds afin de pouvoir saisir les opportunités qui se présentent. Une dynamique transformationnelle ('change management') et une approche sectorielle et systémique rendent indispensable une telle manière de travailler. Le défi pour la coopération belge est d'évoluer vers une nouvelle culture d'entreprise pour laquelle les outils de gestion de projet actuels sont inadaptés. Cela exige une grande créativité pour élaborer des mécanismes d'appui qui respectent à la fois la dynamique de développement dans les pays partenaires et les exigences telles que celles qu'impose le législateur belge, entre autres à la Cour des Comptes.
- explorer des mécanismes innovateurs de financement, p.e. dans les 'Etats fragiles', en relation avec des acteurs privés sans but lucratif pour un financement décentralisé dans des régions bien précises (intégral/multisectoriel). D'autres

²⁹ Cf. document Coprogram/Acodev concernant 'Durabilité financière - Financement durable'

³⁰ Critères de la DGCD détaillés en annexe

mécanismes innovateurs peuvent également être développés ; ceux-ci méritent d'être recherchés.

- remplacer la logique mécaniste et administrative des interventions actuelles par un appui centré sur le contenu, ainsi que sur la réalité et la dynamique dans le pays partenaire. L'administration doit être au service du développement et non l'inverse.

* Points de débat :

- garder un regard critique envers les tendances internationales de mettre plus de ressources dans la coopération multilatérale, en particulier dans les domaines dans lesquels la coopération belge ne peut pas faire valoir son expérience, ses convictions et sa valeur ajoutée c'est à dire son expertise dans le renforcement des systèmes de santé.

3.3.6 Assurer le développement des ressources humaines et des formations de qualité pour des prestataires de soins adéquates

* Stratégie :

L'efficacité des soins de santé dépend de la qualité de ses principaux acteurs et de leur attitude envers le patient. La coopération belge doit mettre à la fois le patient et le personnel de santé au centre de son appui et contribuer à la réflexion sur les questions essentielles relatives aux personnels de santé, à leur disponibilité, à leur motivation au travail et à leurs compétences.

Les soins curatifs et préventifs gagnent aussi en efficacité s'ils s'inscrivent dans l'environnement social et culturel du patient individuel. C'est un défi continu d'estimer et d'évaluer la santé dans la perspective du patient et d'adapter les soins de santé aux besoins et attentes des patients. A cet effet les différents niveaux du système de santé devraient contribuer à la création d'un environnement favorable où (1) le patient puisse être compris et traité comme un individu, où (2) l'expérience individuelle du patient (incluant la dimension bio-psycho-sociale) puisse être entendue et considérée et où (3) le patient dispose d'une certaine autonomie et d'un droit de codécision concernant chaque aspect de sa santé.

* Points d'action et de réflexion :

Le texte d'introduction de Monique Van Dormael à l'occasion du séminaire Be-cause Health sur les 'ressources' humaines (2005) est un bon point de départ.

Selon ce texte, la coopération belge devrait viser à:

- améliorer l'environnement professionnel ;
- prendre des mesures qui rendent la vie et le travail en zone rurale plus acceptables pour les professionnels de santé (environnement social) ;
- contribuer à une rémunération de base décente ;
- explorer la question de savoir comment optimiser les mécanismes de stimulation de la performance tout en réduisant les effets pervers de ces approches;
- contribuer à une formation qui répond aux problèmes de santé locaux et à l'organisation des soins : acquisition de nouvelles compétences en santé (nouveaux outils de diagnostic et de traitement), compétences spécifiques pour la gestion d'un district de santé, pour la supervision formative, pour la recherche en systèmes de santé etc.
- développer les visites d'apprentissages et d'échanges sud – sud ;
- intervenir davantage dans la formation initiale des médecins et des paramédicaux pour ouvrir les professions de santé à de nouvelles compétences liées au paradigme systémique et donc, par exemple, aux sciences sociales;
- réduire au minimum les formations soutenues par des indemnités journalières de présences (« per diem ») et intégrer les formations au lieu de travail des

prestataires pour développer petit à petit une culture de formation continue in situ entre pairs, avec l'appui éventuel de compétences externes. La supervision formative et intégrée devrait aussi jouer un rôle-clé dans la formation continue ;

- prévoir, dans les pays qui souffrent d'une crise de ressources humaines, un appui direct au niveau clinique, lorsque ceci cadre avec une stratégie visant à diminuer la pression sur les ressources nationales ;
- faire des efforts au niveau de la Belgique et au sein de la CE pour réduire le brain drain ou contourner ses effets pervers.

En outre, il conviendrait :

- d'investir dans la formation du personnel de santé les aspects de communication entre le personnel de santé et le patient ;
- d'assurer une flexibilité des soins curatifs et préventifs répondant aux besoins, aux priorités et aux attentes des patients individuels ;
- de promouvoir des initiatives qui contribuent à un environnement adéquat permettant d'intégrer le contexte psychosocial aux soins des patients et enfin ;
- d'encourager des actions qui contribuent à l'autonomie et l'autodétermination du patient.

3.3.7 S'assurer que le soutien aux programmes (horizontaux, verticaux et d'urgence) et l'appui aux systèmes de santé se renforcent mutuellement

* Stratégie :

La définition d'un système est un ensemble d'éléments (acteurs, programmes, services) qui sont en interaction. Suivant cette définition, un système de santé est plus que des services de base gouvernementaux aux différents échelons dénommés 'services horizontaux'. Le système comprend aussi des programmes spécifiques de type vertical. Les Programmes verticaux de contrôle des maladies transmissibles et des maladies négligées, les Programmes de nutrition ainsi que ceux liés aux maladies non transmissibles et à la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile en sont des exemples. La présence de ces programmes verticaux peut se justifier pour plusieurs raisons. Ils peuvent être nécessaires temporairement ou de manière permanente. L'intégration n'est pas un but en soi et elle dépend du contexte. Présenter ces deux stratégies – horizontale et verticale - comme deux paradigmes opposés est un faux dilemme. Les deux doivent se compléter en vue d'offrir, à court terme, des soins de qualité, et de renforcer, à moyen et long terme, les systèmes de santé dans leur ensemble.

Le même raisonnement s'applique à l'action humanitaire : bien que la couverture des besoins de santé des populations vulnérables soit une priorité en situation d'urgence, la logique lors d'une action humanitaire n'est pas opposée de la logique structurelle. Il existe d'ailleurs beaucoup de situations intermédiaires entre une urgence aiguë et une situation de développement stable. Dans tous les cas, il convient d'adopter une stratégie permettant le passage de l'urgence au développement. Cette transition doit se faire dans la mesure du possible par la valorisation des structures de santé locales, des ressources humaines existantes, et de l'économie locale ainsi que par l'exploitation des opportunités de collaboration.

* Points d'action/de réflexion :

- Veiller à une complémentarité entre les différents types d'appui en étant pragmatique et non dogmatique.
- Mener les actions humanitaires en respectant les ressources locales en termes de structures de santé, personnel de santé, activités économiques et alliances potentielles.

3.3.8 Un meilleur engagement communautaire

* Stratégie :

Une composante essentielle du développement dans les Etats moins fragile que ceux qui vivent des situations d'urgence est la possibilité des communautés locales de participer aux décisions et donc d'acquérir un certain pouvoir critique de décision.

Dans le domaine de la santé cela signifie que les communautés sont les premières responsables de leur santé. Il est donc tout-à-fait valable d'appuyer les dynamiques présentes. Elles se présentent sous de formes extrêmement variables.

Dans certains pays et régions des comités de santé fonctionnent bien et participent à la gestion et la prise de décision des établissements de santé. Des associations, médicales ou non, sont actives en prévention ou par des actions sur les déterminants sociaux de la santé et/ou dans l'offre de services (les associations de personnes qui luttent contre le sida par exemple), et mériteraient d'être écoutées et appuyées.

Il y a une tendance nette de création d'associations de patients, surtout les Personnes Vivantes avec le VIH (PVVIH). Ce potentiel n'a certainement pas encore eu suffisamment d'opportunités de se développer. Pourtant, leur rôle dans la prévention et dans le suivi des patients est indéniable.

Il existe peu d'expérience de collaboration et de concertation avec les associations professionnelles, mais cette piste offre certainement aussi des perspectives.

Les mutuelles de santé sont d'autres acteurs qui combinent un système alternatif de financement avec une dynamique communautaire et un renforcement des droits des patients. L'expérience belge pourrait davantage interagir avec les initiatives endogènes.

* Points d'action/de réflexion :

- Adapter le rythme d'un cycle de projet au rythme des communautés locales, les impliquer dès le début et garder la flexibilité dans la mise en œuvre des plans d'actions, en respectant les dynamiques locales.
- Promouvoir non seulement le 'Ownership' au niveau national mais aussi le 'Ownership' au niveau local. S'aligner sur une politique nationale est une chose, s'aligner aux besoins ressentis au niveau local en est une autre.
- Promouvoir une reddition des comptes du gouvernement envers sa propre population et pas seulement envers les bailleurs de fonds.

3.3.9 Promouvoir une approche multisectorielle

* Stratégie :

Vu qu'une grande partie des déterminants de la santé ne sont pas du ressort du secteur santé, une approche multisectorielle s'impose, tant dans le travail communautaire qu'à d'autres niveaux. Reconnaître cette complexité est importante. L'assistance au secteur santé sera complétée par des actions dans d'autres secteurs ayant également un impact important sur la santé. Dans le secteur du commerce, par exemple, il conviendra d'apporter un appui visant la mise en œuvre des flexibilités prévues dans les accords ADPIC/TRIPS afin d'améliorer l'accès aux produits essentiels.

Au niveau institutionnel, cela couvre trois axes :

- La collaboration entre le Ministère de la santé et les autres ministères responsables des domaines qui déterminent la santé (population, nutrition, sécurité routière, eau & hygiène, éducation, ...)
- La collaboration entre le Ministère de la Santé et les Ministères qui influencent la performance du secteur de la santé (Ministère des Finances, Ministère de la Fonction Publique, Ministère du Plan, etc.) et ;
- La collaboration entre le secteur public et le secteur privé.

* Points d'action/de réflexion :

- A partir d'une vision globale et holistique du développement, il convient d'apporter une attention particulière aux thèmes transversaux comme l'économie sociale, l'environnement, le genre, le VIH/SIDA et les droits de l'enfant. Ces thèmes transversaux ne sont pas exhaustifs. Dans la démarche transversale, il faut stimuler l'attention aux besoins prioritaires autres que ceux de la santé et les effets de ces attentions sur les interventions dans le domaine de la santé.

3.3.10 Chercher la complémentarité et respecter la subsidiarité³¹

* Stratégie :

Les terrains d'intervention des différents acteurs belges étant très différents, il est impératif de s'assurer de leur complémentarité y compris pour les acteurs humanitaires. La collaboration entre acteurs nationaux et internationaux doit s'inspirer de la même approche.

* Points d'action/de réflexion :

Ces complémentarités et subsidiarité doivent être obtenues par :

- une clarification des rôles de chaque acteur ;
- une concertation régulière entre acteurs tant à Bruxelles que sur le terrain ;
- une recherche de simplification des procédures administratives propres à chaque intervention
- une formulation des objectifs et des résultats attendus cohérente et pertinente par rapport aux processus de renforcement des systèmes de santé et des capacités locales;
- une description de la complémentarité entre acteurs lors de la phase d'identification d'un appui ;
- une collaboration et un réel partenariat avec le secteur privé, non-lucratif et lucratif.
- La possibilité de contrats de 'Maîtrise d'ouvrage déléguée' stimulant le travail dans un cadre unique tout en respectant l'identité de l'acteur contracté ;
- Dialogue sur l'harmonisation quant aux moyens pour réaliser un certain appui, p.e. moyens financiers forfaitaires calculés sur base des besoins réels de la population dont les services de santé ont la responsabilité, pour l'appui à un district sanitaire, des approches vis-à-vis des ressources humaines, etc. ;
- promouvoir des 'Joint tenders', différents acteurs (belges ou internationaux) répondant ensemble à des appels d'offre ;
- une visibilité de cette synergie vis-à-vis du pays partenaire ;
- une redéfinition de la vision quant à l'envoi de personnes : 'transfert' de savoir ou échange de culture et de know-how? Il est important de valoriser l'expertise entre les acteurs belges et entre des unités de travail d'un même acteur, d'une même organisation.
- Des échanges sur les approches innovantes et sur le rôle catalytique des interventions belges.

³¹ Subsidiarité : principe selon lequel la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même. Le principe de subsidiarité vise à privilégier le niveau inférieur d'un pouvoir de décision aussi longtemps que le niveau supérieur n'est pas capable d'agir plus efficacement. Il consiste donc à laisser à chaque échelon d'une organisation toute l'autonomie dont il est capable...

3.3.11 Valoriser l'expertise belge en ce qui concerne la coopération internationale pour une meilleure capitalisation et un meilleur plaidoyer

* Stratégie :

La Belgique doit mieux exploiter son expertise et sa connaissance du terrain. Les recommandations des évaluations devraient être mieux prises en compte et les réussites comme les échecs méritent d'être capitalisés et diffusés, ne fut ce que pour éviter de recommencer les mêmes erreurs. Si la qualité des interventions de la coopération belge dans le secteur de la santé est reconnue dans la sphère internationale, un besoin spécifique de capitalisation est évident. Trop d'acteurs belges ignorent ce que font les autres, parfois dans un même pays.

Pour cette capitalisation, la coopération belge peut s'appuyer sur son infrastructure académique. Chaque intervention devrait avoir une dimension qui intègre la recherche-action et la recherche opérationnelle. Ces expériences documentées devraient alors être organisées et gérées de façon systématique afin de créer une mémoire institutionnelle. De cette façon elles pourront servir au lobbying, à émettre des messages clairs à la communauté internationale et au public belge. La valeur ajoutée de la coopération belge ne se situe pas au niveau du volume de ses contributions financières mais au niveau de la qualité de ses réflexions basées sur ses expériences de terrain.

* Points d'action et de réflexion :

- Assurer la mise en place d'une mémoire institutionnelle et promouvoir une utilisation efficace de l'information disponible.
- Investir davantage dans *le plaidoyer à différents niveaux* (politiques locales, nationales, régionales et internationales de santé et de développement) en sélectionnant le mieux possible les fora qui ont une influence réelle sur les politiques et les pratiques. Le plaidoyer concerne également les causes d'une mauvaise santé, liées à la pauvreté et à l'iniquité.
- Assurer que la croissance du volume financier de la coopération belge va de pair avec une croissance de ses moyens (en premier lieu pour l'expertise) afin de permettre un suivi et un encadrement de qualité.
- Prévoir que dans chaque intervention un budget spécifique de l'ordre de 10% du budget total soit consacré aux activités d'évaluation, de capitalisation et de diffusion
- Encourager le partenariat entre la coopération belge et des institutions partenaires (par exemple des Ecoles de santé publique, le Ministère de la santé, des ONG..).
- Se donner, en tant que coopération belge, l'espace d'interventions innovantes, par exemple dans le domaine de la rémunération des personnels de santé.
- Encourager l'échange entre différentes interventions de la coopération belge et entre acteurs belges sans pour autant que cela freine un échange plus international.

* Points de débat :

- Faire le choix pour maintenir une assistance technique sur le 'terrain'. Ceci est important pour valoriser les leçons de terrain et assurer un feedback vers le niveau central. Les expériences du terrain sont également importantes pour s'assurer que les bailleurs de demain (en particulier la coopération belge) prennent des décisions sur la base d'une connaissance approfondie des réalités du terrain. Cette assistance technique ne doit pas être conçue dans une perspective utilitaire mais dans une perspective de solidarité et d'échanges mutuels.

3.3.12 Adopter une politique de cohérence géographique non-exclusive

* stratégie :

La politique de concentration de la coopération bilatérale dans des régions/pays ne devrait pas exclure des interventions dans d'autres pays où d'autres acteurs ont une valeur ajoutée soit pour le pays partenaire (remplir une niche, mener une recherche-action....) soit pour la coopération belge elle-même (tester des approches innovantes, apprendre des leçons dans d'autres contextes...). La complémentarité entre les acteurs directs et indirects devrait y faire valoir une valeur ajoutée car en effet les acteurs indirects travaillent souvent dans des pays/régions non couvertes par la coopération bilatérale.

* points de débat :

- Maintenir l'ouverture pour la coopération indirecte d'appuyer des partenaires dans des pays autres que ceux retenus pour la coopération bilatérale. Un des objectifs de la coopération indirecte est de renforcer le lien entre les communautés dans le pays partenaire et les communautés en Belgique; ces liens ont dans le passé souvent été créés avec d'autres pays.
- Maintenir, pour la coopération bilatérale, certains pays sur la base de la valeur ajoutée réelle de la Coopération belge et sur la base d'une forte demande du pays partenaire, même si ce pays ne figure plus sur la liste aujourd'hui (par exemple le Cambodge). De plus, garder une présence dans les trois continents représente une richesse d'expérience qui peut renforcer la qualité des différentes interventions.

(cf. 3.3.11)

Chapitre 4 : Le suivi et l'évaluation

4.1 Travailler avec le cadre conceptuel

Ce cadre conceptuel ne donne pas de réponses toutes faites. Il cerne plutôt les problèmes-clé qui méritent un débat approfondi et systématique ultérieurement. Dans ce sens, ce cadre est la première étape du processus de création d'une mémoire institutionnelle proposée par l'évaluation de HERA-ETC-ALTER.

Afin de s'assurer que ce document favorise une dynamique saine de coopération, il conviendrait donc de :

- le diffuser et de s'assurer qu'il devienne un vrai instrument de travail pour la DGCD, et une source s'inspiration et pour les acteurs belges de la coopération;
- faire en sorte qu'il devienne un cadre dynamique qui ne reste pas inchangé durant les cinq années suivantes mais qui soit adapté suivant les 'leçons tirées' dans le cadre de la 'mémoire institutionnelle' et du contexte toujours changeant de la coopération internationale ;
- s'assurer du suivi des approches nouvelles en sachant que ce cadre conceptuel n'est qu'un début mais n'est certes pas suffisant car il s'agit d'un processus à long terme ;
- veiller à ce que les thématiques spécifiques soient débattues ouvertement et mènent, à terme, à l'élaboration de 'fiches techniques' ou d'autres outils comme des « Policy Paper », des codes de bonne conduite etc.

Ces domaines d'actualité identifiés pourraient développer selon la structuration proposée dans le présent cadre conceptuel (les points d'action, de réflexion et de débat) dans le sous-chapitre 3.3 et en compléter la liste avec les sujets suivants (liste complémentaire non exhaustive) :

- Le sous financement du secteur et l'accès financier aux soins de santé: plaider pour un coût minimal qui puisse assurer un paquet de soins essentiels.
- L'approche sectorielle
- La gestion et la motivation des ressources humaines et leur financement
- L'accès à des médicaments de qualité
- La santé sexuelle et reproductive
- Le VIH/sida
- La malaria
- La tuberculose
- La décentralisation
- La collaboration Privé Public
- Les partenariats publics-privés internationaux (Global Health Initiatives)
- La recherche en systèmes de santé
- La participation des communautés
- Les mutuelles et la micro-assurance santé
- L'approche centrée sur les patients
- La transition entre urgence et renforcement des services de santé
- Travailler en santé dans des Etats fragiles
- L'intégration des programmes spécifiques
- Les hôpitaux

- Etc.

4.2 Le suivi

Dans le but de suivre l'opérationnalisation des réflexions essentielles du présent document, il convient :

- d'identifier les éléments/stratégies principaux de ce cadre conceptuel ;
- d'élaborer des indicateurs utilisables à un niveau plus haut qu'une seule organisation, pour le suivi de ses stratégies et résultats.

Cet exercice, qui serait conduit par la DGCD avec les autres acteurs belges, devrait identifier un nombre restreint de stratégies dans lesquelles l'ensemble des acteurs belges seraient prêts à s'engager de façon concertée et à en mesurer les accomplissements en interprétant en commun les valeurs d'indicateurs construits en commun.

4.3 Evaluation

Pour s'assurer de la réelle valeur ajoutée d'une telle approche il faut prévoir une évaluation externe périodique, par exemple tous les deux ou trois ans.

Annexes

Annexe 1 Évaluation du secteur de la santé de la coopération belge HERA/ALTER/ETC

Recommandations secteur santé

1. Approche/cadre conceptuel de l'appui au secteur santé

- 1.1. Clarifier l'objectif spécifique de la CB aux différentes étapes du développement du système de santé dans des contextes nationaux différents :
 - *Phase d'urgence*: L'objectif spécifique est la fourniture de services.
 - *Phase de développement*: L'objectif spécifique est le développement de la capacité des autorités et acteurs locaux à remplir correctement leur rôle; ou exprimé autrement, le développement de la capacité du système de santé à fournir les soins de santé (dans le sens large du terme)
- 1.2. Envisager les systèmes de santé comme un tout qui dépasse largement l'action au niveau des SSP et du district sanitaire et prendre en compte la complexité des liens entre ressources, gestion et délivrance de services.
- 1.3. Envisager la santé comme un tout multifactoriel, qui va au-delà des soins de santé et nécessite une réponse multisectorielle.
- 1.4. S'inscrire dans l'approche Swap et promouvoir celle-ci comme mode de partenariat préféré (surtout dans les pays partenaires « de concentration » où la CB joue un rôle important dans la santé). Continuer l'approche projet, mais de préférence l'approche programme d'appui toujours dans le cadre du plan sectoriel, dans des pays où a) le SWAP n'est pas présent ou insuffisamment mature, b) la CB n'est pas suffisamment présente, et c) pour tester des approches innovatrices.
- 1.5. Développer des approches pro pauvres de l'appui belge au secteur de la santé.
- 1.6. Considérer aussi bien les aspects de l'offre des services que de la demande (et les besoins parfois non ressentis) lors de la formulation des interventions (perception des besoins, attitude et habitude de santé, responsabilisation, contribution, protection sociale, etc.).
- 1.7. Considérer la durabilité comme un processus clé du développement sanitaire et à ce titre augmenter son niveau de priorité dans l'identification des interventions. Améliorer cette durabilité en appuyant la mobilisation de ressources essentielles (par ex. pour les ressources humaines) par une approche de dialogue politique, de sensibilisation au niveau global et d'investissement dans la recherche des solutions au niveau international
- 1.8. Développer la dimension genre dans le concept « santé » et « services de santé »
- 1.9. Mener des réflexions, des travaux de recherche et prendre position par rapport aux approches de prise en charge des malades atteints du SIDA ; positionner

les approches dans celles de l'intégration des soins, de l'appui au système de santé, de développement durable et des coûts pour les systèmes de santé / la société.

2. Cadre d'intervention et de (co)financement

2.1 Cohérence interne

2.1.1 Développer une approche commune d'appui au système de santé en invitant les acteurs de la coopération belge en santé à élaborer conjointement et à rejoindre un cadre commun d'intervention d'appui au système de santé. Tester cette approche dans un / plusieurs pays de « concentration » afin d'en déterminer la valeur ajoutée.

2.1.2 Dans le contexte de la mise en œuvre de ce cadre commun d'intervention pour les acteurs directs et indirects de la coopération belge, promouvoir l'harmonisation des procédures administratives des projets afin de favoriser la complémentarité et à la cohérence entre les projets / interventions appuyées par différents acteurs belges

2.2 Harmonisation

2.2.1 Poursuivre la participation au débat international d'appui aux systèmes de santé en intégrant là où cela est possible et pertinent les approches plus verticales (GFATM, SIDA)

2.3 Alignement

2.3.1 Maintenir / renforcer la capacité de la CB à mener le dialogue politique sectoriel avec le pays partenaire Lors du dialogue politique sectoriel, de la coordination sectorielle avec les autres partenaires au développement et au moment de l'identification de l'appui belge engager des concertations avec le(s) Ministère(s) de la Santé pour étudier les opportunités de partenariat avec d'autres Ministères, avec les autres acteurs du privé (associations professionnelles, confessionnelles etc.) dans le cadre du plan sectoriel du pays.

3. Modalités d'intervention et de (co) financement

3.1 Cohérence interne

3.1.1. Clarifier le rôle des différents acteurs du dispositif belge et assurer les moyens et les mécanismes pour jouer ce rôle :

3.1.1.1. La CB (DGCD, CTB, acteurs indirects) devrait continuer à investir et à maintenir son expertise en santé, en santé publique et en systèmes de santé dans les pays

3.1.1.2. La DGCD, responsable du dialogue politique avec le partenaire national, pourrait mieux utiliser les compétences en santé publique des différents acteurs belges (CTB, ONG, etc.)

3.1.1.3. La plate-forme (informelle) belge « Be-Cause » peut contribuer à la recherche de complémentarité, de cohérence et au partage d'informations entre partenaires belges.

4. Gestion des interventions et des (co) financement

4.1 Améliorer la performance de la coopération belge

4.1.1. Utiliser dorénavant l'expérience et la compétence belge dans certaines matières (par ex. l'assurance maladie, la médecine générale, l'hôpital) et envisager de contracter des organisations belges ou internationales spécifiques.

4.2 Clarifier et renforcer les systèmes de suivi, de monitoring et d'évaluation pour tous les acteurs de la coopération belge :

4.2.1 Clarifier et revoir les modes et outils de monitoring de l'aide au développement (responsable, capacité, finalité, périmètre, ...) et construire des méthodes et des outils spécifiques au secteur de la santé et utilisables par tous les acteurs de la coopération belge en santé.

4.2.2 Développer dans la CB des mécanismes et l'habitude de partager les expériences, par :

- des « peer review »
- des rencontres interdistricts, inter partenaires, inter pays (niveau régional)
- des publications régulières
- la poursuite de l'appui à la plateforme « Be-Cause »

4.2.3 Considérer de fournir plus d'appui aux systèmes nationaux d'information sanitaire (SIS), source importante des données nécessaires pour le suivi

4.2.4 Envisager la possibilité pour la CB de contracter des institutions (telles IMT, ESP) pour développer un système de suivi rapproché des projets/programmes complexes ou novateurs.

4.2.5 Considérer la possibilité d'un appui scientifique par l'IMT ou une ESP pour tirer des leçons des suivis rapprochés de tous projets (« leçons tirées ») et instituer un système de capitalisation des enseignements tirés pour le dispositif belge de coopération sanitaire

4.3 Encourager la recherche et l'utilisation des résultats (DGD, CTB et autres acteurs)

4.3.1 Maintenir et développer l'approche « Recherche – Appui à la Politique ». Continuer d'utiliser des capacités nationales (IMT, ESP, universités, ...) dans la RAP et impliquer les instituts locaux dans els recherches appliquées.

4.3.2 Considérer un appui « continu » par l'IMT ou une ESP à la DGCD dans le domaine de la politique de santé

Annexe 2 Contribution pour la note politique à l'attention du futur Ministre de la coopération (groupe GRAP-SWAP, juin 2007)

Proposition du GRAP-SWAP (Groupe de Recherche en Appui aux Politiques de Coopération - Politiques Sectorielles). 25/06/2007

Depuis plusieurs décennies, nous sommes confrontés à des critiques pressantes et à une remise en cause de l'efficacité voire même de la légitimité de l'aide au développement. Différentes évaluations des actions et modes de fonctionnement des différentes agences de coopération a été entreprise. Ces études ont pointé les limites des modalités d'interventions traditionnelles et suscité l'amorce d'un changement dans le système d'aide internationale. Le nouveau paradigme de gestion de l'aide proposé par l'UE, l'OMS, mais aussi par différentes coopérations bilatérales (Canada, Danemark, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse, entre autres) incarne une nouvelle vision officialisée lors de la conférence de Paris : alignement, harmonisation, appropriation.

C'est dans ce cadre que la CUD suite à une priorité identifiée par la DGCD, a créé le GRAP consacré aux politiques sectorielles (SWAP). Le GRAP-SWAP qui regroupe 3 universités fonctionne depuis 3 ans et a réalisé plus de 10 missions dans 6 pays (Bénin, Mali, Sénégal, Ouganda, Rwanda, Tanzanie) et une revue extensive des expériences SWAP Santé menées dans les différents continents. Les premiers résultats de notre travail discutés au sein du réseau Be-Cause Health, présentés à la conférence européenne d'Amsterdam et à des spécialistes de l'UE sont explicites. Comparée à l'approche traditionnelle, l'approche sectorielle présente des avantages significatifs relevés à la fois par les responsables nationaux et les PTF des 6 pays où nous sommes intervenus. Nous pouvons entre autres, citer :

- Une meilleure coordination des interventions autour d'une politique sectorielle nationale consensuelle
- Le renforcement et le développement plus harmonieux des systèmes de santé et pas seulement de quelques programmes spécifiques
- Une meilleure pérennité des interventions et de l'appui international
- Une meilleure possibilité d'appui à la décentralisation et à l'intégration des acteurs privés confessionnels et ONG
- Une identification plus aisée des dysfonctionnements des systèmes de santé et de leurs déterminants majeurs : gestion et financement des ressources humaines, qualité des soins, accessibilité géographique et financière, organisation des services, relations humaines, etc.
- Un consensus plus aisé sur la priorité des interventions à mener

Quant à la coopération belge, l'approche sectorielle permet une meilleure visibilité et une plus grande influence du savoir faire et de ses compétences spécifiques, notamment dans le domaine de la santé où son expertise internationale est reconnue. Mais l'approche sectorielle qui ne rejette pas l'outil projet, n'est ni une panacée, ni une solution miracle. Elle nécessite un renforcement des compétences nationales et régionales, notamment par un appui et un suivi technique de moyenne durée et un changement des procédures des partenaires techniques et financiers. Elle est mise en péril par la multiplication des initiatives spécifiques et des fonds internationaux centrés sur la lutte de quelques pathologies spécifiques : SIDA, malaria, tuberculose, vaccins.

Dans un contexte international de recherche de l'efficacité et de la performance il est urgent que la coopération belge multiplie ses expériences dans le domaine des approches sectorielles et généralise le recours à cette nouvelle approche, sans délaisser l'approche projet, là où elle est nécessaire.

Pour le GRAP-SWAP : Prof Dr Bruno Dujardin, Coordinateur

(bruno.dujardin@ulb.ac.be)

Annexe 3 Critères de la Coopération belge pour un appui budgétaire

Introduction

La coopération au développement est un processus complexe. La situation est différente dans chaque pays et elle est en constante évolution, si bien que chaque donateur doit pouvoir disposer d'un éventail d'instruments lui permettant de répondre, de manière appropriée, à chacune de ces situations. L'aide budgétaire figure parmi ces instruments, à côté de l'aide-projet, l'assistance technique ou encore l'allègement de la dette. Aucun instrument n'est a priori meilleur qu'un autre. Dans la pratique, chaque donateur fera usage d'un assortiment de ces instruments, dont la composition variera d'un pays à l'autre.

1. Qu'est-ce que l'aide budgétaire ?

La présente note définit l'aide budgétaire comme suit:

L'intervention du donateur se situe sur une échelle qui dépasse le projet individuel ; le donateur intervient en effet au niveau d'un sous-secteur (p. ex., l'enseignement primaire), un secteur (l'éducation) ou un programme national de lutte contre la pauvreté.

Le programme financé est formulé et mis en œuvre par le pays partenaire. Le programme se situe dans le cadre d'une stratégie pluriannuelle du gouvernement pour le sous-secteur/ secteur ou le pays. Ladite stratégie détermine des objectifs, indicateurs, modalités d'exécution et mécanismes de SUIV1.

L'aide budgétaire s'avère surtout pertinente dans les pays en développement les plus pauvres, à la capacité institutionnelle limitée (voir chapitre 3). Le renforcement de la capacité de l'administration publique en représente dès lors toujours l'un des objectifs explicites.

L'aide budgétaire peut prendre diverses formes en fonction de la situation dans le pays concerné. Le programme est inscrit au budget public. Si cela est possible, les procédures financières et administratives du pays partenaire sont suivies. Dans d'autres cas, l'argent du donateur est versé préalablement sur un compte distinct (généralement appelé '*basket fund*') ; les procédures d'exécution doivent alors être convenues entre le pays et le groupe de donateurs.

Quelle que soit la forme de l'aide budgétaire, le principe d'un mélange des fonds affectés par l'Etat et par le groupe de donateurs subsiste. Vu l'ampleur et la complexité de l'intervention, celle-ci se déroulera toujours dans le cadre d'un programme impliquant plusieurs donateurs.

L'aide budgétaire est conditionnée a un dialogue politico-technique entre le pays partenaire et les donateurs. Par ce dialogue, les donateurs et le pays partenaire tentent de s'accorder sur les priorités du programme appuyé et sur les garanties générales de bonne gouvernance. L'appui des donateurs est octroyé dans une perspective à moyen terme afin de garantir bonne gestion et prévisibilité.

Ses **caractéristiques essentielles** sont donc les suivantes : appropriation par le pays bénéficiaire, renforcement de la capacité de l'administration publique, relation impliquant plusieurs donateurs et dialogue politique. D'autres types d'interventions sont également financés sur l'allocation de base Coopération financière, notamment l'aide à la balance des paiements, les fonds de contrepartie. Ces interventions continuent d'être gérées comme cela était le cas auparavant. Le cadre élabore dans

le présent document ne s'applique qu'à l'aide budgétaire.

2. Quand l'aide budgétaire est-elle appropriée ?

On constate une tendance à l'utilisation accrue de l'instrument d'aide budgétaire par la coopération internationale. Cet instrument est surtout intéressant dans les conditions suivantes:

1. Dans les pays fortement dépendants de l'aide. (Fréquemment définis comme des pays où l'aide au développement représente 10% ou plus du RNB), le volume élevé d'aide-projet aboutit à plusieurs distorsions dans la relation entre donateurs et pays partenaire. Le morcellement significatif de l'aide internationale engendre des coûts de transaction particulièrement élevés pour le pays bénéficiaire (nombreuses structures de gestion distinctes caractérisées par des procédures différentes selon le donateur, grand nombre de missions et de rapports, etc.), lesquels continuent à affaiblir une administration déjà fragilisée.

La prépondérance de l'appui aux investissements (l'essentiel de l'aide-projet) risque aussi d'amener l'Etat bénéficiaire à ne pas pouvoir mobiliser suffisamment de moyens pour faire fonctionner ou entretenir ces nouveaux investissements (dépenses courantes), ce qui mine la durabilité des projets. Pour leur part, les donateurs imposent aussi fréquemment, dans leur coopération par projets, des priorités sectorielles propres ; de surcroît, en l'absence de coordination, il n'existe pas de mécanisme permettant de garantir que la somme de toutes ces priorités individuelles répond aux besoins globaux du pays. Un équilibre entre l'aide-projet et l'aide budgétaire peut, dans des circonstances favorables, résoudre ces problèmes.

2. L'aide budgétaire génère des opportunités de dialogue avec le pays partenaire à propos de sujets qui ne peuvent être abordés par l'aide-projet!. L'aide budgétaire peut déboucher sur une autre relation entre les donateurs et les pays bénéficiaires (une autre compréhension de la recevabilité). L'impact des projets est largement tributaire de la qualité de la politique menée par le pays bénéficiaire, et ce, tant en matière d'équilibres macro-économiques, de lutte contre la pauvreté, de gestion budgétaire que de priorités sectorielles. Une amélioration de la politique adoptée peut contribuer à une plus grande efficacité de tous les efforts consentis sur le plan de l'aide. De plus, en raison de l'échelle propre cette aide et du ralliement de plusieurs donateurs à une même position, l'aide budgétaire génère des opportunités de négociations avec le partenaire sur des réformes politiques nécessaires.

3. Enfin, l'aide budgétaire peut également s'avérer l'instrument approprié dans les pays non dépendants de l'aide qui planifient un accroissement, financé par l'aide, de leurs interventions dans le cadre de la campagne ODM -("scaling up"). Ce type d'accroissement ne pourra assurément être que partiellement réalisé grâce à l'aide-projet, car une croissance rapide du nombre de projets est difficilement gérable. Si les garanties sont suffisantes sur le plan de la qualité de la politique sectorielle et nationale, ledit accroissement peut se faire par le biais de l'aide budgétaire. Ce sont là les principales raisons qui poussent les donateurs à développer l'instrument de l'aide budgétaire. Ce dernier constitue en soi un moyen permettant d'augmenter l'efficacité de l'ensemble des efforts consentis dans le cadre de l'aide, les projets inclus.

3. Quels critères de sélection la coopération belge au développement appliquera-t-elle durant la période 2005-2007 ?

Il a été précisé supra dans quelles circonstances l'aide budgétaire peut s'avérer appropriée. Cela ne signifie toutefois pas que les donateurs présents dans tous ces pays puissent automatiquement passer à ce nouvel instrument. Les pays, dont il est ici question, se caractérisent par leur grande dépendance vis-à-vis de l'aide et par un solide arrière sur le plan des ODM ; le plus souvent, il s'agit aussi de pays affichant les manquements les plus criants sur le plan de la qualité des politiques et les moins capables de mettre en œuvre programmes et réformes. Un choix difficile se pose donc au donateur, en l'occurrence : d'une part, l'aide budgétaire représente potentiellement le moyen de contribuer à une amélioration de la politique et de la gestion dans les pays partenaires, mais, d'autre part, le donateur court le risque d'un échec de l'aide budgétaire en cas de politique et d'administration trop faibles. Chaque dossier d'aide budgétaire requiert dès lors une évaluation de la "*capacité institutionnelle*" dans le pays partenaire concerné, *une estimation du risque couru*.

La présente note traduit les aspects les plus pertinents de la capacité institutionnelle d'un pays en critères opérationnels d'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de l'aide budgétaire.

Ces critères sont subdivisés en deux groupes :

- **les critères de base**. S'il ne satisfait pas à ces conditions, le pays n'entre pas en ligne de compte pour l'aide budgétaire ;
- **les critères supplémentaires**.

Rappelons qu'il s'agit dans ce cas-ci de "critères de sélection" (ex-ante), en d'autres termes, de critères servant à déterminer si la Belgique peut ou non prendre part à un programme d'aide budgétaire dans un pays déterminé. Ceux-ci diffèrent des critères (indicateurs) permettant de décider si les tranches successives de l'aide budgétaire pluriannuelle peuvent être libérées ; ces derniers critères ne peuvent bien entendu pas être définis de manière générale, car ils diffèrent d'un programme à l'autre (voir chapitre 4).

3.1 Les critères de base

La présente note pose quatre conditions minimales permettant à un pays d'entrer en ligne de compte pour l'aide budgétaire :

3.1.1. Garanties minimales en matière de **bonne gouvernance** par le gouvernement du pays bénéficiaire : EPIN (CPIA) > 2,5. L'aide budgétaire présuppose une relation de confiance entre la communauté des donateurs et le gouvernement du pays bénéficiaire. Cette confiance est fondée sur un nombre minimum de principes de bonne gestion socio-économique.

En tant que petit donateur bilatéral, il est bien entendu impossible de donner une estimation objective de la qualité de la gestion publique dans tous les pays en développement. La présente note propose dès lors de se baser sur l'index EPIN de la Banque mondiale (Évaluation de la politique et des institutions nationales). Ledit index présente les avantages suivants :

- il observe une vingtaine de variables qui évaluent, sur un large éventail, la qualité de la politique socio-économique, notamment les équilibres macro-

économiques, les programmes sociaux, la gestion des finances publiques, la politique en matière de commerce extérieur et le climat d'investissement ;

- il est calculé chaque année par le personnel opérationnel de la Banque pour tous les pays à faibles revenus ;
- il est déjà utilisé par plusieurs donateurs pour des décisions portant sur la répartition de l'aide entre les pays et sa méthodologie ayant été récemment examinée par des experts externes, il sera rendu public par la Banque des 2006.

La cote attribuée au pays dans l'index EPIN varie de 1 (mauvaise gouvernance pendant des années) à 6 (bonne gouvernance pendant des années), la valeur moyenne étant calculée sur les 20 variables.

Critère: Seuls les pays affichant un index EPIN moyen supérieur à 2,5, c.-à-d. les pays dans lesquels la gestion socio-économique satisfait à certaines conditions minimales, entrent en ligne de compte pour l'octroi de l'aide budgétaire.

3.1.2. Equilibre macro-économique

Les problèmes de nature macro-économique, tels qu'une inflation élevée, de gros déficits budgétaires etc., risquent de saper la durabilité des résultats des programmes de développement. En conséquence, un élément essentiel du dialogue entre donateurs et pays partenaire est de veiller à ce que **la politique macro-économique** soit équilibrée.

Au sein de la communauté internationale, c'est le FMI qui assume cette responsabilité de contrôle de la politique macro-économique. Le Personnel du Fonds réalise, chaque année au moins, une radioscopie de la politique menée dans chaque pays (c'est ce qu'on appelle une 'Consultation-Article IV').

Les pays devant faire face à une crise macro-économique peuvent également faire appel à des crédits-ponts octroyés par le Fonds dans l'optique. La plupart du temps, un certain nombre de réformes est lié à l'octroi de ce crédit. Dans les pays dans lesquels la DGCD possède la plus grande expérience, il s'agit généralement de crédits concessionnels accordés dans le cadre de la FRPC (Facilite pour la Réduction de la Pauvreté et pour la Croissance - PRGF en anglais). Lesdits crédits sont toujours libérés sous forme de tranches. Le paiement des tranches est tributaire de l'exécution des mesures convenues (lorsqu'il satisfait à toutes les conditions, un pays est réputé '*on trac*'). La politique macro-économique est déjà intégrée à l'index EPIN. Il s'avère néanmoins pertinent de faire des équilibres macro-économiques un critère distinct, attendu que le FMI tient également compte d'autres variables que la Banque (p. ex. la fiscalité), mais aussi parce que tout dérapage des finances publiques à une incidence directe sur la durabilité d'un programme financé au moyen de l'aide budgétaire 1.

Critère: Entrent en ligne de compte pour l'octroi de l'aide budgétaire uniquement les pays qui n'ont pas d'emprunt en cours auprès du FMI (parce que leurs équilibres macro-économiques sont sous contrôle) ou ceux réputés '*on trac*' dans leur programme avec le FMI.

3.1.3. Multi-donateurs

L'aide budgétaire n'a de sens que dans le cadre d'une approche multi-donateurs. L'ampleur de l'intervention de même que le dialogue avec l'Etat présupposent une coopération avec d'autres donateurs. Cette coopération est surtout importante sur deux points:

1. Elle donne accès aux diagnostics posés par d'autres donateurs à propos de la qualité de la gestion budgétaire ou de la politique sectorielle du pays partenaire concerné ;
2. Elle permet de gérer conjointement des ressources et, par conséquent, de partager entre les différents donateurs participants les responsabilités liées à certains aspects de la gestion de l'aide budgétaire.

1 Il est assurément déjà arrivé dans le passé que des donateurs bilatéraux soient en désaccord avec les mesures imposées par le FMI à un pays en situation de crise, par exemple, en raison du fait que le Fonds ne tenait pas suffisamment compte de facteurs extérieurs tels que la baisse du prix des matières premières. Si le groupe de donateurs estime en effet que la politique suivie par le FMI dans un certain pays est erronée, il est bien entendu possible de déroger à ce critère. Dans ce cas, le dossier d'aide budgétaire doit toutefois explicitement argumenter cette prise de position.

Dans le cas du premier point, ce sont essentiellement les donateurs multilatéraux, comme la Banque mondiale et la Commission européenne, qui jouent un rôle. Etant donné l'accès aisé aux informations de la Commission européenne, la présente note propose que la DGCD n'intervienne que dans des pays ou la Commission pratique aussi l'aide budgétaire. Pour l'heure, la Commission libère de l'aide budgétaire dans approximativement la moitié des pays ACP.

Toutefois, le mode de fonctionnement (de même que l'ampleur des opérations) de la BM et de la Commission européenne diffère grandement de celui des donateurs bilatéraux. Il est dès lors recommandé à la DGCD d'aussi rechercher, dans le cadre d'un programme d'aide budgétaire, une collaboration avec un autre donateur bilatéral au moins. D'autres accords devront alors être passés avec ledit donateur en ce qui concerne la gestion des ressources budgétaires. Dans le cas d'un donateur possédant relativement peu d'expérience par rapport à ce nouvel instrument, cela peut constituer une occasion d'enranger rapidement des connaissances en la matière.

Ce critère peut signifier que la Belgique s'engage dans un programme déjà en cours ou qu'elle en entame un nouveau, avec un autre donateur au minimum.

<p>Critère: La DGCD n'intervient que dans un pays partenaire dans lequel la Commission européenne affecte des ressources à de l'aide budgétaire (même si c'est dans un autre secteur que celui dans lequel la Belgique interviendrait) et dans lequel il est possible de collaborer avec au moins un donateur bilatéral.</p>

3.1.4. Dialogue institutionnalisé entre donateurs et pays partenaire

La qualité du dialogue politico-technique entre donateurs et pays partenaire est une garantie essentielle du bon emploi de l'aide budgétaire. En fonction du type de programme appuyé par la coopération belge au développement, ce dialogue peut porter sur la politique nationale ou sectorielle. Ce dialogue revêt de l'importance pendant **l'exécution** de l'aide budgétaire, mais aussi durant la **phase préparatoire** de celle-ci. Le dialogue va plus loin qu'une réunion annuelle d'un Groupe Consultatif ou d'une Table ronde. Il s'agit en fait d'un dialogue permanent, à propos des programmes d'aide budgétaire, avec le gouvernement du pays partenaire, et ce, tant au niveau des experts techniques qu'à un niveau politique supérieur.

Les indicateurs qui peuvent être utilisés pour démontrer qu'il est satisfait à ce critère sont les suivants :

1. Un « Mémoire d'Entente » - MOU (lettre d'entente ou autre) signé par les donateurs (et l'Etat) ;
2. Des rapports réguliers sur la concertation entre les donateurs et l'Etat ;
3. Des rapports de mission rédigés par les participants des Sièges à cette concertation ;
4. Des rapports rédigés par les services d'évaluation.

Critère : La DGCD n'intervient en octroyant une aide budgétaire que dans les pays partenaires où existe un dialogue de bonne qualité entre donateurs et pays partenaire (à l'échelon national ou sectoriel).

S'il satisfait à ces quatre conditions de base ex-ante, un pays partenaire entre en ligne de compte pour l'octroi d'aide budgétaire. Quant à savoir si la coopération belge opte effectivement pour cet instrument, cela dépend de deux critères ex-ante supplémentaires.

3.2 Critères supplémentaires

Lors de la deuxième étape, deux critères supplémentaires sont pris en considération. Il s'agit d'une catégorie distincte, car moins clairement étalonnée. S'il n'est pas entièrement satisfait à un critère, un donateur a néanmoins la possibilité de décider d'apporter tout de même de l'aide budgétaire, mais

- en adaptant ses modalités, notamment en y assortissant davantage de conditions;
- ou en assortissant l'aide au moyen d'un programme d'assistance technique permettant de pallier certaines insuffisances.

Ceci peut aboutir aux scénarios potentiels suivants :

1. Si un pays partenaire enregistre de mauvais résultats sur toute la ligne, aucune aide budgétaire n'est prévue ;
2. Si un pays partenaire enregistre de bons résultats sur toute la ligne, une aide budgétaire générale peut être octroyée (appui au budget dans son ensemble, sans aucun ciblage - earmarking) ;
3. Si un pays partenaire enregistre de bons résultats sur certains points et de moins bons sur d'autres points, les scénarios suivants sont possibles :
 - aide budgétaire générale, la libération de tranches successives étant toutefois liée à certaines conditions (ces dernières ont le plus souvent trait à des mesures que le pays doit prendre en vue de corriger les manquements existants),

- aide budgétaire sectorielle, les fonds étant alloués (*earmarked*) à un secteur déterminé. Cette aide budgétaire sectorielle peut, elle aussi, être réparties en tranches successives liées à certaines conditions,
- le Basket Funding représente une variante de l'aide budgétaire sectorielle; celle-ci s'avère essentiellement utile lorsque les donateurs estiment qu'un programme sectoriel est bien ficelé, mais qu'ils n'ont pas encore une confiance suffisante dans la qualité de la gestion budgétaire et qu'ils conservent des lors un plus grand contrôle sur les paiements,
- assistance technique. Les donateurs peuvent juger que la volonté politique est suffisamment forte pour pouvoir remédier aux manquements et qu'un programme d'assistance technique (études, mise à disposition d'experts, formation) suffit. Dans le cadre de l'assistance technique aussi, un mécanisme de basket funding peut s'avérer utile. L'AB 'coopération financière' doit garder ouverte cette possibilité.

En conséquence, ces critères supplémentaires déterminent non seulement si un pays entre en ligne de compte pour une aide budgétaire, mais aussi les modalités concrètes de ladite aide.

3.231. Qualité de la gestion des finances publiques.

Celle-ci englobe:

- l'établissement du budget (les priorités politiques sont-elles correctement traduites dans le budget ?),
- la transparence et l'efficacité de l'exécution du budget,
- l'efficacité du contrôle des procédures et dépenses (y compris les procédures applicables aux adjudications),
- la qualité des audits (et de l'expéditeur *tracking*),
- l'existence et l'application de mesures anticorruption,
- la rapidité et la qualité du rapportage relatif au budget (devant le Parlement).

La communauté des donateurs internationaux a d'ores et déjà développé divers instruments permettant de dresser un diagnostic de la gestion budgétaire ou de certains de ses aspects. En principe, nous partons du postulat que l'aide budgétaire n'est prévue que dans les pays dans lesquels la Banque mondiale a effectué un Country Financial Accountability Assessment (CFAA) et un Country Procurement Assessment Review (CPAR) (parfois résumés sous forme d'une seule étude PEMFAR - Public Expenditure Management and Financial Accountability Review). Dans les pays dans lesquels la Banque mondiale n'a pas effectué cet exercice, un diagnostic équivalent a dû être réalisé par un autre donateur (ou groupe de donateurs). Pour sa part, le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE s'est attelé à réaliser un diagnostic plus standardisé des finances publiques (dans une optique de suivi de l'aide budgétaire).

A la vérité, il est clair que dans bon nombre des pays en développement les plus pauvres, la gestion des finances publiques présente des lacunes. En dépit de celles-ci, nous, en tant que donateur, sommes toujours en mesure de statuer que l'aide budgétaire reste pertinente (p. ex. parce que les avantages du programme soutenu contrebalancent les risques).

Dans ce cas, le dossier afférent à l'aide budgétaire doit alors explicitement préciser :

- les mesures prévues par l'Etat pour faire face à ces lacunes ;
- la manière dont les donateurs appuient ces mesures, soit par l'intermédiaire de la conditionnalité, soit de l'assistance technique;
- la manière dont, en tant que groupe, les donateurs assureront le suivi de l'exécution de ces mesures ;
- et enfin, les accords pris entre les donateurs concernant la manière dont ils agiront dans le cas où un pays ne se conforme pas aux mesures convenues.

Cela revient à dire que les donateurs ne portent pas seulement un jugement sur les lacunes sur le plan de la gestion, mais qu'ils examinent aussi la dynamique des changements; les réformes vont-elles dans le bon sens et sont-elles mises en oeuvre à une vitesse suffisante ?

3.2.1. Qualité du DSRP (CSLP, PRSP...) au de la politique sectorielle

L'aide budgétaire signifie que les donateurs appuient soit la politique de développement à l'échelon national, sous la forme d'un DSRP, soit la politique menée dans un secteur. Cette approche implique donc une évaluation de la qualité de ladite politique ainsi que de ses résultats. Dans ce contexte aussi, il existe une multitude de diagnostics posés tant par des organisations multilatérales spécialisées que par des donateurs bilatéraux. Les plus connues en la matière sont les *Joint Staff Assessment* des DSRP, publiés par la BM et le FMI, ainsi que les *rapports d'avancement* annuels (APR) des DSRP publiés par la BM et le FMI2.

Un aspect prioritaire consiste à s'assurer que les objectifs de la politique, de même que les indicateurs y afférents, sont définis de manière précise (unilatérale, simple, mesurable,...). Etant donné que, dans un programme d'aide budgétaire, la justification à l'égard des donateurs se compose essentiellement d'un rapportage à propos des résultats de la politique menée, il est tout particulièrement important que les objectifs et les indicateurs soient définis de façon méthodologiquement correcte.

Une fois de plus, il est clair que dans bon nombre des pays en développement les plus pauvres, la politique de développement nationale et/ou sectorielle présente des lacunes. Tout comme pour le critère applicable à la gestion des finances publiques, nous sommes toujours en mesure, en tant que donateur, de statuer qu'en dépit des lacunes relevées, l'aide budgétaire reste pertinente.

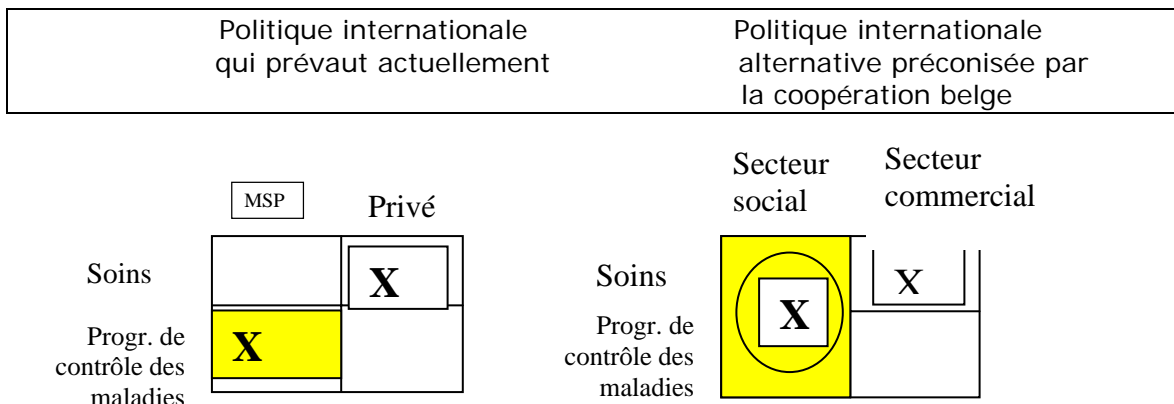
Dans ce cas, le dossier afférent à l'aide budgétaire doit alors préciser :

- les mesures prévues par l'Etat pour faire face à ces lacunes ;
- la manière dont les donateurs appuient ces mesures, soit par l'intermédiaire de la conditionnalité, soit de l'assistance technique ;
- la manière dont, en tant que groupe, les donateurs assureront le suivi de l'exécution de ces mesures ;
- et enfin, les accords pris entre les donateurs concernant la manière dont ils agiront dans le cas où un pays ne se conforme pas aux mesures convenues.

2 Depuis peu, le DSRP ne doit plus être soumis à l'approbation des conseils d'administration de la BM et du FMI.

Annexe 4 Schéma pour un dialogue social dans le secteur de la santé

Le diagramme suivant illustre cette proposition de logique sociale pour un secteur social :



(sur fond jaune : l'essentiel des financements actuels et proposés)

(explication des figures en 15 lignes suivra)

Annexe 5 Analyse SWOT des acteurs belges de la coopération en santé

<i>Forces</i>	<i>Faiblesses</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Expérience historique considérable notamment d'appui aux zones de santé et d'aide humanitaire - Un nombre d'acteurs institutionnels performants - Existence d'une 'école belge', reconnu au niveau international - RH présentes dans des postes clés au sein d'organisations internationales - Bon niveau d'interaction entre les acteurs (Be-cause Health e.a.) et dans des réseaux internationaux - Contribution croissante (plaidoyer) au débat international - Système belge de sécurité sociale exemplaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Très peu de coordination et concertation sur le terrain - Peu d'expérience avec des mécanismes de coopération comme le support budgétaire - impact politique parfois limité - peu de lien entre l'expérience dans l'organisation de la santé en Belgique et le travail international - dispersion de petites interventions isolées - lien avec les institutions de Bretton Woods pas utilisé suffisamment - ressources financières limitées comparé à d'autres acteurs
<i>Opportunités</i>	<i>Menaces</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Attention croissante au niveau international aux problèmes de santé, en premier lieu à cause des grandes pandémies - Déclaration de Paris - Les OMD santé et discours public en faveur des OMD - l'engagement du gouvernement envers le 0.7% - Convention droit à la santé et droit de l'enfant signée - exploiter plus les expériences belges en sécurité sociale et organisation des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte socioéconomique peu favorable au niveau global (déterminants sociaux de la santé) - rôle (trop) dominant des grandes initiatives internationales - éventuellement période difficile de réforme de la coopération - approche parfois mécaniste, administrative de la coopération - exportation de notre concept sans respect de l'appropriation des partenaires et sans adaptation au contexte - déclin du dialogue avec les ONG

Annexe 6 La déclaration 'Soins de santé pour tous'

<p style="text-align: center;">DECLARATION SUR LES "SOINS DE SANTE POUR TOUS"</p>

Formulée et adoptée par un groupe de travail ministériel et les participants de la conférence « Soins de Santé pour Tous, Anvers, 25-26 octobre 2001.*

PREAMBULE

Les soins de santé ne se limitent pas à la fourniture de soins de santé curatifs mais comprennent également la promotion de la santé, la prévention, la réhabilitation et le traitement.

L'accès aux soins de santé est une question sociale, économique et politique et par-dessus tout un droit humain fondamental. La pauvreté, les inégalités, la violence et l'injustice sont sources de mauvais état de santé et de décès dans de nombreux pays à faible revenu. La santé pour tous requiert de revoir l'impact de la mondialisation dans un cadre socio-économique et politique cohérent visant à soutenir le développement humain durable.

L'objectif universel de la « Santé pour tous », énoncé par l'Organisation mondiale de la santé et ses Etats membres dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, n'a pas été atteint. Des améliorations significatives de l'état de santé des populations ont cependant été observées dans les pays ayant consenti des investissements sociaux et particulièrement dans les systèmes de santé. Ces succès résultent de l'interaction entre la demande des populations pour des services de santé et de meilleures conditions de vie et l'adoption par les Etats d'approches communautaires participatives destinées à assurer un accès universel aux services de santé, dans l'esprit d'Alma-Ata.

-
- La conférence "Soins de santé pour tous" tenue à Anvers, en Belgique les 25 et 26 octobre 2001, organisée par le gouvernement belge durant sa Présidence de l'Union européenne et par l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers, a été suivie par des ministres et des directeurs de la Santé d'une quinzaine de pays partenaires de la coopération belge, des directeurs et des personnalités importantes de l'Union européenne et de ses Etats membres, des agences des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales, de l'industrie pharmaceutique, de scientifiques et d'experts concernés par le développement de la santé et le contrôle des maladies.
 - Des informations complémentaires peuvent être obtenues sur le site Internet : WWW.ITG.BE/HCA

Cependant, pour de nombreux pays à faible revenu, l'impact dû au VIH/SIDA, à la tuberculose et à la malaria ainsi qu'à d'autres maladies infectieuses et non transmissibles, conjugué à de nouveaux besoins en santé destinés à des populations à risque résultant de désastres naturels et de conflits qui s'y sont ajoutés, a aggravé les problèmes existants.

En plus, les restructurations économiques ont réduit les dépenses publiques. L'insuffisance de personnel, de ressources, de formation et de maintenance des infrastructures, qui en a résulté, a conduit à une surcharge et une démotivation du personnel. De surcroît, tant sur le plan national qu'international, les échecs commerciaux ont contribué à aggraver les inégalités relatives à l'accessibilité globale aux soins de santé. Les rares ressources humaines disponibles pour le secteur de la santé déjà limitées sont réduites par les programmes d'ajustement structurel ainsi que par la fuite des cerveaux. L'assistance internationale aux pays à faible revenu destinée en particulier au renforcement des systèmes nationaux et locaux de santé ainsi qu'à l'amélioration de la santé n'a répondu ni en temps voulu ni en ressources nécessaires aux besoins accrus.

Après avoir passé en revue leurs problèmes et leurs difficultés et avoir partagé leurs expériences, les participants de la Conférence d'Anvers "Soins de Santé pour Tous" ont formulé et adopté la présente déclaration.

LES PARTICIPANTS A CETTE CONFERENCE

Estiment que :

L'accès aux soins de santé est un droit humain fondamental. Les soins de santé pour tous accessibles, efficaces, adéquats et équitables sont une condition essentielle pour améliorer la santé dans le monde, lutter contre les maladies et réduire la pauvreté. La poursuite de l'objectif visant à un accès aux soins de santé pour tous constitue ainsi un programme commun réunissant toutes les parties prenantes pour les raisons suivantes :

- (1) au niveau **social**, l'accès aux soins de santé est un fondement de la lutte contre la pauvreté, de la productivité socio-économique, du développement humain et de la stabilité politique;
- (2) au niveau **médical**, des services de santé de qualité sont essentiels pour la prise en charge adéquate des maladies et pour l'utilisation correcte des médicaments, des vaccins, de la technologie médicale et des produits consommables;
- (3) au niveau **épidémiologique**, des systèmes de santé bien structurés et opérationnels sont indispensables pour le contrôle, la prévention et la surveillance durables des maladies,
- (4) au niveau **scientifique**, l'introduction et la mise en œuvre efficaces d'outils et de méthodes nouvelles ainsi que la prise en compte d'une éthique médicale en recherche requièrent des systèmes de santé adéquats;
- (5) au niveau **économique**, des systèmes de santé adéquats et correctement financés fournissent les conditions favorables de marché pour la diffusion et la mise au point de médicaments, de vaccins et de produits consommables;
- (6) sur le plan **international** , l'accès universel aux soins de santé est d'une importance cruciale pour réduire la pauvreté et réaliser les objectifs de développement en santé énoncés par le Sommet du Millénaire des Nations Unies et par d'autres initiatives.

Reconnaissent que :

- (1) Les Etats ont la responsabilité d'assurer le meilleur état de santé possible pour leurs populations qui ont le droit et le devoir de participer à l'amélioration de leur état de santé. La communauté internationale a un devoir d'assister les Etats afin qu'ils puissent atteindre leurs objectifs sociaux dont en particulier l'accès aux soins de santé pour tous et la réduction du poids des maladies liées à la pauvreté.
- (2) Le rôle des gouvernements est d'assurer la bonne gestion, de créer les conditions optimales pour toutes les parties prenantes aux systèmes de santé, d'assurer des apports publics et privés adéquats et de guider la coopération internationale au développement. Les gouvernements doivent garantir la durabilité financière, l'accessibilité particulièrement pour les pauvres, l'efficacité et l'équité des systèmes de santé. Les services de santé doivent répondre aux besoins et aux demandes de la population, dans le plus grand respect des individus et par une approche centrée sur le client.
- (3) La communauté internationale a le devoir de fournir les ressources financières et l'appui technique nécessaires aux pays à faible revenu afin d'assurer un accès aux soins de santé pour tous ainsi que de promouvoir des mécanismes de marché équitables concernant les médicaments essentiels, les produits consommables et le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé.
- (4) La recherche en matière de santé doit aller au-delà de la mise au point de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins. La recherche concernant l'amélioration des systèmes de santé et des interventions existantes de contrôle des maladies doit être renforcée. Il faudrait particulièrement insister sur le renforcement des capacités de recherche dans les pays sur lesquels pèse le poids des maladies, le développement de réseaux internationaux et le renforcement des liens entre les communautés de chercheurs, les décideurs politiques, la société civile, le personnel de santé et la population.

Font appel :

aux gouvernements nationaux, aux organisations internationales ainsi qu'à tous les organismes et individus concernés par la santé et le développement pour :

- (1) Reconnaître l'accès aux soins de santé pour tous nécessitant des ressources humaines adéquates, des infrastructures, des médicaments essentiels et autres produits consommables comme étant un droit fondamental de l'être humain et un élément essentiel pour le contrôle des maladies liées à la pauvreté ;
- (2) Reconnaître l'importance d'approches multisectorielles en vue de réduire le poids du VIH/SIDA, de la tuberculose, de la malaria et des autres maladies infectieuses et non transmissibles;
- (3) S'assurer que les programmes de lutte contre les maladies renforcent les services de santé existants et qu'ils soient coordonnés avec les autres programmes et interventions.
- (4) S'assurer que les systèmes de santé répondent aux besoins et aux attentes des populations, contribuent à améliorer les résultats en santé et veillent à un financement adéquat et durable ;
- (5) Renforcer en partenariat les capacités logistiques, opérationnelles et scientifiques des pays à faible revenu afin d'améliorer leurs services de santé et programmes de lutte contre les maladies et d'orienter la recherche internationale vers les besoins réels de la population et des systèmes de santé;
- (6) S'assurer que les mécanismes de marché permettent et favorisent un accès global aux médicaments essentiels et aux produits destinés à la promotion de la santé ; Faciliter et encourager le développement et la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé;
- (7) Considérer la déclaration et l'objectif des "Soins de santé pour tous" comme un programme commun en faveur duquel toutes les parties prenantes peuvent se mobiliser.

Cette déclaration appuie toutes les initiatives en santé visant la réalisation de la "Santé pour tous", et renouvelle l'engagement de la communauté internationale de fournir des "Soins de santé pour tous".