



Rapport d'Inventaire
Cambodia

Mars 2008

LE PARTENARIAT INTERNATIONAL POUR LA SANTÉ (IHP) AU CAMBODGE

Rapport de Situation

**Préparé pour: LA REUNION INTER-REGIONALE DES EQUIPES CHARGEES DE
LA SANTE DANS LES PAYS**

LUSAKA, ZAMBIE

28 février au 1er mars 2008

Sommaire

Titres	Page
1. Contexte	1
2. Groupes de coordination existants	2
3. Politiques et stratégie existantes dans le domaine de la santé	3
4. Financement	5
5. Comment concrétiser l'IHP	6
6. Mesures concrètes à adopter	9
7. Conclusions	9
8. Annexe 1: Principaux documents de référence et sources examinés	10
9. Annexe 2: Liste Ministère de la santé et partenaires du développement /consultants	11

1. Contexte

Le Gouvernement Royal du Cambodge (GRC) et les partenaires du développement se sont engagés à travailler sur l'harmonisation, l'alignement et les résultats. Le Cambodge est un pays pilote DAC/OCDE et met en oeuvre le Plan d'action gouvernemental sur l'harmonisation, l'alignement et les résultats (HAR) par le biais de Groupes de travail techniques et du Conseil pour le Développement du Cambodge (CDC). En octobre 2006, dans le cadre des engagements pris dans le cadre de la Déclaration de Paris, le GRC et les partenaires du développement ont signé une "Déclaration du Gouvernement Royal du Cambodge et des partenaires du développement relative à l'amélioration de l'efficacité de l'aide", une déclaration exprimant leur volonté de coopérer pour la mise en oeuvre du Plan d'action du GRC sur l'HAR pour 2006-2010.

Cet engagement a été pris immédiatement après la publication du Rapport 2006 relatif à l'efficacité de l'aide au Cambodge. Ce rapport déclarait que l'aide au développement au Cambodge demeurait hautement fragmentée et compétitive et recommandait au GRC et aux partenaires du développement dans tous les secteurs, notamment dans le secteur de la santé, d'adopter et de mettre en oeuvre les principes de la Déclaration de Paris, de telle sorte que:

- 1) Le GRC fasse preuve de leadership et s'approprie les politiques, les plans, les stratégies et les actions du développement tels que le Plan national du développement stratégique (PNDS 2006-2010) qui consolide le Document stratégique de réduction de la pauvreté, le Plan de développement socio-économique et les OMD spécifiques au Cambodge. Institutionnaliser le CDCF en tant que modalité de suivi pour les réunions annuelles CG en 2007 a permis de réaffirmer le leadership du pays dans les processus de H&A. La formulation du Plan stratégique pour la santé (PSS) 2008-2015 ainsi que les processus de renforcement du plan triennal/MTEF et du Plan des opérations annuel serviront de base pour l'harmonisation et l'alignement dans l'IHP.
- 2) Les partenaires du développement, à l'intérieur du pays et à l'échelle internationale, alignent leurs programmes sur les stratégies, les institutions et les procédures du GRC et ne soutiennent que les programmes qui relèvent des priorités articulées dans le PNDS et le PSS;
- 3) Les arrangements entre le GRC et les partenaires du développement soient harmonisés, transparents et collectivement efficaces;
- 4) Les ressources soient gérées pour maximiser les résultats moyennant: un cadre pour le suivi de la mise en oeuvre du PNDS et un examen annuel des progrès du PNDS; et le Programme d'investissement public triennal (PIP) fondé sur les examens annuels de la mise en oeuvre du PNDS.
- 5) Les parties prenantes, y compris des Organisations de la société civile (OSC) et du secteur privé, voient leur rôle renforcé dans la planification et la mise en oeuvre des programmes d'assistance au développement afin d'améliorer la transparence et la responsabilité mutuelle pour les résultats du développement.

A fin 2006 le Cambodge a participé aux 14 études de suivi de la Déclaration de Paris et les résultats ont été consignés dans un document et publiés début 2007. Bien que les indicateurs aient fait l'objet d'un rapport présenté par le pays lui-même et fassent donc l'objet d'une interprétation subjective, les données constituent une référence par rapport à laquelle les progrès futurs peuvent être mesurés.

En ce qui concerne l'aspect institutionnel, l'étude de diagnostic révèle que le GRC a adopté des mesures impressionnantes pour améliorer l'efficacité de l'aide. Il a notamment:

- Renforcé le Conseil pour le Développement du Cambodge (CDC) présidé par le Premier Ministre;
- Nommé le Conseil cambodgien de la réhabilitation et du développement (CRBD) point focal et "guichet unique" pour la coordination, l'allocation et l'utilisation de l'aide;
- Créé un Comité de haut niveau de coordination Gouvernement-donateurs (GDCC) chargé de donner des orientations politiques et d'assurer la coordination à haut niveau, faisant appel aux ministres, aux chefs d'organisations bilatérales, multilatérales et de la société civile et aux ambassadeurs;

- Remplacé les mécanismes de coordination existants, au niveau sectoriel, par des Groupes de travail techniques conjoints avec les donateurs (TWG); et
- Élaboré des politiques, des cadres stratégiques et des lignes directrices pratiques pour une gestion efficace de l'aide en consultation avec les partenaires du développement.

Il en résulte qu'il existe peu d'ambiguïté quant aux préférences du GRC relatives aux principaux aspects de l'aide et à la manière de l'utiliser. Tout en reconnaissant l'importance de l'aide externe pour le développement du Cambodge le GRC souligne que les partenaires du développement doivent prendre les mesures suivantes:

- Harmoniser leurs pratiques et aligner toutes leurs activités sur les priorités de développement du Cambodge;
- Déplacer la coopération sur des projets individuels vers des approches sectorielles/thématiques et/ou programmatiques;
- Utiliser les mécanismes, les systèmes de prestation de services et les ressources humaines appropriés du pays;
- Minimiser la charge administrative pour les partenaires locaux;
- Assurer une plus grande transparence sur les ressources et les activités;
- Financer les programmes par des fonds versés directement au secteur ou par des fonds d'aide généraux;
- Se coordonner avec le CRBD, le CDC avant de conclure des accords bilatéraux; et
- Renforcer les capacités locales par le biais de l'assistance technique

Dans ce contexte, il est vital que l'IHP ajoute de la valeur en fournissant des forums pour un dialogue public-privé, y compris les OSC, pour aider le Ministère de la santé à réaliser ses priorités de santé nationale telles que fixées par le PSS2 tout en soutenant un mécanisme fiable et transparent pour la mise en oeuvre.

A cette fin, les partenaires santé, qu'il s'agisse de signataires du pacte mondial IHP ou non, participent aux discussions sur la pertinence et sur la mise en oeuvre de l'IHP au Cambodge dans un effort visant à faire de l'IHP le vecteur de l'harmonisation et de l'alignement dans le secteur de la santé.

2. Groupes de coordination existants

Le Cambodge dispose d'une vaste structure de groupes de coordination des mécanismes dans le domaine de la santé. Le Groupe de travail technique pour la santé (TWGH) a 74 membres officiels, est dirigé par le Ministère de la santé et a des participants de nombreux départements du Ministère de la santé, de programmes et d'institutions nationaux, d'autres ministères hiérarchiques, du CDC et des partenaires du développement bilatéraux et multilatéraux, y compris des ONG et d'autres OCS actives dans le domaine la santé.

Il existe de multiples groupes de travail techniques travaillant sur des thèmes et des maladies spécifiques et ayant des membres différents qui rendent compte au TWGH. Le TWGH est un groupe stratégique et se concentre sur des initiatives dans le secteur de la santé au sens large, y compris les systèmes de santé, alors que les sous-groupes de travail s'intéressent aux questions techniques spécifiques et transversales, telles que la politique et le renforcement des capacités qui relèvent des attributions du secteur de la santé. La structure du TWGH est reproduite au niveau provincial.

Le Secrétariat du TWGH, avec des représentants du Ministère de la santé et des partenaires santé, contribue au bon fonctionnement du TWGH, y compris à la formulation d'indicateurs de suivi conjoints (JMI), à la fixation de plans de travail annuels et à la fixation de l'ordre du jour de la réunion mensuelle.

Il existe aussi des groupes/départements qui travaillent à l'amélioration de l'harmonisation et de l'alignement, dont le Groupe spécial du Ministère de la santé sur le renforcement de l'harmonisation et de l'alignement (H&A), le Département de la coopération internationale du Ministère de la santé et le

Département de la planification et de l'information sanitaire du Ministère de la santé. Les partenaires santé se réunissent en groupes pour essayer d'harmoniser et d'aligner les partenaires du développement entre eux, dont le Groupe des partenaires pour la santé, le Groupe de travail pour l'harmonisation et l'alignement, le Groupe de travail sur les compléments salariaux et les partenaires au Projet d'appui au secteur de la santé (HSSP).

Le CCM du Fonds mondial, ou le CCC (Comité de coordination pays) comme on l'appelle au Cambodge, comprend de nombreux partenaires du développement et de groupes de la société civile que l'on retrouve aussi dans le TWGH, mais pour l'essentiel ce ne sont pas les mêmes individus. Le CCC est également présidé par un autre Secrétaire d'Etat à la santé et a pour membres les programmes nationaux (par ex. VIH/SIDA, tuberculose et paludisme), des représentants d'autres Ministères hiérarchiques (éducation, femmes et affaires sociales), l'Autorité nationale multisectorielle pour le SIDA et MEDICAM, une organisation faîtière de plus de 100 OSC au Cambodge.

Pour contribuer à la coordination dans le domaine du VIH/SIDA, un Groupe de travail technique conjoint Gouvernement/donateurs (GDJ-TWG) pour le VIH/SIDA a été établi, présidé par l'Autorité nationale du Sida (NAA) et dont les membres sont des partenaires du développement, des OCS et les ministères du gouvernement. Le Forum des partenaires du développement pour le VIH/SIDA a été créé afin d'assurer une meilleure coordination entre partenaires.

Des plans opérationnels pour l'ensemble du secteur (c'est-à-dire un Plan stratégique du secteur de la santé pour le SIDA 2008-2010 (NCHADS); un Plan stratégique MoEYS 2008- 2012; un Plan stratégique MoWA 2008 – 2012 et un Plan stratégique MoND 2007-2011) ont été mis en place sous l'égide de la NAA en vue d'appuyer l'harmonisation et l'alignement de l'aide fournie par les partenaires du développement et d'apporter aux partenaires nationaux plus de clarté dans les arrangements et les processus de mise en oeuvre.

Le GDJ-TWG pour le SIDA a piloté le développement de l'évaluation nationale des dépenses pour le SIDA (intégrée dans le rapport 2008 de l'UNGASS), le SRA révisé, le NSPII et son nouveau calcul des coûts (en cours), qui ont tous contribué à clarifier les priorités de l'engagement des partenaires et amélioré l'harmonisation des efforts déployés par le gouvernement et les partenaires.

L'harmonisation dans le domaine du VIH/SIDA demeure un défi car l'essentiel des responsabilités en matière de VIH/SIDA est de ressort du Centre national pour le SIDA, la Dermatologie et les STI (NCHADS) alors que le PMTCT est du ressort du Centre national de la santé maternelle et infantile (NMCHC). Des efforts sont également déployés pour établir un lien entre le VIH/SIDA et les programmes de santé reproductive, qui relèvent aussi du NMCHC. Pour harmoniser il est crucial qu'il y ait un dialogue permanent et ouvert entre le programme national, le Ministère de la santé et les partenaires du développement.

3. Politiques et stratégies existantes dans le domaine de la santé

Un plan pour le secteur de la santé (PSS2) couvrant la période 2008-15 est en cours de préparation. Le département de la planification et de l'information sanitaire (DPHI) du Ministère de la santé pilote le processus aux côtés du TWGH qui assure le contrôle.

L'élaboration du PSS2 est un processus mené par le Ministère de la santé et avec la participation active des partenaires santé, y compris la société civile. Des **consultations entre les parties prenantes ont révélé les enjeux suivants:**

- Qualité et quantité insuffisantes des ressources humaines, déploiement inadéquat, notamment vers les régions rurales, faiblesse des salaires et insuffisance des incitations pour le personnel du secteur de la santé publique;
- Niveau élevé de "double emploi" des professionnels de la santé dans les secteurs public et privé;
- Insuffisance des compétences, des aptitudes techniques et capacité limitée de la direction à rendre compte en raison de la faible qualité des sites de formation pratiques et qualité limitée du personnel enseignant;

- Flux financier et appui logistique insuffisants pour les médicaments et les produits;
- Inadéquation des ressources humaines et financières pour maintenir et renforcer les services et la couverture du HEF et du SHI;
- Faiblesse de la qualité des soins dans les centres de santé (publics et privés), due à la fois au manque de normes relatives aux soins de santé, à la prestation et à l'organisation des services;
- Gouvernance limitée des systèmes de santé au niveau provincial et capacité limitée de gestion dans les districts et dans les centres;
- Mécanismes réglementaires inefficaces et coordination insuffisante entre les services de santé publics et privés (y compris les ONG);
- Application insuffisante de la législation sanitaire et respect insuffisant des directives et des pratiques standards, et de l'assurance qualité (contrôles des laboratoires et de la qualité des médicaments);
- Absence d'informations sanitaires fiables, d'un système de compte rendu, d'un plan global de préparation, d'un système d'intervention d'urgence et de données épidémiologiques;
- L'architecture d'aide fragmentaire, y compris une attention particulière accordée par les donateurs aux programmes de lutte contre les maladies, entrave le Ministère de la santé dans son rôle de direction;
- Fragmentation des activités, du financement, du contrôle et de la surveillance et des lignes administratives d'autorité;
- Intégration limitée du secteur privé, y compris des ONG, et des prestations de services, dans un cadre national d'exécution de la politique de la santé;
- Utilisation limitée des services de santé publics en raison de la qualité, de l'accès (physique, et coûts directs et d'opportunité) et d'autres obstacles (par ex. culture, genre, responsabilisation des femmes dans les processus décisionnels, éducation, sécurité, etc.); et
- Pratiques sanitaires et comportements inadéquats face aux soins de santé.

De nombreux problèmes de santé mentionnés ci-dessus ont également été identifiés dans l'examen à mi-parcours du Plan stratégique pour le secteur de la santé (2003-2007) effectué par le Ministère de la santé en mars 2007. Suite à un dialogue et à un consensus avec les principaux acteurs, le Ministère de la santé a systématiquement conçu le PSS2 pour relever un grand nombre de défis mentionnés ci-dessus et pour en faire un moyen de réaliser les priorités sanitaires du GRC et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé du Cambodge (OMDC).

Le PSS2 sera mis en oeuvre moyennant trois programmes – Santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (RMNCH), Lutte contre les maladies transmissibles et Lutte contre les maladies non transmissibles. Les objectifs de chaque programme sont: Objectif 1: Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néo-natale et infantile et améliorer la santé génésique; Objectif 2: Réduire la morbidité et la mortalité du VIH/SIDA, du paludisme de la tuberculose et d'autres maladies transmissibles, et Objectif 3: Réduire la morbidité des maladies non transmissibles et d'autre problèmes sanitaires. Un des principaux défis pour le PSS2 est la probabilité que la morbidité et la mortalité de la population dues aux maladies non transmissibles augmentent, avant qu'il n'y ait une diminution parallèle des maladies transmissibles. Compte tenu de cette double "charge" il faut constamment renforcer le système de santé mis en place pour les maladies transmissibles et la santé maternelle et infantile, et développer en parallèle de nouvelles compétences et de nouveaux systèmes pour répondre aux besoins des maladies non transmissibles. Ce qui signifie qu'il faudra des traitements coûteux tout au long de la vie et intensifier les efforts de prévention par un nombre accru d'approches multisectorielles.

Le processus participatif utilisé pour élaborer le PSS2 a également révélé un certain nombre de problèmes à régler pour améliorer l'harmonisation et l'alignement. Il faut: a) mieux comprendre les coûts totaux du renforcement en tenant compte non seulement des coûts directs du programme, mais aussi des coûts des fonds d'actions et d'autres initiatives de financement proposées (par ex. assurance maladie communautaire); b) identifier les mesures pour réduire la fragmentation et améliorer l'alignement de l'appui externe, y compris par une plus grande clarté sur les modalités disponibles; c) s'assurer que le Processus d'examen annuel des résultats peut influencer l'allocation

future des ressources; et d) inclure ces éléments dans un Cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) pour la santé. De plus, la démarche que retiendra le Ministère de la santé pour harmoniser les pratiques relatives aux incitations financières et pour assurer le paiement adéquat du personnel du Ministère de la santé aura une influence sur le coût et l'efficacité du PSS2.

Cependant, le processus d'élaboration du PSS2 est concentré au Ministère de la santé. Compte tenu des contraintes systémiques et financières pour améliorer les résultats, d'autres parties du gouvernement, notamment le Ministère de l'économie et des finances, sont appelées à intervenir. De même, bien que la décentralisation et la déconcentration des pouvoirs proposées, qui passeraient du niveau national au niveau provincial, n'ont pas encore abouti dans le processus politique, il est dorénavant et déjà évident qu'une mise en oeuvre réussie du programme sanitaire dépendra de plus en plus de la collaboration avec les Gouverneurs provinciaux et leurs administrations. Il faudra veiller à développer soigneusement des stratégies de renforcement des relations entre la santé et les finances et avec les autorités provinciales, ce qui les intégrera dans des accords futurs relatifs au financement du secteur et à l'affectation des ressources. Il faudra pour cela aussi des efforts systématiques et coordonnés de renforcement des capacités au niveau infranational. La prévisibilité et la cohérence du financement externe sont un des grands défis pour le secteur de la santé. Leurs propres politiques internes risquent d'empêcher les donateurs bilatéraux et certains multilatéraux de prendre des engagements sur le long terme, sauf pour des projets ou des maladies spécifiques. Cependant, lorsque cela est possible, des efforts conjoints seront déployés par les partenaires du développement dans les pays pour appuyer les priorités du Ministère de la santé en fournissant un financement prévisible et cohérent.

4. Financement

Actuellement, les défis pour le financement des soins de santé au Cambodge sont caractérisés par un:

- Faible niveau de dépenses publiques pour la santé, les dépenses budgétaires étant légèrement supérieures à 1% du PIB, malgré des augmentations substantielles;
- Faible niveau de financement public (< 40%) atteignant la prestation des services
- Niveau élevé des dépenses privées propres des ménages qui couvrent environ les deux tiers des dépenses de santé; et
- Niveau croissant des fonds versés par les donateurs pour la santé qui atteignent USD 5-6 par personne (2007).

Le GRC concentre aussi ses efforts pour augmenter la part des dépenses publiques pour la santé par rapport aux dépenses totales, ce qui suppose un déplacement progressif du financement par des donateurs vers un budget santé national pérenne.

Le Ministère de la santé a également déployé des efforts pour plaider sa cause auprès du Ministère de l'économie et des finances, améliorer la planification financière, les systèmes de mise en oeuvre et de suivi et pour identifier le déficit entre les ressources disponibles et celles qui sont nécessaires à la réalisation des objectifs de santé.

Depuis 2004, le personnel du Ministère de la santé a utilisé le Plan d'opérations annuel (POA) et le Plan continu triennal (3YRP) en guise d'outils pour formuler des budgets stratégiques et annuels et procéder à des analyses des déficits de ressources. Depuis trois ans, les POA se sont avérés des outils utiles et efficaces pour l'affectation et le suivi des flux de ressources vers et à l'intérieur du secteur. Des travaux sont actuellement en cours, tels que l'introduction de la budgétisation axée sur les programmes (BAP) afin d'améliorer les liens et la compatibilité avec les processus budgétaires à l'intérieur et au-delà du secteur. Les POA servent aussi de sources d'information au Ministère de la planification (MP) pour l'élaboration du PIP.

Cependant, pour que le GRC puisse assurer un financement efficace et durable au long terme, il faudra concevoir et mettre en oeuvre à tous les niveaux du secteur de la santé des systèmes de financement et des outils de gestion (c'est-à-dire concevoir un PIP cohérent pour la santé, incluant les coûts récurrents pour la maintenance et la formation et intégrer le PIP pour la santé dans le POA et le 3YRP), pour une utilisation efficace des ressources publiques.

Les capacités du personnel au niveau national et provincial devront aussi être renforcées dans les domaines de la budgétisation stratégique, de la mise en oeuvre de la réforme PFM, de l'utilisation des POA provinciaux pour les négociations et la mise en oeuvre des budgets des provinces et du suivi des financements accrus en faveur des priorités sanitaires.

Au niveau mondial, le processus de proposition du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) engendre une incertitude considérable quant au financement externe à long terme, notamment lorsque l'appui du GFATM constitue une part significative du financement externe de la santé; le déficit potentiel de financement pour l'achat de vaccins traditionnels qui pourrait résulter de l'intérêt accru de l'Alliance GAVI pour de nouveaux antigènes; une inquiétude concernant la pérennité des achats de produits de base pour le programme SIDA dans le contexte d'un grand nombre de patients bénéficiant déjà d'un traitement ARV; le défi qui consiste à maintenir une approche cohérente envers le développement des systèmes d'information; et la charge de travail imposée par le fait que le Cambodge a été choisi pour au moins neuf nouveaux pilotes/initiatives/études sur la santé au niveau international (rapport OMS). Chacun de ces éléments exige un examen approfondi pour voir si les mesures adoptées par les signataires de l'IHP et d'autres pourraient contribuer à atténuer les contraintes superflues.

Un projet de rapport sur *L'évaluation de la gestion financière du secteur de la santé (projet 2.1)* au Cambodge conclut que, globalement, le risque fiduciaire actuel est élevé. Cependant, le rapport déclare aussi que si les mesures d'atténuation recommandées sont mises en place et si les réformes sont faites, ce risque pourrait être ramené à un niveau moyen. Les auteurs concluent que le Programme de réformes de la gestion financière (PFMRP) offre une très bonne occasion de renforcer la gestion financière publique dans les ministères hiérarchiques. Ceci, ainsi que la mise en oeuvre des recommandations émanant des rapports, donne aux partenaires du développement l'occasion d'envisager des modalités de financement entièrement nouvelles pour le HSSP2.

5. Comment concrétiser l'IHP

Le Cambodge a signé l'IHP en septembre 2007 pour promouvoir une meilleure coordination de l'aide au développement dans le pays. Le but est d'utiliser l'influence politique des signataires au niveau mondial pour répondre à des préoccupations existant depuis longtemps dans le pays, notamment par rapport au renforcement du système de santé et à une meilleure coordination de la coopération au développement.

Il est essentiel que l'on considère que l'IHP apporte un "plus" par rapport à ce qui existe (par ex. des mécanismes tels que le TWGH) et qu'il aide à faire progresser des processus existants et qu'il donne des résultats. L'IHP doit contribuer à changer les mentalités et les comportements, des partenaires et entre les partenaires du développement et le GRC, qui entravent l'harmonisation et l'alignement de l'aide au développement au Cambodge. L'IHP devrait permettre de limiter les coûts de transaction et permettre aux partenaires de la santé et au GRC de travailler de manière plus efficace et plus efficiente.

Les quatre principaux éléments de l'approche IHP sont adaptés à la situation cambodgienne:

- 1) Mettre l'accent sur des plans stratégiques nationaux (y compris une politique nationale de financement de la santé) qui servent de modèle autour duquel aligner l'assistance externe;
- 2) Identifier et mobiliser les ressources pour agir sur les *contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé* afin d'obtenir des résultats plus ambitieux, notamment par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé;
- 3) *Mieux utiliser les ressources de l'aide* en appliquant les principes de Paris au secteur de la santé; et,
- 4) *Responsabiliser davantage* le gouvernement et ses partenaires du développement.

Tous ces éléments sont cruciaux pour les efforts entrepris par le Ministère de la santé et les partenaires de la santé pour approfondir l'approche sectorielle dans le domaine de la santé.

Cependant, il est important d'abord de comprendre comment le Cambodge peut concrétiser l'IHP et les défis et les opportunités que les parties prenantes rencontreront en le faisant.

En élaborant ce bilan de nombreux documents ont été consultés et des consultations ont été menées avec les principales parties prenantes au Ministère de la santé, avec les partenaires du développement (par ex. multilatéraux, bilatéraux et OSC) et avec ceux qui dans les pays travaillent à la conception de nouvelles propositions pour des Programmes mondiaux tels que l'Alliance GAVI. Les discussions avec les parties prenantes ont mis en exergue les questions suivantes:

- 1) Il a été proposé que le Secrétariat du TWGH serve d'Equipe pays de l'IHP. Il est considéré comme un mécanisme approprié (qui existe déjà, conformément à l'objectif de l'IHP qui est de ne pas créer de nouvelles institutions) pour la collaboration entre le gouvernement et les partenaires du développement sur les questions relatives à l'IHP. Le Secrétariat comprend une présidence de haut niveau, des membres de différents départements clés du Ministère de la santé, des représentants d'institutions bilatérales et multilatérales (choisies par roulement par ces mandants), une organisation faîtière pour les ONG travaillant dans le domaine de la santé (MEDICAM), et l'OMS. La Banque mondiale est suppléant au sein de cet organe et en sera membre d'ici la mi 2008.
- 2) Bien que l'IHP ait été discuté à plusieurs reprises, y compris aux réunions du TWGH et du Secrétariat et aux réunions des partenaires santé, beaucoup de personnes du GRC et de partenaires du développement ne savent pas très bien ce qu'est ce concept. Les avis sont partagés sur ce que représente l'IHP, sur la manière dont il va être concrétisé ou sur sa valeur ajoutée. Des parties prenantes du GRC et d'autres non-GRC s'inquiètent des doublons et des coûts de transaction potentiellement élevés et associés à l'existence d'un partenariat ou d'un mécanisme supplémentaire pour assurer la coordination entre donateurs.
- 3) Alors que de nombreuses activités pertinentes sont en bonne voie il n'y a pas encore eu de grands événements nouveaux émanant de l'IHP au Cambodge. Le Ministère de la santé a clairement dit que sa première priorité était de réussir l'élaboration du nouveau PSS2, dont un projet définitif est attendu fin février 2008. Ce document représente un pilier fondamental du processus IHP et le Ministère de la santé s'est fortement engagé dans son élaboration (en consultation étroite avec les partenaires santé) ainsi que dans plusieurs activités connexes dans le but avoué de réaliser les objectifs de l'IHP, tels que l'élaboration d'un nouveau Programme multipartenaires d'appui au secteur de la santé. Il faudra attendre que ce processus soit en bonne voie avant de répondre pleinement aux attentes supplémentaires émanant de l'IHP;
Ces activités sont également intimement liées aux objectifs de l'IHP. Ce processus et ce calendrier sont conformes aux principes de l'IHP (note conceptuelle), y compris le fait que:
"[L'IHP] sera déterminé par le pays et conçu de manière à refléter les besoins, les plans et les systèmes du pays; léger d'un point de vue institutionnel afin d'éviter de compliquer l'architecture globale de la santé et d'alourdir la charge administrative des pays; [et] pleinement aligné sur les cadres nationaux du développement des pays".
- 4) Il n'existe aucun code de conduite ou protocole d'accord entre les partenaires du développement dans le secteur de la santé. La formulation d'un accord sera l'occasion de clarifier les responsabilités et les rôles, de standardiser et d'harmoniser les pratiques telles que les per diems (sous-décret 10), les incitations salariales (sous-décret 98) et d'autres futurs accords éventuels tels que des taux PMG modifiés pour le personnel chargé des prestations de service.
- 5) Les partenaires du développement doivent clairement spécifier qui travaillera sur les initiatives d'assurance maladie communautaire (CBHI) et où il faudra maximiser les ressources et éviter les doublons.
- 6) Les nouveaux projets proposés devraient être présentés au TWGH, piloté par le Ministère de la santé, pour qu'il en discute et qu'il les approuve, afin de s'assurer qu'ils sont alignés et harmonisés en fonction des priorités du GRC et des partenaires du développement.
- 7) Les partenaires du développement doivent s'assurer que les Conseillers techniques qu'ils financent ne sont pas seulement des experts mais qu'ils disposent aussi des compétences

nécessaires pour transférer leur savoir et leurs compétences à leurs homologues du GRC. Il faudra pour cela que le GRC identifie et détache des personnes prometteuses pour qu'elles soient formées et qu'il s'engage à les garder en poste après le départ des Conseillers techniques expatriés.

- 8) Chaque donateur dispose de ses propres systèmes, d'examen par les pairs, de suivi, d'évaluation et de compte rendu, qui prennent du temps et font qu'il est quasiment impossible d'étudier les tendances et d'agir de manière stratégique. Un système conjoint et harmonisé, devrait être développé et mis en œuvre, lorsque cela est possible.
- 9) Des propositions à présenter aux partenariats mondiaux pour le financement de la santé, tels que le Fonds mondial et l'Alliance GAVI, sont développées et gérées par des mécanismes séparés: en ce qui concerne le Fonds mondial, par le mécanisme de coordination du pays (CCC); pour l'Alliance GAVI, des propositions sont conçues avec le Comité de coordination de la vaccination (ICC), et approuvées par le Comité directeur de haut niveau qui comprend des représentants du Ministère de l'économie et des finances. Le Ministère de la santé s'est demandé s'il fallait des organes séparés et si un processus plus intégré était envisageable. Lorsqu'on réfléchira à l'avenir il sera important de faire en sorte d'éviter que toute nouvelle proposition ne compromette la voix des OSC, institutionnalisée dans le cadre du CCC. En effet, il est possible que le renforcement des liens entre les organes de surveillance sera plus efficace que leur fusion.
- 10) Les fonds du GFATM ont contribué de manière significative aux résultats dans le domaine de la santé au Cambodge (notamment par rapport au VIH et au SIDA). Ayant remporté un succès avec un total de 10 propositions partout sauf dans le Round 3, le GFATM est devenu un des principaux bailleurs de fonds pour les activités dans le secteur de la santé au Cambodge. Si l'on souhaite que le PSS devienne un modèle sur lequel un certain nombre de partenaires s'alignent, la question se pose quant à savoir comment le GFATM peut utilement participer à l'élaboration du PSS, *sans être présent* dans le pays. Ce sera particulièrement important si (comme cela est l'intention dans le cadre de l'IHP) les partenaires adoptent leurs décisions relatives au financement en se fondant sur l'examen des plans nationaux. Dans l'immédiat, il est clairement souhaitable que l'on s'écarte des propositions émanant du Round du Fonds mondial et que l'on envisage un financement pluriannuel des programmes dans le cadre du PSS.
- 11) L'IHP donne l'occasion de se concentrer sur les blocages dans le système. Il peut s'agir d'examiner les positions des donateurs et du Ministère de la santé relatives aux causes supposées par rapport aux causes réelles de la morbidité et de la mortalité. Alors qu'il existe beaucoup de sources de données différentes il est nécessaire d'avoir une idée la plus précise possible de la charge totale de la maladie pour alimenter une discussion factuelle sur les priorités, tant sur le plan politique que financier. A partir de là il conviendrait d'examiner les problèmes que rencontrent les différents systèmes de santé. Parmi ces problèmes: a) les stratégies de financement de la santé et de la protection sociale sans se limiter aux fonds d'actions; b) un examen du plan de mise en valeur des ressources humaines, l'accent étant mis sur une distribution de qualité et sur les incitations, ainsi que sur les liens avec la réforme administrative globale; c) les questions liées à la qualité en général, une attention particulière étant accordée à la législation et aux activités avec le secteur privé au sens large du terme, ce qui à son tour pose la question du rôle global de l'Etat dans un système qui continuera probablement à dépendre de la prestation de services à la fois privée et volontaire.
- 12) Dans le cadre de la décentralisation, l'IHP offre l'occasion de se concentrer sur le financement et l'affectation des ressources dans le secteur de la santé. Bien que la forme précise du projet de décentralisation et de déconcentration des pouvoirs du niveau national au niveau provincial doive encore émerger du processus politique, il est doré et déjà évident que la réussite de la mise en oeuvre des programmes de santé dépendra de plus en plus de la collaboration avec les Gouverneurs provinciaux et leurs administrations. Il faudra développer des stratégies pour renforcer les relations entre les autorités chargées de la santé et des finances et les autorités provinciales et les intégrer aux accords futurs relatifs au financement et à l'affectation des ressources dans le secteur. Au plan national et provincial le Ministère de la santé et les partenaires du développement doivent travailler en partenariat pour identifier la manière dont ils vont travailler au cofinancement des dotations forfaitaires provinciales.

6. Mesures concrètes à adopter

Le Ministère de la santé s'est profondément engagé dans la formulation de son PSS2 (2008-2015) et dans l'élaboration de son plan de mise en oeuvre. Le Ministère de la santé a indiqué aux partenaires du développement quelles étaient ses priorités, ses intentions et ses processus et il dispose d'un calendrier pour ses activités. L'IHP est considéré un mécanisme utile, notamment pour encourager et pour faciliter l'harmonisation future avec les partenaires du développement et le processus d'alignement avec les partenaires du développement à l'aide de stratégies et de priorités fixées par le Ministère de la santé. Alors que les institutions publiques bénéficieront d'autres soutiens et d'un renforcement, l'intention n'est pas d'imposer de nouvelles structures ou conditions. Au contraire, il incombe pour l'essentiel aux partenaires du développement de mieux harmoniser leurs méthodes de travail et de soutenir le Ministère de la santé. Les étapes suivantes sont consacrées à ces processus de facilitation.

Des réunions de consultation avec les principales parties prenantes du secteur de la santé (c'est-à-dire les partenaires du développement, le Ministère de la santé, les OCS, les bénéficiaires du GFATM et de l'Alliance GAVI), organisées dans le cadre de cet exercice consistant à faire le bilan, ont contribué à identifier les actions énumérées ci-dessous qui donneront un nouvel élan et une nouvelle crédibilité à l'IHP dans le pays. Cela renforcera aussi les priorités identifiées au niveau national, régional et mondial pour améliorer la coordination de l'assistance au développement et pour accroître les investissements dans les systèmes de santé en vue d'accélérer la réalisation des OMD liés à la santé.

- **Information et plaidoyer IHP:** Elaborer un "script de base" concerté par des fonctionnaires clés du Ministère de la santé et des partenaires du développement, pour définir l'IHP au Cambodge (l'objectif qu'il s'efforce d'atteindre, qui est concerné, quelle est la valeur ajoutée, ce qui est planifié et quand).
- **Forums pour le dialogue:** Maximiser l'utilisation des forums existants (le TWGH et son Secrétariat, le Groupe des partenaires santé, et plusieurs autres), et en créer d'autres là où il n'y en a pas (Ministère de la santé et partenaires santé avec d'autres Ministères, la société civile, le secteur privé, les partenariats mondiaux de la santé non résidents).
- **Processus de mise en oeuvre du Plan stratégique de santé (PSS):** Mener un dialogue entre partenaires santé pour appuyer la mise en oeuvre du PSS sur des thèmes concertés avec le Ministère de la santé (exemples possibles: mise en valeur des ressources humaines, financement des soins de santé, prestations de service, développement de la base factuelle).
- **Communications et harmonisation:** Utiliser les ressources disponibles, pour autant qu'il en soit convenu, pour appuyer le traçage et la coordination des activités; établir des liens entre le Ministère de la santé et les partenaires du développement et entre partenaires du développement.

7. Conclusions:

Avant de signer l'IHP+, les partenaires du développement au Cambodge ont clairement manifesté qu'ils s'engageaient en faveur de l'harmonisation et de l'alignement et qu'ils cherchaient à ajouter de la valeur à ce processus par le biais de l'IHP+. La participation à la réunion de Lusaka du 28 février au 1er mars, permettra à la délégation cambodgienne forte de six personnes (Ministère de la santé, Ministère de l'économie et des finances, OMS et MEDiCAM) de clarifier les moyens de réaliser les objectifs du Partenariat international pour la santé.

8. Annexe I

Principaux documents de référence et sources examinés

Documents généraux et spécifiques au Cambodge sur l'amélioration de l'efficacité de l'aide

- Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005)
- Enquête sur le suivi de la Déclaration de Paris, OCDE, 2006
- Déclaration du GRC et des partenaires du développement sur l'amélioration de l'efficacité de l'aide (2006)
- Plan d'action du GRC sur l'harmonisation, l'alignement et les résultats (2006-2010)
- Rapport sur l'efficacité de l'aide au Cambodge, GRC et CRDF- CDC, 2007

Documents généraux IHP

- Mandat général pour les bilans (Annexe A de la réunion de Lusaka TOR)
- Note conceptuelle IHP et Compact IHP, septembre 2007
- IHP+ plan de travail
- Informations actualisées IHP
- Cadre commun pour les M&E sur l'intensification des efforts pour une meilleure santé
- Procès verbal des réunions IHP+ et du Groupe de référence sur l'accroissement des efforts et des ressources pour la santé (SuRG)

Documents du partenariat mondial pour la santé

- CCM Etude de cas –Cambodge Harmonization and Alignment, GFATM, 2007
- GAVI Alliance Health System Strengthening (HSS) Application (Draft) for Cambodia, février 2008

Documents du Gouvernement Royal du Cambodge

- Cambodia Millennium Development Objectives Report (CMDG), GRC, 2003
- Achieving the OMDC –Update, Ministry of Planning (MOP), 2005
- National Strategic Development Plan (PNDS) 2006-10, MOP, 2006
- PNDS Annual Progress Report, 2006

Secteur de la santé

- Health Sector (HS) Review, Ministère de la santé, 2003-2007
- Health Sector Strategic Plan (HSSP) Mid-term Review, Ministère de la santé, 2007
- Joint Annual Performance Review (JAPR), Department of Planning and Health Information, 2007
- Health Sector Plan2 (Draft), Ministère de la santé, 2008-2015
- Health Information System Strategic Plan (HISSP), Ministère de la santé, 2008-2015
- The 4th Health Sector Consolidated Annual Operational Plans (AOP), Ministère de la santé, 2008
- A Common Framework for Monitoring Performance and Evaluation of the Scale-up for Better Health (Draft), OMS et Banque mondiale, 2008
- Strategic Framework for Health Financing in Cambodia, Ministère de la santé, 2008-2015
- Financial Management Assessment of the Health Sector, Banque mondiale, 2008
- Cambodia Development Partners in Health Sector-Design of the Next Phase of Support Report, Oxford Policy Management (OPM), 2008
- Review of the Technical Working Group on Health and its Secretariat, Ministère de la santé, 2007
- Power Point Presentation on the Review of the TWGH, TWGH, 2008
- Second National Health Workforce Development Plan, Ministère de la santé, 2006-2015
- Institutional Development Plan for the Cambodia Health Sector, OPM, 2006
- The First Health Sector Three Year Rolling Plan, Ministère de la santé, 2005
- Merit Based Pay Initiative (MBPI) Operational Manual, 2007
- Health Partners Harmonization on Per Diem Rates, Ministère de la santé

9. Annexe 2

Liste Ministère de la santé et partenaires du développement/consultants

Veillez trouvez ci-dessous une liste de responsables du Ministère de la santé et de personnels des partenaires du développement et/ou de consultants dont les points de vue ont été essentiels pour l'élaboration de ce bilan.

- 1) Dr. LO Veasnakiry, Directeur du Département de la planification et de l'information sanitaire, Ministère de la santé
- 2) Dr. Or Vandine, Directeur du Département de la coopération internationale, Ministère de la santé
- 3) Dr. Michael O'Leary, Représentant, OMS
- 4) Dr. Peter Paulus Jozef Weelen, Conseiller pour les systèmes de santé, Ministère de la santé
- 5) Dr. SOK Sokun, Directeur de programme – Santé reproductive, FNUAP
- 6) Anne Erpelding, Coordinatrice, Programmes sanitaires, GTZ
- 7) Jean Marion Aitken, Conseillère santé et population, Premier Secrétaire Développement, DIFID
- 8) Shoko Sato, Conseiller en formulation des projets pour la santé, JICA
- 9) Jonathan Ross, Directeur adjoint, Office of Public Health and Education, USAID/Ambassade des Etats-Unis
- 10) Dr. Sin Somuny, Directeur exécutif de MEDICAM
- 11) Katarina Kovacevic, Conseillère pour l'élaboration des Programmes et chargée des liaisons avec les donateurs pour le HSSP2
- 12) John Grundy, GAVI Proposal Consultant

Pour des renseignements complémentaires sur le IHP+, veuillez contacter:

Robert Fryatt

Senior Advisor
Health Systems and Services

Nicole Klingen

Senior Health Specialist
Human Development Network

Chris Mwikisa

Director
Harmonisation for Health in Africa

Rudolph Knippenberg

Senior Health Advisor

World Health Organization

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: +41 22 791 2743
Mobile: +41 79 202 1837
Fax: +41 22 791 4881

Email: fryattr@who.int
<http://www.who.int>

The World Bank

1818 H Street N.W.
Washington DC 20433
USA

Tel: +1 202 458 7413
Mobile: +1 202 460 0157
Fax: +1 202 614 0148

Email: nklingen@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>

World Health Organization

Regional Office for Africa
PO Box 06 Brazzaville
Congo

Tel: +47 241 39100
Mobile: +41 79 516 3135
Fax: +47 241 395503

Email: mwikisac@who.int
<http://www.afro.who.int>

United Nations Children's Fund

UNICEF House
3 United Nations Plaza 10017
USA

Tel: +1 212 326 7000
Mobile: +1 917 605 1524
Fax: +1 212 887 7465

Email: rknippenberg@unicef.org
<http://www.unicef.org>