

Évaluation APD 2014
Ministère des Affaires étrangères du Japon

**Évaluation des mesures du Japon en vue de
l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le
développement (OMD) liés à la santé
(Évaluation par un tiers)**

Rapport

**Février 2015
Institut Mizuho d'information et de recherche (SA)**

Avant-propos

Le présent rapport synthétise les résultats de l' « évaluation des mesures du Japon en vue de l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé » commandée par le Ministère des Affaires étrangères en 2014 à l'Institut Mizuho d'information et de recherche.

Depuis ses débuts en 1954, l'aide publique au développement (APD) du Japon contribue au développement économique et social des pays en développement et participe à la résolution des tâches de la communauté mondiale qui évoluent avec les époques, et l'on exige aujourd'hui une plus grande qualité, efficacité et efficience dans la mise en œuvre de l'aide. Le Ministère des Affaires étrangères japonais réalise une évaluation annuelle de l'APD qui se concentre principalement sur le niveau des politiques à partir de ces deux objectifs que sont l'amélioration de la gestion de l'APD et sa responsabilité dans l'explication de ses activités aux citoyens. Pour en garantir la transparence et l'objectivité, le Ministère fait réaliser cette évaluation en la commandant à une tierce partie.

La présente enquête a été réalisée avec pour but l'évaluation globale des initiatives « verticales » et « horizontales » de l'aide que le Japon a dispensées en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé, en se basant sur les grandes orientations de l'aide dans les pays cibles ou au sein de la communauté mondiale, et les activités des organismes concernés dans la zone d'aide. En outre, l'évaluation n'a pas été faite uniquement d'un point de vue du développement international. Elle a pris également en compte une perspective diplomatique s'intéressant à l'influence exercée par le Japon sur la communauté mondiale ou au niveau du terrain. Finalement, elle a cherché à tirer des préceptes et formuler des recommandations en vue des futures élaborations de projets de politique d'aide ou de leur application.

Pour la réalisation de la présente évaluation, nous avons demandé au Professeur Tatsufumi YAMAGATA, Directeur général du Centre des relations internationales et de formation, de l'Institut des économies en développement, Organisation japonaise du commerce extérieur (JETRO-IDE), de superviser l'ensemble du travail d'évaluation en tant que responsable du projet. Nous avons également sollicité les conseils spécialisés dans le domaine de la coopération sanitaire de Dr Etsuko KITA, présidente du conseil d'administration de la Fondation commémorative Sasakawa pour la santé. Ils nous ont offert un soutien important du début de l'enquête jusqu'à la rédaction du rapport. De plus, lors de l'enquête au Japon, nous avons bénéficié de la collaboration de nombreuses personnes, que ce soit parmi le Ministère des Affaires étrangères, l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), les personnes affiliées aux groupes de travail APD locaux ou le personnel des ONG.

Enfin, nous rappelons que les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles de l'équipe d'évaluation et ne reflètent aucunement les opinions ou la position du gouvernement japonais.

Février 2015

Institut Mizuho d'information et de recherche SA

Note : Ce rapport en version française est le résumé du rapport en version japonaise de l' « Évaluation des mesures du Japon en vue de l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé ».

créanciers (SNPC) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur les dépenses de l'APD. Il en ressort que le degré d'amélioration des indicateurs sur l'OMD 4 (réduction de la mortalité infantile) et l'OMD 5 (amélioration de la santé maternelle) montre statistiquement une corrélation significative. Cependant, cette valeur est plus forte chez les autres pays donateurs que le Japon. On peut penser que les produits et les impacts des investissements de l'APD ressortent moins fortement que pour les autres donateurs qui ont réparti leur aide vers les pays africains puisque l'APD japonaise dans le domaine de la santé a été distribuée de manière concentrée dans des pays où les avancées étaient comparativement déjà plus importantes que dans les pays africains présentant davantage de possibilités d'amélioration des indicateurs sur les OMD.

L'évaluation s'est ensuite intéressée à l'efficacité de la prestation de l'APD japonaise liée à la santé à travers les études de cas de deux pays (Sénégal et Ghana), cela sur la base des recherches et d'analyses de micro-données. Dans l'OMD 4 sur la mortalité des moins de 5 ans qui représente un indicateur capital, ainsi que dans une partie des OMD 5 et 6, le degré d'amélioration de leurs indicateurs dans les régions prioritaires de ces deux pays était relativement élevé en comparaison avec les chiffres des régions voisines et la moyenne nationale. À partir de ces faits d'observation et dans le sens que le degré d'amélioration des indicateurs sur les effets sanitaires étaient comparativement importants dans les régions où le Japon a soutenu de façon holistique les services de santé, on peut constater que le soutien de l'APD japonaise liée la santé a été efficace.

(3) Caractère approprié des processus

Au Sénégal et au Ghana, le Japon a sélectionné les régions bénéficiaires de l'aide en prenant en compte les demandes des gouvernements des pays partenaires et les orientations de l'aide sanitaire déjà dispensée par les autres donateurs. De plus, à la suite de soutiens ayant servi à faire progresser les capacités administratives, à améliorer le système de santé et à développer les infrastructures de base, donc au relèvement des services de santé des régions concernées, nous avons constaté que les indicateurs relatifs à la santé dans ces deux régions commençaient graduellement à s'améliorer. En outre, l'analyse globale ne fait pas particulièrement ressortir de problèmes importants.

● Du point de vue diplomatique

Il est possible de citer certaines conséquences positives découlant de l'APD japonaise liée à la santé dans les relations bilatérales avec les pays bénéficiaires, telle une meilleure connaissance du Japon dans les régions concernées ou l'alimentation d'un sentiment d'amitié envers le Japon. De plus, à l'internationale, les efforts concrets du Japon pour attirer l'attention sur des tâches du domaine de la santé incombant à la communauté internationale ont été reconnus, que ce soit par sa participation à la création du Fonds mondial ou lorsqu'il s'est fait l'avocat du renforcement des systèmes de santé.

Recommandations principales

(1) Concentration sur les zones géographiques prioritaires

Dans les deux pays traités lors des études de cas de la présente évaluation, l'APD japonaise liée à la santé a été distribuée de manière concentrée à des régions déterminées en considérant des facteurs figurant sur les plans de l'offre et de la demande, c'est-à-dire la gravité des problèmes sanitaires et l'absence d'autres donateurs, de même qu'elle a tenté une intervention horizontale et holistique des domaines. On peut dire qu'un tel dispositif de concentration sur les zones géographiques prioritaires offre un modèle concret applicable également à d'autres pays. Alors que les ressources de l'APD deviennent plus limitées, ce modèle représente une perspective qu'il faut garder à l'esprit, avec le dispositif de concentration sur les domaines prioritaires appuyé par la logique de l'avantage.

(2) Contribution à la Couverture santé universelle par une approche régionale

Bien que des débats persistent autour de la question de savoir comment réaliser la tâche que représente la Couverture santé universelle (CSU), nous sommes arrivés, dans la présente évaluation, à la conclusion qu'il est possible de généraliser les services de santé à l'ensemble d'un pays (autrement dit de réaliser la CSU) en répartissant les régions sur lesquelles les donateurs portent leurs efforts et en prenant pour but l'amélioration des services de santé dans chacune des régions attribuées. On peut penser que l'élargissement d'un soutien plus efficace aux services de santé est réalisable par la coordination entre les donateurs et la répartition de l'aide vers les régions avec des besoins importants en matière d'aide sanitaire.

(3) Renforcement de la présence en Afrique subsaharienne

Il est prévu que les OMD soient repris dans les « Objectifs du Développement Durable » (ODD) en septembre 2015. Or en ce qui concerne les objectifs et les cibles liés à la santé, la situation en Afrique subsaharienne et dans les pays en conflit qui présente un niveau sanitaire défavorable doit particulièrement être améliorée. En tant que membre des pays développés et sous la coopération avec d'autres pays asiatiques, le Japon doit remplir un rôle important dans ces régions qui ont davantage besoin d'un soutien fort dans le domaine de la santé. On est en droit de penser que l'expérience acquise avec de bons résultats jusqu'à présent par le Japon dans le soutien à la formation des ressources humaines et au renforcement des systèmes de santé sera efficace dans l'élévation du niveau sanitaire de ces pays ou régions.

Sommaire

Chapitre 1 Principes de conduite de l'évaluation	1
1-1 Cadre et objectifs de l'évaluation	1
1-2 Cibles et durée de l'évaluation.....	1
1-3 Principes de conduite de l'évaluation.....	2
1-3-1 Point de vue de la « pertinence des politiques »	2
1-3-2 Point de vue de l' « efficacité des résultats »	3
1-3-3 Point de vue du « caractère approprié des processus »	4
1-3-4 Point de vue des « effets diplomatiques »	5
1-4 Méthode de conduite de l'enquête évaluative.....	5
1-4-1 Détermination de la forme de l'évaluation	6
1-4-2 Enquête au Japon	6
1-4-3 Enquête par questionnaire	7
1-4-4 Entretiens téléphoniques.....	7
1-4-5 Rédaction du rapport.....	8
1-5 Organisation de la réalisation de l'évaluation	9
Chapitre 2 Synthèse des résultats de l'évaluation et recommandations....	10
2-1 Synthèse des résultats de l'évaluation.....	10
2-1-1 Point de vue de la « pertinence des politiques »	10
2-1-2 Point de vue de l' « efficacité des résultats »	12
2-1-3 Point de vue du « caractère approprié des processus»	14
2-1-4 Point de vue des « effets diplomatiques »	16
2-2 Recommandations.....	16
2-2-1 Concentration sur les zones géographiques prioritaires.....	16
2-2-2 Contribution à la Couverture santé universelle par une approche régionale.....	17
2-2-3 Renforcement de la présence en Afrique subsaharienne.....	17

Chapitre 1

Principes de conduite de l'évaluation

1-1 Cadre et objectifs de l'évaluation

En vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000, le Japon a défini une série de politiques de développement dans le domaine de la santé, dont on citera en premier l'Initiative d'Okinawa contre les maladies infectieuses, de même qu'il a fourni un soutien à travers des aides bilatérales et multilatérales. Cependant, on ne peut pas dire que le niveau d'atteinte des trois OMD liés à la santé (Objectifs 4,5 et 6) soit satisfaisant à l'heure actuelle, même si l'on s'approche de l'année 2015 qui en marque la date butoir. Au sein de la communauté internationale, en plus des interventions « verticales » portant sur des maladies définies, l'attention se porte également sur l'approche horizontale telle que le renforcement des systèmes de santé. En particulier, les débats internationaux en vue de l'après-OMD relèvent l'importance de la Couverture santé universelle (CSU).

Jusqu'à présent, le Japon a promu des programmes verticaux et horizontaux dans le domaine de la santé. Cependant, nous n'avons pas encore accumulé suffisamment d'évaluations et d'observations à propos des effets de l'approche « horizontale » sur les OMD et sur l'avancement dans la résolution des autres problèmes sanitaires, ou bien à propos des effets indirects des interventions « verticales » sur, par exemple, l'apaisement des problèmes relatifs à d'autres maladies dépassant ses domaines initiaux ou sur le renforcement des systèmes de santé. En définissant notamment en 2013, la Stratégie de la diplomatie en matière de santé mondiale, le Japon a positionné le domaine de la santé comme une question prioritaire de la diplomatie et a clarifié son intention de contribuer à la solution des problèmes sanitaires dans le monde. Ainsi, une évaluation globale est requise non seulement pour savoir quelle est l'importance du soutien japonais dans sa contribution à l'amélioration des indicateurs des OMD liés à la santé, mais également à partir de la perspective de sa contribution dans l'avancement de la CSU dans les pays bénéficiaires de l'aide ainsi que le renforcement des systèmes de santé qui sert de base à la réalisation de la CSU.

Le présent rapport a conduit une évaluation sur les interventions « verticales » et « horizontales » telles qu'elles ont été réalisées par le Japon en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé, cela à partir d'un point de vue du développement international et d'un point de vue diplomatique. Il a également cherché à tirer des préceptes et à formuler des recommandations en vue des futures élaborations de projets de politique d'aide ou de leur application. En outre, en même temps qu'il rend public les résultats de l'évaluation et se charge du devoir d'expliquer ces activités notamment aux citoyens, le présent rapport sert également de feedback aux pays bénéficiaires de l'aide.

1-2 Cibles et durée de l'évaluation

(1) Cibles de l'évaluation

Les cibles de la présente évaluation sont l'ensemble des politiques d'aide du Japon et les mesures concrètes de celui-ci dans le domaine de la santé telles qu'elles ont été appliquées après l'établissement des OMD. Par ailleurs, à propos de l'aide multilatérale, l'évaluation a été effectuée globalement en comprenant également dans ses objets l'aide japonaise passant par des organismes internationaux avec la prise en compte des contributions financières aux organismes de mise en œuvre de l'assistance dans le domaine de la santé,

en plus des financements des projets réservés à des usages spécifiques en rapport avec le secteur de la santé.

Classement des objets évalués :

- Aide bilatérale : aide sous forme de projets ou non dans le soutien au domaine de la santé
- Aide multilatérale : projets d'assistance assignés dans le domaine de la santé, contribution aux organismes de mise en œuvre de l'aide dans le domaine de la santé

(2) Durée de l'évaluation

La durée d'évaluation de ces objets s'étend entre l'établissement des OMD et 2013.

Néanmoins, en ce qui concerne les analyses sur l' « efficacité des résultats », les données relatives aux versements d'APD dans le Système de notification des pays créanciers (SNPC) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) n'étaient disponibles qu'à partir de 2002.

1-3 Principes de conduite de l'évaluation

La présente évaluation s'est fondée sur le document « Guide d'évaluation de l'APD » (huitième édition) et a suivi globalement les trois perspectives tirée de la section sur le « point de vue du développement international », à savoir la pertinence des politiques, l'efficacité des résultats et le caractère approprié des processus. En plus de ce « point de vue du développement international », nous avons également cherché à adopter un « point de vue diplomatique ».

1-3-1 Point de vue de la « pertinence des politiques »

Nous avons évalué la pertinence des politiques japonaises en matière de soutien dans le champ de la santé, en vérifiant l'accord entre les besoins pour le développement des pays bénéficiaires de l'aide et les grands principes de l'APD japonaise, les relations de ces derniers aux sujets prioritaires et courants du domaine de l'aide de la communauté internationale, ainsi que leur cohérence avec les politiques sanitaires des autres donateurs et des organismes internationaux.

Les principaux critères d'évaluation et leur contenu sont indiqués dans le tableau 1-1.

Figure 1-1 : Cadre évaluatif « pertinence des politiques »

Critères d'évaluation	Contenu évalué
(1) Cohérence avec les besoins pour le développement des pays bénéficiaires de l'aide	<ul style="list-style-type: none">▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec les besoins pour le développement des pays bénéficiaires de l'aide ?▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec les besoins pour le développement des régions bénéficiaires de l'aide ? (études de cas)

Critères d'évaluation	Contenu évalué
(2) Cohérence avec les grands principes de l'APD japonaise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec la Charte de l'aide publique au développement (APD) et la Politique à moyen terme pour l'aide publique au développement ? ▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec le concept de « sécurité humaine » ? ▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec les initiatives et politiques d'aide en rapport dans le domaine de la santé ? ▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec les Politiques d'aide par pays ? (étude de cas)
(3) Rapports avec les mesures et courants du domaine de l'aide de la communauté internationale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les politiques sont-elles basées sur les tâches prioritaires internationales et les cadres globaux ? ▪ Les politiques sont-elles basées sur les orientations des courants de l'aide liée à la santé mondiale ? ▪ Les politiques sont-elles basées sur les tâches prioritaires internationales et les cadres globaux en rapport à des problèmes définis ? ▪ Les politiques sont-elles basées sur les cadres globaux concernant les modalités de l'aide ?
(4) Rapports avec les politiques sanitaires des autres donateurs et des organismes internationaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec les directives de l'aide et les stratégies des autres donateurs et des organismes internationaux ? ▪ Les politiques sont-elles cohérentes avec les orientations de l'aide des autres donateurs ? ▪ Quels sont les avantages du soutien japonais ?

1-3-2 Point de vue de l' « efficacité des résultats »

Nous avons évalué l' « efficacité des résultats » en vérifiant l'existence ou l'absence d'une amélioration de la situation sanitaire dans les pays bénéficiaires et d'une influence sur les courants de l'aide de la communauté internationale.

Les principaux critères d'évaluation et leur contenu sont indiqués dans le tableau 1-2.

Figure 1-2 : Cadre évaluatif « efficacité des résultats »

Critères d'évaluation	Contenu évalué
(1) Évaluation par rapport à l'aide bilatérale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Par rapport à quels pays bénéficiaires et à quelles actions l'APD bilatérale dans le domaine de la santé du Japon est-elle principalement versée ? Quelles sont ses caractéristiques en comparaison avec les autres donateurs ? ▪ Les indicateurs sur les OMD liés à la santé s'améliorent-ils dans les pays bénéficiaires de l'APD japonaise du domaine de la santé ? ▪ Les indicateurs sur la CSU s'améliorent-ils dans les pays bénéficiaires de l'APD japonaise du domaine de la santé ? ▪ Lorsque l'on considère le volume de ses ressources (input) et de ses extrants (output) dans chaque secteur/sous-secteur, ainsi que ses réalisations et ses impacts, quelle est l'importance de la contribution japonaise par son aide comparée aux autres donateurs ?
(2) Évaluation par rapport à l'aide multilatérale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À quel genre de pays et à quelles actions l'APD du domaine de la santé est-elle versée dans le cadre de l'aide multilatérale ? ▪ Quel genre de contribution le Japon a-t-il apporté au domaine de la santé dans le cadre de l'aide multilatérale ?

1-3-3 Point de vue du « caractère approprié des processus »

Nous avons évalué au sein des processus de mise en œuvre du soutien dans le domaine de l'aide, le « caractère approprié des processus » en vérifiant, l'identification des besoins des bénéficiaires de l'aide, la saisie périodique de la situation d'exécution de l'aide, ainsi que la collaboration avec les autres donateurs, les organismes internationaux, le secteur privé et les ASBL.

Dans cette partie, l'évaluation a procédé principalement sur la base de questionnaires et d'informations tirées d'entretiens en adoptant une démarche qualitative.

Les principaux critères d'évaluation et leur contenu sont indiqués dans le tableau 1-3.

Figure 1-3 : Cadre évaluatif du « caractère approprié des processus »

Critères d'évaluation	Contenu évalué
(1) Caractère approprié des approches de l'aide par rapport à aux grands principes de l'APD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La fonction et le rôle des politiques par secteurs/sujets, ainsi que la Politique à moyen terme positionnant les OMD liés à la santé comme domaines prioritaires des politiques de l'APD, sont-ils efficaces ? ▪ Les mesures ont-elles été produites en se basant sur les propositions provenant d'évaluations de l'APD effectuées par le passé ?

Critères d'évaluation	Contenu évalué
(2) Caractère approprié du soutien par rapport à l'avancement dans les OMD et les besoins en aide	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'orientation des besoins en aide dans le domaine de la santé et celle de la prestation de l'APD sont-elles en accord ? ▪ Une réponse adéquate a-t-elle été donnée face aux tâches sanitaires nouvelles qui se sont manifestées ou imposées après l'adoption des OMD ?
(3) Caractère approprié de la collaboration ou de la coordination avec le gouvernement du pays bénéficiaire ou les autres partenaires du développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La concertation et l'ajustement autour des politiques avec le gouvernement du pays bénéficiaire, les autres donateurs, le secteur privé et les ASBL sont-ils adéquats ? ▪ Les débats et les mesures en vue de l'après-OMD ont-ils été menés de façon appropriée « sur le terrain » des pays bénéficiaires ?

1-3-4 Point de vue des « effets diplomatiques »

Nous avons procédé à une évaluation relative aux « effets diplomatiques » en vérifiant l'importance diplomatique et les répercussions de l'aide dans le domaine de la santé. Dans cette partie, l'évaluation a procédé principalement sur la base d'informations tirées d'entretiens en adoptant une démarche qualitative.

Les principaux critères d'évaluation et leur contenu sont indiqués dans le tableau 1-4.

Figure 1-4 Cadre de l'évaluation relative aux « effets diplomatiques »

Critères d'évaluation	Contenu évalué
(1) Effets diplomatiques sur les pays bénéficiaires de l'aide	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des répercussions conduisant au renforcement des relations bilatérales constituées par l'établissement des rapports diplomatiques amicaux entre le pays bénéficiaire de l'APD et le Japon ainsi que par le développement des sentiments amicaux envers le Japon au niveau civil sont-elles visibles par le biais de l'aide dans le domaine de la santé ?
(2) Effets diplomatiques sur la communauté internationale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'aide japonaise dans le domaine de la santé (politique d'aide et résultats de l'aide) montre-t-elle un rôle ou une présence importante qui mérite d'être soulignée dans les efforts déployés par la communauté internationale en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé ? ▪ Le Japon a-t-il fait preuve de leadership dans les débats en vue de l'élaboration des Objectifs du Développement Durable (ODD) pour l'après-OMD ?

1-4 Méthode de conduite de l'enquête évaluative

Pour la réalisation de la présente évaluation, nous avons recouru à des recherches documentaires, des entretiens au Japon, des questionnaires aux ambassades à l'étranger ainsi qu'à des entretiens téléphoniques avec les groupes de travail APD des pays traités dans les études de cas.

1-4-1 Détermination de la forme de l'évaluation

Sous la direction du responsable de l'évaluation, l'équipe d'évaluation a coopéré avec des personnes en poste au Ministère des Affaires étrangères et à l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) lors des deux premières réunions du Comité de pilotage pour déterminer objectifs, cibles, méthode et calendrier de l'évaluation et réaliser le plan d'exécution.

Par ailleurs, la présente évaluation prévoyait initialement une enquête de terrain au Sénégal et au Ghana pour des études de cas, mais suite à l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, cette enquête a dû être annulée. C'est pourquoi l'évaluation se fonde sur les résultats d'enquêtes au Japon (recherches documentaires, entretiens) et auprès des ambassades à l'étranger.

1-4-2 Enquête au Japon

Nous avons effectué des recherches documentaires sur la base de matériaux (documents sur les politiques, rapports d'activité, statistiques de base, études académiques, documents émanant des intéressés, etc.) en rapport avec la conduite de la présente évaluation, ainsi que rassemblé et ordonné des informations notamment sur les objectifs, activités, résultats et procédés des cibles de la présente évaluation. Concernant l'analyse des résultats de l'aide et des indicateurs de santé, nous avons utilisé les documents statistiques dont disposent les organismes internationaux et les organismes nationaux en rapport.

Nous avons également réalisé des entretiens avec des institutions et des experts au Japon sur les sujets de l'enquête tirés de cadre évaluatif. La liste des personnes et institutions interrogées est donnée dans le tableau 1-5.

Figure 1-5 : Personnes et institutions interrogées lors des enquêtes au Japon

Dates	Personnes et institutions interrogées
12 août 2014	Département du développement humain, Agence japonaise de coopération internationale (JICA) Sous-directrice principale Directeur, Division de la santé II, Groupe I sur la santé
22 août 2014	Division des politiques de santé mondiale, Bureau de la coopération internationale du Ministère des Affaires étrangères Agents responsables
3 septembre 2014	Planification d'assistance bilatérale (Troisième direction), Bureau de la coopération internationale du Ministère des Affaires étrangères Directeur adjoint Agent responsable
14 janvier 2015	Forum Afrique Japon (Association sans but lucratif) Directeur du programme de la santé mondiale
19 janvier 2015	Centre national pour la Santé mondiale et la Médecine (NCGM) Division du Service Expert, 1 ^{er} Bureau de la Coopération médicale internationale (ancienne conseillère technique au Cabinet du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal, expert de la JICA)

1-4-3 Enquête par questionnaire

Afin d'apprécier, d'une part, le degré de participation du Japon difficilement évaluable de manière démonstrative par des recherches documentaires et des données quantitatives, ainsi que d'autre part, les informations qualitatives sur les processus de l'aide sur le terrain, nous avons réalisé une enquête par questionnaire prenant pour cible les ambassades dans les pays bénéficiaires de l'APD. Cette enquête a duré un mois, d'octobre à novembre 2014.

Lors de la présente enquête, nous avons envoyé des questionnaires à l'ensemble des ambassades situées dans les pays bénéficiaires d'une aide japonaise s'élevant à plus de 10 millions de dollars depuis l'an 2000 dans le domaine de la santé (soit 85 pays). 58 pays ont retourné le questionnaire. Nous avons ensuite contrôlé l'ensemble des réponses reçues au moment de les totaliser et en avons exclu, les valeurs non valides.

Figure 1-6 : Eléments du questionnaire d'enquête

Questions	Éléments principaux d'évaluation
Informations concernant le répondant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom du pays ▪ Coordonnées du répondant
1. Situation dans le secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etat de la planification des stratégies du secteur de la santé ▪ Etat de la tenue de réunions avec les autres donateurs du secteur de la santé ▪ Etat des financements par le panier commun
2. Processus de soutien dans le secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etat de la concertation et de la coordination avec le gouvernement du pays partenaire ▪ Etat de la concertation et de la coordination avec les autres donateurs ▪ Exemples de suivi après la fin des opérations d'aide
3. Système de gestion de l'aide dans le secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne en charge du secteur de la santé
4. Effets diplomatiques du soutien dans le secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des répercussions à partir d'une perspective diplomatique
5. Promotion de la Couverture santé universelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etat des progrès dans les discussions sur les politiques liées à la CSU ▪ Principal donateur dans le partenariat en faveur de la promotion de la CSU

Figure 1-7 : Taux de retour des questionnaires

Nb de questionnaires distribués (total)	85
Nb de questionnaires valides	58
Pourcentage de questionnaires valides	68,2%

1-4-4 Entretiens téléphoniques

Comme l'enquête de terrain dans les pays des études de cas a été annulée, nous avons réalisé des entretiens téléphoniques avec les groupes de travail APD présents au Sénégal et au Ghana afin de rassembler des informations complémentaires sur la situation sanitaire sur le terrain et les politiques d'aide du Japon. Le récapitulatif des entretiens est donné dans le tableau 1-8.

Figure 1-8 : Récapitulatif des entretiens avec les groupes de travail APD

Dates	Personnes interrogées
20 novembre 2014	Groupe de travail APD au Sénégal Secrétaire (chargée de la santé, Service de la coopération économique, Ambassade du Japon) Coordinatrice de la coopération économique (chargée de la santé et de la coordination de l'aide, Ambassade du Japon) Expert de la JICA (Conseiller technique au Cabinet du Ministre de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal) Conseillère en formulation de projets de la JICA (chargée de la formulation de projets dans le domaine de la santé au niveau régional, JICA Sénégal)
26 novembre 2014	Groupe de travail APD au Ghana Secrétaire (chargé de la coopération économique Ambassade du Japon) Coordinatrice de la coopération économique (chargée de la santé et de la coordination de l'aide, Ambassade du Japon) Adjointe au Représentant Résident (chargée de la santé, JICA Ghana) Conseillère en formulation de projets (chargée de la santé, JICA Ghana)

1-4-5 Rédaction du rapport

Sur la base des informations obtenues par les enquêtes au Japon, l'enquête par questionnaire et les entretiens téléphoniques ainsi qu'en suivant le cadre évaluatif, nous avons réalisés des analyses et des vérifications et rédigé un rapport. Après la rédaction du rapport provisoire, nous avons eu des observations lors des réunions du Comité de pilotage par le Ministère des Affaires étrangères et la JICA. Le rapport définitif a été remis après avoir pris en considération de ces observations.

1-5 Organisation de la réalisation de l'évaluation

La présente évaluation a été menée suivant l'organisation présentée dans le tableau 1-9.

Figure 1-9 : Organisation de la réalisation de l'évaluation

Noms	Responsabilité	Affiliation, occupation
Prof Tatsufumi YAMAGATA	Responsable de l'évaluation	Institut des économies en développement (IDE), directeur du Centre des relations internationales et de formation Professeur et directeur général de L'école supérieur de l'IDE (IDEAS)
Dr Etsuko KITA	Conseillère	Fondation commémorative Sasakawa pour la santé, présidente du conseil d'administration
Kei SATÔ	Consultante	Consultante de l'Institut Mizuho d'information et de recherche (SA)
Takashi MURAI	Consultant	Consultant de l'Institut Mizuho d'information et de recherche (SA)
Akiko TAKAZAWA	Consultante	Consultante sous contrat

En outre, nous avons bénéficié pendant la réalisation de la présente évaluation de la collaboration des organismes et départements présentés dans le tableau 1-10.

Figure 1-10 : Organismes et départements ayant collaboré

Organisme	Département
Ministère des Affaires étrangères	Bureau de la coopération internationale, Division des politiques de la santé mondiale
	Bureau de la coopération internationale, Planification d'assistance bilatérale (Troisième direction)
JICA	Département du développement humain

Au cours de la réalisation de la présente évaluation, des réunions du Comité de pilotage se sont tenues comme indiqué dans le tableau 1-11.

Figure 1-11 : Tenues des réunions du Comité de pilotage

Réunions du Comité de pilotage	Dates
1ère réunion	31 juillet 2014
2e réunion	1er octobre 2014
3e réunion	19 novembre 2014
4e réunion	3 février 2015

Chapitre 2

Synthèse des résultats de l'évaluation et recommandations

2-1 Synthèse des résultats de l'évaluation

2-1-1 Point de vue de la « pertinence des politiques »

On constate à propos des politiques du Japon en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé que leurs thèmes majeurs se sont déplacés du programme vertical tel que des mesures contre les épidémies, vers les programmes horizontaux, tels que la santé maternelle et de l'enfant, le renforcement des systèmes de santé et la Couverture santé universelle (CSU). Ce point est illustré par les initiatives liées à l'APD dans le domaine de la santé formulées après l'an 2000 – « Initiative d'Okinawa contre les maladies infectieuses » (IDI, 2000-2004), « Initiative de la santé et du développement » (HDI, 2005-2010), « Politique sanitaire mondiale du Japon pour la période 2011-2015 » – ainsi que par la « Stratégie de la diplomatie en matière de santé mondiale » (élaborée en 2013).

Ce changement dans les priorités peut également se remarquer dans les mesures et les courants de l'aide au niveau international qui porte sur l'ensemble du secteur de la santé, telles que les discussions aux sommets du G8, à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et à la Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD), ainsi que les débats en vue de l'agenda du développement après-2015 et sur la Couverture santé universelle (CSU). De plus, les efforts internationaux qui portent sur les sous-secteurs de la santé, tels que les trois principales pandémies mondiales ou la santé maternelle et de l'enfant, montrent aussi que les mesures en rapport à la santé maternelle et de l'enfant viennent davantage occuper le premier plan.

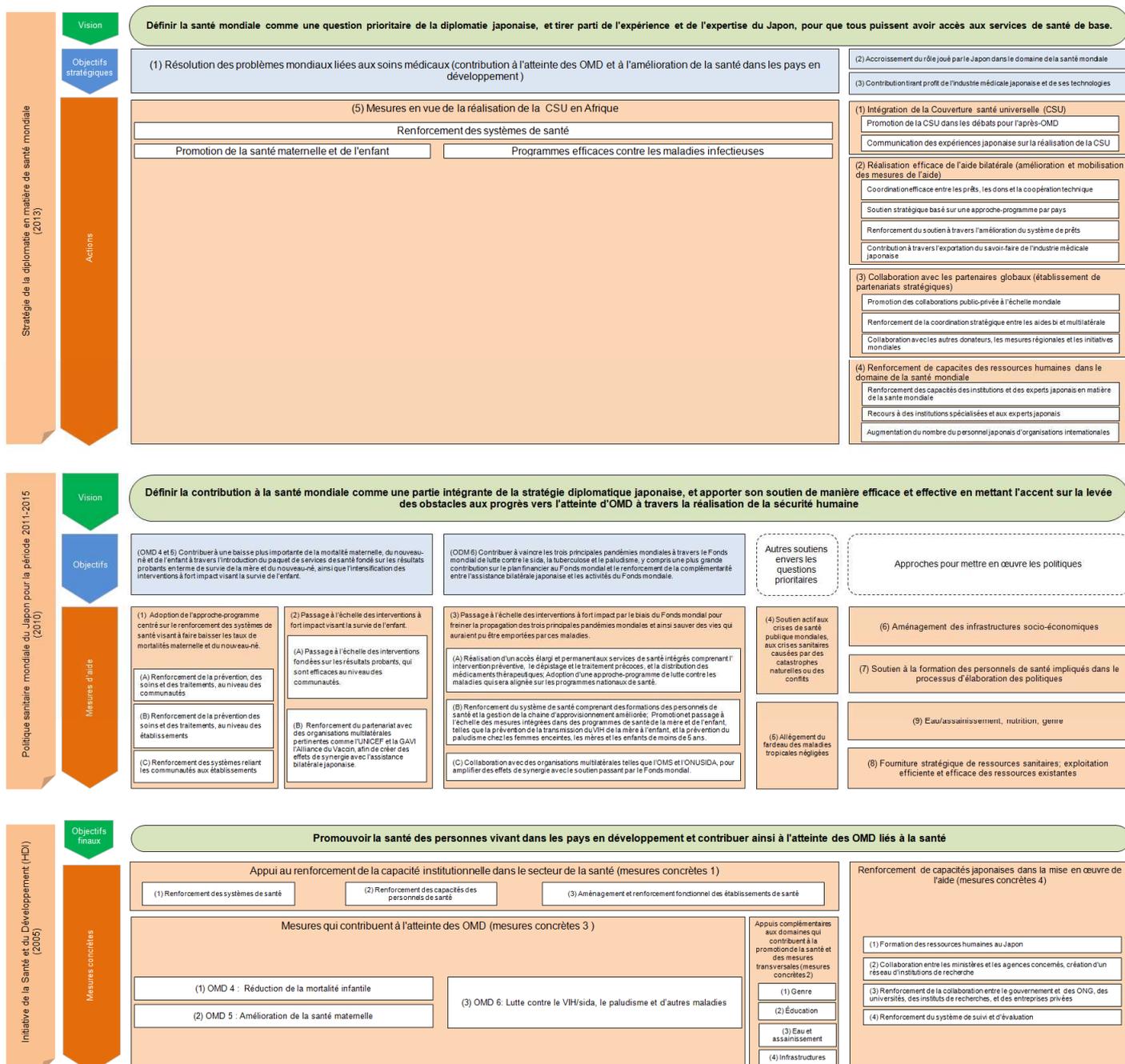
Par ailleurs, les politiques japonaises de l'APD dans le domaine de la santé sont cohérentes avec les grands principes de l'APD, à savoir la Charte APD et la Politique à moyen terme pour l'APD, en ce qui concerne, par exemple, l'importance accordée à la sécurité humaine.

En matière de santé mondiale, la santé maternelle et de l'enfant ainsi que le renforcement des systèmes de santé sont considérés comme des points forts du Japon. Il est donc pertinent de déplacer l'attention sur ceux-ci, tout en promouvant la répartition des rôles avec les autres donateurs de l'aide bilatérale et les organismes internationaux au sein des programmes contre les maladies infectieuses.

Toutefois, par rapport au fait que l'aide japonaise est largement orientée vers les pays asiatiques voisins, on perçoit des décalages lorsque l'on se place du point de vue d'une maximisation au niveau mondiale de l'amélioration des indicateurs des OMD liés à la santé, puisque de nombreux pays d'Afrique subsaharienne sont aux prises avec des problèmes plus sévères dans le domaine de la santé. En effet, ces décalages relèvent de l'« intérêt national » du Japon en tant que ce dernier cherche à établir des relations amicales avec les pays voisins à travers l'APD. Néanmoins, une inclination semblable dans la répartition régionale de l'APD qui se conforme à l'« intérêt national » suivant les relations de proximité géographique et historique est également perceptible, par exemple, dans les pays européens par rapport à différents pays africains ou aux États-Unis par rapport aux pays de l'Amérique centrale et du sud.

Malgré l'existence de ces différences, on peut juger, d'une façon globale, que la pertinence des politiques liées aux mesures du Japon en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé est élevée.

Figure 2-1 Comparaison des cadres de l'Initiative de la santé et du développement (HDI), de la Politiques sanitaire mondiale du Japon pour la période 2011-2015, et de la Stratégie diplomatique en matière de santé mondiale.



Source : Rédigé par l'équipe d'évaluation à partir des documents politiques susmentionnés

2-1-2 Point de vue de l' « efficacité des résultats »

Afin d'estimer, entre l'adoption des OMD en 2000 et les années récentes (principalement 2012-13), l'importance de la contribution de l'APD japonaise et celle des autres donateurs destinée aux secteurs de la « santé » et des « politiques en matière de population/ santé et fertilité » en vue de l'amélioration des indicateurs liés aux OMD et à la CSU, nous avons effectué une régression linéaire multiple, en prenant des versements d'APD accumulées comme variables explicatives et étendue des améliorations desdits indicateurs comme variables expliquées. L'étude a pour objet les indicateurs concernés des pays bénéficiaires de l'APD à faible revenu/ revenu intermédiaire inférieur / revenu intermédiaire supérieur, ayant une population de plus d'un million d'habitants et sans trous dans les données. Nous avons également examiné si la différence était significative ou non entre le Japon et les autres donateurs dans le degré de contribution de leurs versements d'APD à l'amélioration des indicateurs de santé.

Malgré qu'il ressorte de ces examens que les investissements de l'APD japonaise montrent une corrélation forte avec l'amélioration des indicateurs liés aux OMD dans les pays bénéficiaires de l'aide, cette valeur est faible lorsqu'on la compare avec celles que présentent les investissements des autres donateurs d'APD par rapport à l'amélioration de ces mêmes indicateurs dans les pays bénéficiaires (tableau 1). Les raisons à cela sont décrites dans les points ci-dessous :

- Comparée à celle des autres donateurs, l'APD japonaise a tendance à être amplement distribuée à des pays comparativement déjà assez avancés en ce qui concerne l'amélioration des indicateurs liés aux OMD, alors qu'elle est relativement faiblement distribuée en direction de pays en Afrique sub-saharienne qui recèlent des possibilités d'amélioration importantes.
- Comparée aux grandes lignes des autres donateurs, la composition divisée en sous-secteurs de l'APD bilatérale du Japon porte grandement sur des programmes qui nécessitent passablement de temps pour engendrer des résultats, comme par exemple dans « les politiques sanitaires et l'administration de la santé » ou « les services de santé », alors qu'elle porte faiblement sur des programmes contre les maladies infectieuses dont on peut attendre une efficacité immédiate, comme par exemple dans les « programme contre les maladies sexuellement transmissibles comprenant le VIH/SIDA ».

Tableau 2-1 : Résultats des régressions linéaires sur la contribution des versements d'APD liée à la santé, à l'amélioration des indicateurs

OMD	Indicateurs liés à la santé	Orientation de l'amélioration	Contribution		
			Donateurs autres que Japon	Japon	Différence dans les résultats
OMD 4	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	-	- très significatif	+	Contribution japonaise faible très significatif
	Taux de mortalité infantile	-	- très significatif	+	Contribution japonaise faible très significatif
OMD 5	Taux de mortalité maternelle	-	- très significatif	+	Contribution japonaise faible très significatif
OMD 6	Taux de prévalence du VIH	-	-	-	Contribution japonaise faible
	Proportion des enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	+	+ très significatif	-	Contribution japonaise faible très significatif
	Proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments anti-paludiques	+	+	-	Contribution japonaise faible
	Taux de mortalité due à la tuberculose	-	-	-	Contribution japonaise faible
CSU	Dépenses privées en santé en pourcentage des dépenses totales en santé	-	-	+	Contribution japonaise faible

Remarque : dans la colonne « Orientation de l'amélioration », le symbole + indique qu'une valeur numérique élevée est souhaitable, alors que le symbole - indique que c'est une valeur numérique faible qui est souhaitable. Si le symbole de cette colonne est identique à celui de la colonne « Contribution », cela signifie que les investissements de l'APD ont contribué à l'amélioration de l'indicateur. La mention « très significatif » désigne un niveau significatif de plus de 99%, alors que le symbole sans cette indication désigne un niveau significatif inférieur à 90%.

Source : Division de Statistique des Nations Unies, *Base de données des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement*; ; Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) *Base de données du Système de notification des pays créanciers*..

De plus, dans le cadre des études de cas, des analyses de micro-données ont été effectuées pour les régions prioritaires de l'aide japonaise liée à la santé, à savoir Tambacounda/Kédougou au Sénégal et Haut Ghana occidental au Ghana. Il en ressort que le degré d'amélioration des taux de mortalité des moins de 5 ans et de mortalité infantile, qui sont les principaux indicateurs de l'OMD 4, est élevé dans ces régions en comparaison avec les régions voisines et les moyennes nationales (tableau 2). Nous avons également pu remarquer qu'au Ghana une partie des indicateurs des OMD 5 (amélioration de la santé

maternelle) et 6 (prévention du VIH/sida, du paludisme et d'autres maladies) montre un degré d'amélioration élevé dans la région du Haut Ghana occidental en comparaison avec les régions voisines. À partir de ces faits d'observation, on peut constater que le soutien japonais liée à la santé a été efficace au sens où le degré d'amélioration des indicateurs sur les effets sanitaires étaient comparativement importants dans les régions où le Japon a soutenu de façon holistique les services de santé .

Tableau 2-2 : Tendence des indicateurs liés à la santé dans les régions du Sénégal et du Ghana

Pays	Régions	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)			Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)		
		2005	2010-11	Amélioration	2005	2010-11	Amélioration
Sénégal	Tambacounda /Kédougou	111,0	73,0	-38,0	100,0	58,5	-41,5
	Kaolack/Kaffrine	84,0	48,0	-36,0	79,0	49,5	-29,5
	Kolda/Sédhiou	116,0	79,0	-37,0	100,0	70,5	-29,5
	(valeur nationale)	74,0	48,0	-26,0	82,0	60,0	-22,0
Ghana	Haut Ghana occidental	191	108	-83	114	67	-47
	Haut Ghana oriental	106	98	-8	68	58	-10
	Nord	133	124	-9	83	66	-17
	(valeur nationale)	111	82	-29	71	53	-18

Remarque : les valeurs de 2005 pour le Sénégal sont celles des régions notées sur la gauche, mais les valeurs de 2010-11 sont la moyenne des deux régions citées (conséquence de la création des trois nouvelles régions en 2008).

Source : République du Sénégal, *Enquête Démographique et de Santé 2005*, et *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs les Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011* ; and Ghana Statistical Service, et al. *Ghana Multiple Indicator Cluster Survey 2006, and 2011*.

On peut inférer de la synthèse des analyses macro et micro-données ci-dessus que des mesures du Japon en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé ont généré un certain impact.

2-1-3 Point de vue du « caractère approprié des processus »

Sur la base des grands principes de l'APD, le Japon a fait preuve de volonté de respecter ses engagements en faveur de la réalisation des OMD dans sa politique d'aide et a appliqué des mesures afin d'enrichir le soutien en matière de santé, telles que le renforcement du système administratif central des organismes concernés. De plus, en vue de l'atteinte des OMD dans les pays bénéficiaires de l'aide, le Japon a réalisé un soutien comprenant une approche horizontale dans les domaines contribuant au « relèvement » de systèmes de santé tels que l'amélioration des capacités administratives ou le développement des infrastructures de base, cela à partir d'une perspective à long terme. La prise en charge de stagiaires dans des programmes de formation dans le cadre de la coopération technique illustre cette particularité de l'aide japonaise qui bénéficie d'une image plutôt positive dans les pays partenaires.

Concernant les processus de l'aide sur le terrain, la présente évaluation n'a pas fait d'examen détaillé à cause des limitations dans la collecte d'informations, mais à partir des résultats provenant des questionnaires, des entretiens et des études de cas, on peut voir que

les discussions et la coordination avec les pays partenaires et les autres participants à l'aide au développement sont menées de manière adéquate. Néanmoins, la communication sur les plans ou principes de l'aide japonaise est encore faiblement entendue ainsi que l'Évaluation de 2008 l'avait déjà souligné et nécessite donc de poursuivre les efforts pour son amélioration.

En outre, à propos de la collaboration avec les autres partenaires du développement, les canaux de coopération avec le secteur privé, notamment avec des entreprises, ont été renforcés tout particulièrement ces dernières années. On trouve dans ceux-ci des cas où la JICA et des entreprises travaillent ensemble et l'on peut également voir que des partenariats public-privé commencent à se manifester. Ces multiples liens collaboratifs avec des partenaires du développement pourraient constituer une alternative pour atteindre des couches que le système publique et des mesures générales ne peuvent couvrir, y compris dans le soutien futur en matière de santé en vue de la réalisation de la CSU.

Il apparaît dans les études de cas du Sénégal et du Ghana que l'aide japonaise a sélectionné comme régions cibles Tambacounda/Kédougou et le Haut Ghana occidental en prenant en compte les demandes des gouvernements des deux pays et l'orientation de l'aide sanitaire déjà existante des autres donateurs. On peut dire ainsi que le Japon a réparti son soutien en matière de santé dans ces régions comme s'il avait effectivement appliqué la stratégie de « sélection et concentration ». De plus, ce soutien donnait priorité, plutôt que des programmes verticaux qui visent les maladies définies, aux mesures contribuant au relèvement des services de santé des régions mentionnées, c'est-à-dire sur l'amélioration des capacités administratives et des systèmes de santé ainsi que le développement des infrastructures de base. On peut penser, à partir du fait que les indicateurs de santé dans ces régions commencent progressivement à s'améliorer, que cette approche de « concentration sur des régions prioritaires » mise en œuvre au Sénégal et au Ghana est au stade actuel adaptée en tant que processus d'aide.

Dans la limite des informations récoltées par les enquêtes au Japon, on peut juger par rapport aux processus détaillés de soutien sur le terrain que les discussions et la coordination autour des politiques avec les gouvernements du Sénégal et du Ghana, ainsi que le transfert d'informations et la coordination dans les échanges avec les autres donateurs, atteignent le niveau requis et qu'il ne se pose donc pas ici de problèmes particuliers. Bien que, au Sénégal, le Comité de pilotage (appelé « le Comité ») entre le Japon et le Ministère de la Santé sénégalais ait été suspendu, un partage serré d'information par le biais du conseiller rattachés au Cabinet a eu lieu et il ne semble pas que des obstacles administratifs se soient dressés. Par ailleurs, si le Japon n'a pas signé le Compact-Sénégal, on peut toutefois déduire de ce que originellement le Sénégal « n'exige pas fortement un alignement de la part des donateurs » que, à l'heure actuelle, cette non signature n'exerce pas une influence spéciale sur les processus de l'aide japonaise, il sera néanmoins nécessaire de surveiller l'évolution de cet accord. Afin de réaliser une évaluation globale qui comprenne les processus de la planification des politiques d'aide et de gestion de projets, il serait nécessaire d'effectuer une mission sur le terrain pour entendre ce que le gouvernement sénégalais et les autres partenaires du développement ont à dire.

Enfin, parmi les pays auxquels le Japon fournit une aide dans le secteur de la santé, Ghana est le seul qui bénéficie d'un Appui budgétaire sectoriel (ABS). Même si on remarque une attitude passive des autres donateurs par rapport à cette modalité de l'aide, au vu de la faiblesse du montant de la contribution japonaise à l'ABS, on pourra dire du projet consistant à poursuivre l'aide jusqu'en 2015 en prenant compte des résultats de l'évaluation du secteur faite par le gouvernement du Ghana, qu'il est d'une manière générale pertinent. (Bien que cette évaluation soit générale et simple comparée à celle de performance sous forme d'une matrice appelée Cadre d'évaluation d'avancement, adopté pour l'évaluation de l'appui budgétaire général « ABG ») À propos de l'ABS futur, on peut escompter un examen sur la continuation du soutien tout en approfondissant les concertations avec le gouvernement du

Ghana et les autres donateurs, ainsi qu'en prenant compte par exemple les résultats de l'aide sous forme de projets ou programmes et la possibilité de participer à l'ABG.

2-1-4 Point de vue des « effets diplomatiques »

Au sein de ses grands principes de l'APD à commencer par la Charte APD, le Japon a accordé de l'importance à l'aide dans le domaine de la santé qui fait partie intégrante des mesures tournées sur la réduction de la pauvreté, un facteur influençant grandement les activités socio-économiques. On peut penser que le soutien dans le secteur de la santé, fourni sous ces politiques d'aide, a conduit à certains résultats comme une meilleure connaissance du Japon au niveau local et l'alimentation d'un sentiment d'amitié envers le Japon, dans les relations bilatérales entre ce dernier et les pays bénéficiaires de l'aide. Comme exemples de « cas ayant produit des effets diplomatique » par l'aide dans le domaine de la santé, on peut citer, à partir de l'enquête ciblée sur les ambassades dans les pays bénéficiaires, qu'un Institut national de la santé, fondé grâce aux dons japonais, est surnommé « l'hôpital japonais » ou encore que les méthodes employées dans un projet de coopération technique de la JICA ont été jugées très positivement par le gouvernement du pays partenaire et qu'ils sont devenu un modèle dans le pays.

De plus, les efforts du Japon dans le domaine de la santé ont également laissé certaines traces non seulement dans les pays bénéficiaires de l'aide mais aussi sous la forme de communications sur les tâches sanitaires de la communauté internationale. En guise d'exemples concrets, citons l'appel pour un programme contre les maladies infectieuses lors du sommet du G8 Kyushu-Okinawa en 2000, le plaidoyer pour le renforcement des systèmes de santé lors du sommet du G8 de Hokkaido-Toyako ou encore la communication sur des mesures japonaises d'aide sanitaire à travers la contribution à une revue médicale en 2011. Par ailleurs, l'on sait aussi que, dans les discussions portant sur l'agenda du développement de l'après-OMD, le Japon s'est adressé à la communauté internationale en présentant les résultats de l'étude menée dans le cadre du Programme de partenariat Japon-Groupe de la Banque mondiale sur la CSU. Néanmoins, il ne faut pas oublier qu'aucune explication claire n'a été donnée sur la transition vers la CSU depuis le modèle de soutien « EMBRACE » pour la santé maternelle et de l'enfant proposé lors d'une séance de groupe de la réunion de suivi des OMD en 2011. Il est nécessaire de prêter attention à la continuité des politiques et de fournir des explications soignées pour faire passer un message cohérent à la communauté internationale.

2-2 Recommandations

2-2-1 Concentration sur les zones géographiques prioritaires

Dans les régions Tambacounda/Kédougou du Sénégal et Haut Ghana occidental, l'APD japonaise liée à la santé a été distribuée de manière concentrée. Ces régions ont été sélectionnées en considérant des facteurs sur les plans de la demande et de l'offre, respectivement (1) la gravité des problèmes sanitaires des régions mentionnées et (2) l'absence d'autres donateurs. En outre, l'aide japonaise dans les régions sélectionnées n'était pas une intervention verticale mais une intervention holistique et horizontale.

Dans une situation où les ressources pour l'APD japonaise sont limitées, on a avancé la nécessité d'un dispositif plus efficace de « concentration sur les domaines prioritaires », depuis longtemps. Il y a eu de nombreuses discussions pour savoir quels domaines devaient être sélectionnés et nécessitaient que l'on se concentre sur eux, mais ce qui ressort de la présente évaluation est l'efficacité d'une intervention horizontale dans les régions qui présentent des besoins importants et dans lesquelles d'autres donateurs ou les autorités

nationales n'investissent pas suffisamment de ressources (concentration sur les zones géographiques prioritaires). Les cas du Sénégal et du Ghana peuvent servir de modèle pour choisir les domaines d'intervention prioritaires de l'APD liée à la santé applicable également à d'autres pays. Alors que s'amenuisent les ressources de l'APD japonaise, ce modèle de concentration sur les zones géographiques prioritaires, représente une perspective qu'il faut garder à l'esprit, avec le dispositif de «concentration sur les domaines prioritaires» appuyé par la logique de l'avantage.

2-2-2 Contribution à la Couverture santé universelle par une approche régionale

Le Japon apporte son soutien à la réalisation d'une Couverture santé universelle (CSU), mais il subsiste encore aujourd'hui de nombreux débats concernant la question de savoir comment parvenir à cette tâche de généralisation des services de santé à une vaste échelle.

Le précepte que l'on peut retenir des cas du Sénégal et du Ghana est qu'il est possible de généraliser les services de santé à l'ensemble d'un pays (autrement dit de parvenir à la CSU) en répartissant les régions sur lesquelles chaque donateur porte ses efforts et en prenant pour but l'amélioration des services de santé dans chacune des régions attribuées. La pratique d'un tel soutien qui associe les donateurs et les régions intérieures des pays bénéficiaires d'une aide est analogue à la coopération en « jumelage » entre les collectivités locales lors du séisme au Sichuan de 2008 en Chine. En effet, lors de cette catastrophe, des villes épargnées ont été jumelées à des villes ou régions sinistrées à l'intérieur de la Chine afin d'accélérer le soutien aux secondes à partir des premières. On peut penser que l'élargissement d'un soutien plus efficace aux services de santé est réalisable en assurant la coordination des donateurs et en faisant que ceux-ci prennent en charge ce soutien dans les régions présentant des besoins élevés en matière de santé.

2-2-3 Renforcement de la présence en Afrique subsaharienne

En septembre 2015, les Objectifs du millénaire pour le développement vont être poursuivis dans les « Objectifs du développement durable » (ODD). C'est en Afrique subsaharienne et dans les pays en conflit présentant actuellement un niveau sanitaire défavorable qu'il est le plus nécessaire d'améliorer la situation en rapport avec l'objectif lié à la santé (Objectif 3) et ses 9 cibles tels qu'ils sont proposés actuellement. La présente évaluation a mis en évidence que la répartition de l'APD japonaise liée à la santé était très favorable aux pays asiatiques voisins, mais il faut désormais élargir le soutien réalisé jusqu'ici aux pays notamment d'Afrique souffrant d'un niveau sanitaire plus bas.

Précisément en 2014, une épidémie de la maladie à virus Ebola s'est propagée tout particulièrement en Afrique de l'Ouest, exposant les conditions sanitaires de cette région à un risque encore plus sérieux. En tant que membre des pays développés, le Japon doit remplir un rôle important dans les régions qui ont davantage besoin d'un soutien fort dans le domaine de la santé, notamment en Afrique et dans les pays en conflit. Le Japon a accumulé de bons résultats dans la formation des ressources humaines et le renforcement des systèmes de santé. On est dès lors en droit de penser que l'expérience emmagasinée dans ces domaines sera efficace dans l'élévation du niveau sanitaire des pays ou régions qui ont un réel besoin d'amélioration.

Tableau 2-3 : Domaine des recommandations

	Recommandations	Organismes répondants	
		Niveau du siège	Niveau du terrain
Niveau des orientations des politiques et stratégies	Concentration sur les zones géographiques prioritaires	○	
	Renforcement de la présence en Afrique subsaharienne	○	
Niveau des modalités d'aide et des procédures d'aide	Contribution à la Couverture santé universelle par une approche régionale (coordination entre les donateurs)		○