



Rapport d'Inventaire
Mozambique

Mars 2008

Ministère de la santé du Mozambique

ACCROITRE LES EFFORTS ET LES RESSOURCES POUR LA SANTE

**Partenariat international pour la santé et initiatives connexes (IHP+)
Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA)**

**Réunion interrégionale des Equipes nationales pour le secteur de la santé
Lusaka**

28 février - 01 mars 2008

Sommaire

Chapitres	Page
Résumé	1
Introduction	3
1. Contexte	4
2. Aperçu du cadre de politique national pour le secteur de la santé	5
3. Plan stratégique pour le secteur de la santé et plans spécifiques aux programmes	6
4. Financement du secteur de la santé	9
5. Partenaire du développement de la santé et approche sectorielle	11
6. Efficacité de l'aide au Mozambique	14
7. Elaboration d'un Accord	15

Résumé

Le Mozambique est un pays qui émerge d'années de conflit pour construire une économie saine et en croissance rapide. Cependant, partant d'une base économique faible, le Mozambique demeure pauvre et hautement dépendant de l'aide, malgré les progrès accomplis. Environ 70% du financement du secteur de la santé provient actuellement des 26 partenaires du développement du Mozambique, (d'après Javier, M 2006; Ministère de la santé, documents 2007), malgré une augmentation des dépenses publiques pour la santé au fil des années qui, cependant, sont désormais largement en retrait par rapport à celles des partenaires du développement. Compte tenu de cette dépendance par rapport à de nombreux partenaires le gouvernement doit procéder à une solide coordination s'il veut concrétiser ses propres visions et objectifs pour améliorer la santé de la population. Alors que de bons progrès en matière de coordination ont été réalisés avec 14 partenaires du développement qui contribuent actuellement à un mécanisme de financement collectif pour le secteur de la santé (PROSAUDE), qui fournit des fonds au budget et aux plans et par rapport à un plan de performance unique pour le secteur, une part significative de l'aide à la santé, notamment liée au VIH/SIDA, est encore canalisée selon les priorités définies par les donateurs et passe par des organisations non gouvernementales.

Alors qu'il existe un mécanisme SWAp bien établi il est nécessaire de travailler activement avec les partenaires du développement qui ne sont pas en mesure de mettre les fonds en commun pour faire en sorte que les fonds sont fournis en fonction du plan national. Il reste un défi important qui consiste à essayer de maximiser l'efficacité et l'efficience des ressources disponibles ainsi que de mobiliser les financements additionnels nécessaires pour surmonter un certain nombre d'obstacles clairement identifiés qui entravent les progrès dans la réalisation des OMD.

Trois priorités ont été identifiées par le Ministère de la santé dans son processus de planification (PESS):

- 1) le développement des capacités en matière de ressources humaines;
- 2) l'amélioration de l'infrastructure relative aux soins de santé; et
- 3) l'engagement communautaire, la formation et le déploiement accrus des travailleurs de la santé communautaires.

L'absence de capacités relatives aux ressources humaines a été définie comme étant l'un des principaux obstacles entravant la prestation des services de santé, et elle constitue aussi un des principaux obstacles à la réalisation des objectifs spécifiques à certaines maladies, tels que la réduction du paludisme, de la tuberculose, du VIH/SIDA et de la mortalité maternelle, du nouveau-né et de l'enfant. Avec une des plus faibles densités de travailleurs de la santé d'Afrique, (moins de 0.3 travailleurs de la santé pour 1000 habitants), le Mozambique souffre aussi d'une importante fuite des cerveaux interne, beaucoup de ses travailleurs de la santé formés étant attirés par de meilleurs salaires proposés par les ONG et quittant le service public pour travailler sur des projets dans le privé, financés essentiellement par les mêmes partenaires du développement qui essayent d'appuyer le développement du système sanitaire par le mécanisme SWAp. Ceci a aggravé le défi auquel est confronté le gouvernement pour concrétiser des priorités nationales et pour essayer de fournir des services de santé de manière équitable, aux régions éloignées et mal servies et aux groupes pauvres et marginalisés.

Défis

Les principaux défis identifiés pour l'IHP sont:

1. Réduire la concurrence interne pour des ressources humaines limitées et renforcer la formation, la formation continue et la fidélisation des personnels de santé motivés;
2. Réduire les coûts de transaction liés à la gestion du secteur de santé en rationalisant le nombre de partenaires du développement avec lesquels le MISAU doit traiter de manière régulière;

3. Mobiliser des ressources additionnelles pour intégrer à la planification nationale un niveau d'ambition plus élevé fondé sur un financement sur le long terme, plus prévisible;
4. Amener les groupes de donateurs à tenir leurs engagements;
5. Maximiser l'utilisation effective des ressources déjà disponibles
6. Relever d'autres grands défis du système sanitaire:
 - a. améliorer l'accès physique aux services de santé,
 - b. intégrer suffisamment le HMIS,
 - c. renforcer les liens entre le plan stratégique pour la santé et les plans opérationnels annuels
 - d. renforcer les liens entre les objectifs stratégiques, les investissements ou les intrants et les résultats mesurables dans le Cadre des dépenses à moyen terme
 - e. renforcer les capacités de recherche des systèmes sanitaires

Recommandations

Le Mozambique souhaite que le processus IHP débouche sur les mesures suivantes qui contribueront au renforcement de la performance et au progrès dans la mise en oeuvre des OMD liés à la santé:

1. Tous les partenaires devraient accepter et respecter les processus concertés avec les pays et essayer d'harmoniser et d'aligner leur appui sur ces processus.
2. Réduire les coûts de transaction liés à la gestion et à la collaboration avec des institutions de financement multiples en encourageant les partenaires du développement à maintenir ou augmenter leur engagement financier en faveur du secteur sanitaire, mais travailler, si possible, par le biais de partenariats passifs ("silent partnership") ou en utilisant d'autres modalités de financement en vue de minimiser le fardeau administratif pour le MISAU.
3. Compte tenu de l'ampleur du financement du PEPFAR, par rapport à d'autres financements du secteur de la santé, il est essentiel d'utiliser pleinement les flexibilités de financement PEPFAR pour faire en sorte que les fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA contribuent à la mise à disposition de la gamme complète des services de soins de santé primaires dont ont besoin les personnes séropositives et séronégatives, en appuyant le renforcement global des soins de santé primaires.
4. S'assurer que les fonds du GFATM continuent de financer les programmes et le budget et commencent à utiliser le cadre unique d'évaluation de la performance concerté (PAF). En outre, s'assurer que le financement est fourni de manière prévisible, conformément aux principes énoncés dans un nouveau Protocole d'accord.
5. S'assurer qu'une demande de financement de GAVI pour le renforcement du système sanitaire contribue au renforcement global du système sanitaire, pas simplement au renforcement des services de vaccination, en reconnaissant qu'une EPI effective dans un système de soins de santé primaires intégré nécessite un service SSP pleinement opérationnel. Le financement devrait être fourni pour le budget, le plan, il devrait être à long terme et prévisible.

Le présent document a été rédigé par un groupe spécial mandaté par le Ministère de la santé et par ses partenaires du développement (par le biais du donateur focal), mais il n'a pas encore été présenté dans son intégralité, discuté et concerté et par conséquent il ne représente pas encore un document consensuel. Dans le cadre du suivi immédiat de la réunion de Lusaka il faudra des discussions plus détaillées au niveau national sur le contenu des documents, qui servira de base pour dégager un consensus sur la situation actuelle. Il s'agira de faire un bilan avec la participation de tous, un exercice durant lequel le gouvernement et ses partenaires discuteront de leurs problèmes et de leurs préoccupations et dégageront un accord sur les étapes suivantes nécessaires au renforcement des mécanismes de coordination dans le pays.

Introduction

Objectifs du document:

Le présent document a été préparé, d'une part pour répondre à un but immédiat, à savoir donner aux partenaires internationaux IHP des informations sur le processus IHP au Mozambique lors de la réunion qui doit se tenir à Lusaka du 28 au 29 février 2008; et d'autre part pour servir de document de base à l'IHP et à d'autres partenaires dans le pays, afin de discuter des principaux problèmes et défis que rencontre le Mozambique dans ses efforts pour intensifier les actions en faveur de la santé et pour accélérer les progrès pour la réalisation des OMD.

Ce document est l'expression claire des attentes des partenaires du secteur de la santé au Mozambique à l'égard du Partenariat international pour la santé et des différentes initiatives qui contribuent à la mobilisation des ressources au profit des activités sanitaires dans le pays. C'est l'occasion de s'assurer de la mise en oeuvre des initiatives et des processus assumés par le pays et aussi de s'assurer que les engagements internationaux se traduisent par un appui qui contribue à la construction et au développement des capacités du pays.

Pour le Mozambique, le Partenariat international pour la santé est l'occasion de faire le bilan des progrès réalisés à ce jour dans le domaine de l'harmonisation et de l'alignement des donateurs sur des priorités identifiées sur le plan national. C'est l'occasion pour le gouvernement du Mozambique et pour ses partenaires du développement de vérifier si la communauté internationale a tenu les engagements pris dans la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'alignement et si le pays et ses partenaires ont tenus les différents autres engagements internationaux liés au progrès dans la réalisation des OMD. L'IHP est aussi une occasion pour le Mozambique de transmettre un message clair à la communauté internationale quant à la nécessité d'améliorer la communication et la coordination entre le niveau international et les sièges des différents partenaires IHP et leurs représentants dans le pays, afin que les engagements pris au plan international se traduisent par des actions concrètes dans le pays.

1. Contexte

Malgré un des taux de croissance les plus élevés du monde, près de 54% de la population du Mozambique vit dans l'extrême pauvreté et l'accès aux services de santé et à l'éducation est limité. Le taux d'analphabétisme de 60% est élevé, notamment parmi les femmes (hommes 39.4%; femmes 71.3%). Une grande partie de l'infrastructure sanitaire a été détruite pendant la longue guerre civile et moins de 50% de la population vit actuellement à 5 kms de distance de services de santé fixes. Le pays souffre d'une pénurie grave de professionnels de la santé formés.

Les soins de santé sont essentiellement fournis par le secteur public qui s'appuie sur un réseau d'environ 1100 centres équipés de 15500 lits, dans lesquels travaillent quelque 27000 travailleurs de la santé. Il existe peu de documents sur les soins privés à but lucratif, qui se sont développés dans les principales villes depuis dix ans. Les opérateurs privés à but non lucratif, essentiellement associés à des missions ou des organisations caritatives, fournissent une certaine capacité, souvent en collaboration avec le secteur public. Il existe de nombreuses ONG internationales et nationales qui contribuent au secteur de la santé.

Indicateurs sur la situation sanitaire

La charge de morbidité du pays est essentiellement la conséquence de la grande pauvreté et le résultat des maladies infectieuses et transmissibles. L'accès limité aux centres de soins de santé primaires a largement entravé les efforts déployés par le gouvernement pour faire face à la situation sanitaire de manière efficace. Seule 36% de la population a accès à un centre de soins dans un rayon de 30 minutes de leur domicile (PARPA II). Environ 30% de la population n'a pas accès aux services de santé et seuls 50% a accès à un niveau de soins de santé acceptable. Parmi les principaux contributeurs à la charge de morbidité du pays on trouve le paludisme, la diarrhée, le VIH/SIDA, les infections respiratoires et la tuberculose. Le paludisme est considéré comme principal contributeur à la charge de morbidité du pays. 30% du taux de mortalité chez les enfants de moins de 7 ans est attribué au paludisme. Le paludisme est responsable de 40% des demandes de soins ambulatoires et d'environ 30% des décès hospitaliers (analyse de la situation en RBM 2001). L'incidence de la tuberculose dans le pays est très élevée à 1,025 pour 100,000 personnes (2004). Le taux de mortalité infantile a baissé de 147/1000 naissances vivantes (IDS, rapports de 1997 et MISAU, PESS) à 124/1000 naissances vivantes (DHS, 2003). Selon les derniers chiffres statistiques de l'UNICEF, le taux de mortalité infantile a continué à baisser à 100/1000 naissances vivantes (UNICEF 2005). Le taux de mortalité juvénile a diminué de 219/1000 naissances à 178/1000 naissances (PARPA II). Les taux de mortalité juvénile sont généralement considérés comme étant le reflet de l'ampleur et de l'impact des niveaux de pauvreté existants et comme un indicateur indirect du développement socio-économique.

Les niveaux élevés de pauvreté, la nature et le degré persistant de l'insécurité alimentaire dans le pays ont contribué aux mauvais indicateurs de nutrition des enfants de moins de cinq ans. Le niveau de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans est actuellement de 41%, avec des taux de carence vitaminiqne de 69% et des niveaux d'anémie de 75% (PARPA II). Le défi consiste à développer et à mettre en oeuvre des stratégies viables visant à améliorer la sécurité alimentaire, dans les foyers et au niveau national.

Le taux de mortalité maternelle, jadis considéré comme étant l'un des plus élevés de la région, a baissé depuis cinq ans à environ 408/100,000 naissances vivantes. La proportion d'accouchements dans des institutions sanitaires varie de manière importante selon les provinces ainsi que selon les indicateurs de santé. Selon PARPA II, seuls 48% des accouchements ont lieu dans des centres de santé et l'indice d'accès aux soins obstétricaux essentiels (EOC) n'est que de 1.23 pour 500,000.

“Il est estimé que plus de un million et demi de personnes sont infectées par le VIH et la prévalence nationale du VIH a été récemment estimée à au moins 16 % chez les personnes âgées de plus de 15 ans. Le plan stratégique national d'intervention multisectorielle du VIH/SIDA a été réexaminé et corrigé pour tenir compte de l'évolution épidémiologique du VIH/SIDA et de l'introduction de nouvelles stratégies de prévention, de lutte et de traitement. L'essentiel des efforts portera sur la prévention et l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA sur les foyers et au niveau national. Des

programmes ont été élaborés pour intensifier l'accès aux conseils et aux tests facultatifs (VCT) et à la thérapie antirétrovirale (ART), l'accent étant mis sur l'accès aux ART pédiatriques."

Les progrès dans l'établissement d'un réseau de soins de santé primaires et d'un système de gestion ruraux se sont heurtés à plusieurs facteurs, dont des taux élevés de maladies infectieuses et de malnutrition; une prévalence accrue du VIH/SIDA; un accès insuffisant à l'eau potable; un nombre limité de travailleurs de la santé formés; et des fonds annuels insuffisants pour les soins de santé de base. Globalement, le statut sanitaire de la population du Mozambique est inférieur à la moyenne des pays africains et bien en deçà des normes internationales.

2. Aperçu du cadre de politique nationale pour le secteur de la santé

Le cadre de politique sanitaire du Mozambique est articulé dans plusieurs documents, y compris dans le *Plan gouvernemental quinquennal (2005 – 2009)*, le *Document de stratégie de réduction de la pauvreté (PARPA II)*, le *Plan social et économique (PES)*, le *Plan d'investissement public triennal (PTIP)*, le *Cadre des dépenses à moyen terme (CDFMP, ou MTEF)* et le *Plan sectoriel stratégique (2007-2012) (PESS)*. Les soins de santé primaires, l'équité et une meilleure qualité des soins sont les piliers de la politique. Ces six documents fournissent un cadre national de planification et de programmation. Le principal document dans cette hiérarchie est le *Plan gouvernemental quinquennal 2005- 2009* qui se fixe pour principaux objectifs la réduction des niveaux de pauvreté absolue, la croissance économique rapide et durable, la consolidation de la paix, l'unité nationale, la justice, la démocratie et la sensibilisation nationale, qui sont les conditions indispensables au développement harmonieux du pays et à la lutte contre la corruption, la criminalité et la bureaucratie.

Le *Document de stratégie de réduction de la pauvreté II (PARPA II)* est le plan opérationnel du Plan gouvernemental quinquennal (2005–09) qui comprend une matrice stratégique d'indicateurs clés, un effort conjoint du gouvernement, des partenaires du développement et de la société civile. Ces indicateurs sont pleinement intégrés et contrôlés dans les instruments annuels du Plan économique et social (PES). Le pilier *capital humain* prévoit, notamment, le développement de la santé et de l'hygiène et une réduction de l'incidence des maladies qui affectent les groupes de la population les plus vulnérables. Il vise plus particulièrement la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH-Sida. La santé contribue au développement humain et, directement et indirectement, à la réduction de la pauvreté.

Les objectifs pour le secteur de la santé sont fixés dans le *Plan stratégique pour le secteur de la santé (PESS 2007-2012)* et le PARPA II. Le Plan stratégique pour le secteur de la santé tient également compte des initiatives sanitaires régionales menées par la SADC et des initiatives mondiales telles que les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Les facteurs de succès mentionnés comprennent la mobilisation et l'utilisation efficace des ressources, des processus de planification et de budgétisation de plus en plus harmonisés, la disponibilité de personnel professionnel compétent, la disponibilité des fournitures essentielles et la participation/collaboration communautaire avec différentes parties prenantes au développement de la santé.

Le PESS garantit que les plans seront des outils utiles au secteur, des outils indiquant des orientations, des objectifs et des stratégies et, au niveau provincial et des districts, des outils pour articuler les moyens d'atteindre ces objectifs et ces stratégies. Les plans servent aussi d'outils de suivi de la réalisation des objectifs et des indicateurs. Parmi les résultats escomptés du PESS:

- Accès accru aux services de santé;
- Consolidation de l'approche PHC et prestation intégrée des services;
- Renforcement du système de référence et de la continuité des soins;
- Qualité accrue des services fournis à tous les niveaux;
- Meilleur fonctionnement et performance des centres de santé à tous les niveaux de soins;
- Interventions garanties, adéquates et rapides en cas d'urgence et d'épidémie;
- Approche renforcée axée sur la participation de la communauté;
- Promotion d'une démarche de collaboration avec d'autres prestataires de santé;
- Meilleure collaboration intersectorielle.

Progrès vers la réalisation des OMD

Indicateur OMD	1990	1995	2000	2005
Enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	59%*	61%	71%	77%
Taux de mortalité infantile / 1000 naissances vivantes	158*	145	122	100
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans/ 1000 naissances vivantes	235*		178	145
Taux de prévalence des contraceptifs (méthode moderne)		5.1%		11.8%
Naissances auxquelles assiste un personnel de santé qualifié			47.7%	48%
Taux de mortalité maternelle / 100000 naissances vivantes	1500*		1000	408**
Prévalence de la tuberculose / 100000 habitants	296*	520	580	597
Taux de détection de la tuberculose sous DOTS		46%	44.4%	48.7%
Taux de décès dus à la tuberculose / 100000 habitants	33.7	77.9	115	123.8
Prévalence VIH pour le groupe d'âge 15-49 ans				16.2%

Source: Base de données: OMD Info.2007.mdb; 08-02-2008)

* Autres sources, données du Ministère de la santé.

** Selon le rapport 2005 de l'ONU sur les décès maternels, le chiffre estimé pour le Mozambique est de 520, allant de 360 à 680 décès maternels/100000 naissances vivantes.

Les progrès dans la réalisation des OMD liés à la santé ont été lents, essentiellement pour les raisons suivantes:

- Faiblesses des liens entre les plans stratégiques et les plans opérationnels annuels;
- Faiblesses des liens entre le secteur de la santé et les processus de développement plus généraux;
- Difficultés à coordonner les initiatives;
- Limites des effectifs et des systèmes,
- Systèmes de suivi insuffisants pour les flux de ressources, les progrès et les résultats;
- Progrès limités dans la traduction des engagements internationaux en actions concrètes dans le pays (par ex. financement prévisible, à long terme);
- Absence d'une démarche multisectorielle pour concrétiser les objectifs dans le domaine de la santé.

3. Plan stratégique pour le secteur de la santé et plans spécifiques aux programmes

Le PESS est considéré comme l'affirmation de la politique. Il esquisse aussi les principales stratégies pour les actions à moyen terme dans le secteur. Le PESS articule l'énoncé de la mission et les principes directeurs pour le secteur.

Plusieurs plans stratégiques liés aux systèmes sanitaires et spécifiques aux programmes ont été élaborés, qui présentent un aperçu plus détaillé des stratégies et des domaines d'action, conformément à la politique sanitaire nationale en général et aux orientations stratégiques. De précieuses informations ont été obtenues grâce à l'évaluation des sous-systèmes du secteur de la santé, tels que le secteur pharmaceutique, la tuberculose, le paludisme, l'EPI et le programme de surveillance des maladies, ainsi que de l'impact des initiatives.

	Plans et principales initiatives	Remarques
Renforcement du système sanitaire	<ol style="list-style-type: none"> 1. HRDP 2009-2015 2. Examen/plan pharmaceutique 3. Feuille de route pour le HMIS 4. Cartographie des services disponibles 6. Evaluation des laboratoires et projet de plan 7. Proposition GAVI pour le HSS 	Achèvement: mai 2008, y compris calcul des coûts Achèvement calcul des coûts Projet en cours d'examen Analyse des données en cours
Programme spécifique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modèle économique pour le paludisme 2. Plan d'action quinquennal pour la tuberculose 3. PEN HIV 4. Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale 5. Plan de politique et plan stratégique pour la santé du nouveau-né et de l'enfant 6. Plan d'action quinquennal EPI 5 6. CMYP 2007-09 pour EPI, propositions GAVI pour l'introduction de nouveaux vaccins 	Jusqu'en 2009 Calcul des coûts en cours

Tableau succinct des plans et principales initiatives pour le système sanitaire et les programmes

Principaux défis et obstacles

Ressources humaines

Formation

- Extension du réseau de formation (priorité – Institut des sciences de la santé de Nacala, nouvel Institut des sciences de la santé à Tete, nouvel Institut des sciences de la santé dans la province de Maputo (après la construction de l'Hôpital général) et à Gaza, institutions de formation à Chokwe ou Chibuto)
- Développement des capacités de formation à distance;
- Affectation d'un nombre suffisant d'enseignants qualifiés dans les institutions de formation (IdF en portugais)
- Evaluation régulière et périodique de la qualité de la formation dans les Institutions de formation (IdF)
- Stimuler la participation des Agents polyvalents élémentaires (APE) dans la promotion de la santé pour les communautés.

Gestion

- Accélérer le processus de fixation des pensions pour le personnel retraité pour permettre l'absorption de nouveaux effectifs;
- Elaboration d'une politique d'incitations en explorant de nouveaux moyens de renforcer la fidélisation du personnel de santé.

Ces priorités sont intégrées au Plan de développement des ressources humaines qui sera prêt en mars 2008.

Assistance médicale

- Définition des niveaux de responsabilité pour les Unités sanitaires (U.S en portugais), actualisation des informations relatives aux responsabilités et fonctions actuelles et prévision des besoins pour le développement ultérieur des U.S. Compte tenu de l'urgence de cette tâche il est suggéré que les besoins prévus soient fondés sur un échantillon de besoins d'un certain nombre d'U.S et ensuite d'extrapoler les résultats.
- Définir clairement la formation et les rémunérations des APE car il n'est pas clair s'ils feront partie du système national de santé (SNS) ou s'ils travailleront au niveau municipal. La question devrait être discutée à la Direction nationale de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies et ensuite à la réunion de consultation du Ministre.

Prévention et lutte contre les maladies

La décentralisation de certaines activités programmatiques est le principal enjeu. Cependant, il faut pour assurer une bonne décentralisation tenir compte des aspects suivants:

- a) Examiner la politique d'affectation et de fidélisation du personnel parce que les Directions provinciales de la santé reçoivent du personnel sans expérience. Une fois qu'ils ont acquis de l'expérience ils sont invités à travailler dans des organes centraux (OC) ou même à l'extérieur du Système national de santé (SNS), ce qui représente une perte d'expertise pour les Directions régionales.
- b) Créer les conditions pour le développement des carrières au niveau des districts en vue de fidéliser le personnel;
- c) Définir le niveau de compétences parce que les institutions centrales continuent de planifier et d'exécuter des activités à mener au niveau des districts;
- d) Faire participer d'autres secteurs pour trouver des solutions, en tenant compte du fait que les problèmes de santé appellent une réponse multisectorielle;
- e) Renforcer l'hygiène et la propreté dans les institutions et l'environnement.

Direction de l'Administration et des Finances (DAF)

- Affectation de personnels pour la comptabilité, les achats et la maintenance dans les provinces;

- Construction d'entrepôts régionaux et provinciaux; les centres de santé dans les districts devraient disposer d'un petit entrepôt pour y conserver des stocks de consommables (10 provinciaux et 2 régionaux) ,
- Construction de nouveaux bureaux pour la DPS (Direction provinciale de la santé) qui n'existent que dans les provinces de Tete et de Maputo;
- Création d'un logiciel de gestion des stocks.

Recherche

- Nécessité de renforcer la capacité technique
- Construction d'un laboratoire de référence pour la tuberculose, le paludisme, les microbicides et l'immunologie

Extension du réseau de santé

- Extension de tous les HPC et les provinciaux. Dans la province de Niassa un nouvel HP (Hôpital provincial), l'actuel devenant un HG, un nouvel Hôpital central (HC) à Inhambane et un HG à Maxixe;
- Un hôpital avec une capacité de 100 lits dans chaque district;
- Centre de santé de type II dans des régions rurales jusqu'à une moyenne de 1 unité de santé (CS) pour 10000 habitants; nous aimerions que le pays ait la capacité de construire 60 CS/an, avec un plan initial de 20 à Nampula et à Zambézia et dans huit des cinq autres provinces (excepté la ville de Maputo);
- Construire dans chaque siège provincial un HG d'une capacité de 200 lits avec pour objectif d'atténuer la pression sur les hôpitaux centraux et provinciaux.

3.2. Domaines prioritaires du secteur de la santé (PESS):

- Développement des ressources humaines;
- Développement et renforcement des infrastructures et des équipements de santé;
- Participation de la communauté, l'accent étant mis sur la formation des APE

Solutions proposées pour intensifier les objectifs/réaliser les OMD

Compte tenu d'un processus d'évaluation et de calcul des coûts de la mise en oeuvre des OMD au Mozambique, le Ministère de la santé est en train de mettre en place les stratégies suivantes:

- Ajuster les incidences en terme de ressources du PESS, des politiques, des plans, des objectifs sectoriels sur le long terme et des cadres d'évaluation par rapport à celles des OMD.
- Le processus de planification et de budgétisation est en cours de renforcement pour faciliter une mobilisation et une utilisation efficace et efficiente des ressources à tous les niveaux du système sanitaire.
- Un des objectifs de l'actuel PESS est de renforcer et d'accroître la collaboration entre le Ministère de la santé et le secteur privé (y compris les ONG) dans le cadre des mécanismes SWAp existants.
- L'élaboration et la mise en oeuvre des programmes par le Ministère de la santé continuent d'être fondés sur les meilleures pratiques et interventions internationales sanitaires d'un bon rapport coûts/efficacité et utiles localement (par ex. politiques et stratégies relatives au paludisme, au VIH/SIDA et à la tuberculose, stratégie IMCI, feuille de route santé maternelle, néonatale et juvénile, initiatives pour une maternité plus sûre, etc.)
- Planification et budgétisation pour l'acquisition de biens, de services et le développement des infrastructures nécessaires
 - o Meilleure disponibilité et utilisation rationnelle des médicaments et des approvisionnements
 - o Extension et maintenance de l'infrastructure sanitaire, en fonction des ressources humaines disponibles
 - o Renforcement de la formation, du recrutement et de la fidélisation des professionnels de la santé compétents, conformément au HRDP du pays.
- Mobilisation accrue, utilisation efficace et efficiente des ressources financières nécessaires pour atteindre les objectifs fixés (tant les ressources internes du

gouvernement et les fonds des donateurs externes pour combler le déficit financier (élaboration de la stratégie financière pour les OMD).

- Renforcement du système sanitaire, notamment de la capacité de gestion à tous les niveaux, de la gestion financière, de la gestion des médicaments et des approvisionnements, de la collecte, de la consolidation, de l'analyse et de l'utilisation des informations sanitaires dans le processus décisionnel.

4. Financement du secteur de la santé

Mécanismes de financement

Le système national de santé du Mozambique est financé par des fonds publics et externes. Près de la moitié des dépenses récurrentes est financée par des fonds externes. Y compris l'investissement, la part couverte par la communauté internationale dépasse les 70%. Le budget de l'Etat et les donateurs ont financé le secteur de la santé pour un montant estimé à US\$ 9 par habitant en 2002. A cela il faudrait ajouter la contribution des usagers privés, inconnue, mais supposée substantielle et croissante. Les dépenses totales pour la santé par habitant sont passées de US\$ 4.6 en 1997 à US\$ 7.5 en 2000.

Des redevances sont prélevées pour la plupart des services de santé et, bien qu'il existe des mécanismes d'exemption (pour certains groupes vulnérables et pour des maladies spécifiques), elles ne sont pas bien comprises par la majorité des clients du secteur de la santé. Les conclusions d'une étude visant à évaluer l'impact de l'abolition des redevances pour les soins de santé primaires sont en cours d'examen.

Des régimes d'assurance maladie existent pour les employés du secteur public géré par le Ministère de la planification et des finances. Un régime plus général n'est pas exclu à l'avenir, compte tenu de l'extension continue du secteur privé.

Dépenses de santé 2001-2007 (2008) (US\$ x 1 million)

Source	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Budget public	70	82	96	105	104	108	127	138
Fonds communs	17	20	37	63	106	99	125	74
Fonds verticaux	75	75	75	85	130	141	150	300
Total dépenses	165	178	209	253	340	276	402	512

*Pour 2008: les chiffres se réfèrent aux engagements financiers, pas encore aux dépenses
D'après Javier M, (2006) & documents du Ministère de la santé*

Différentes modalités d'aide

Le financement externe du secteur de la santé a toujours été important au Mozambique. En 2008, 73% du budget santé est financé par 26 partenaires, dont des fonds bilatéraux, multilatéraux et mondiaux ainsi que des banques de développement. Vingt pour cent de l'aide externe passe par des fonds communs, un mécanisme de mise en commun dans le contexte d'une démarche SWAp. Les fonds communs sont appuyés par 58% (15) des partenaires santé. Les aides directes du Ministère de la santé (soutiens apportés par les institutions des Nations unies ou, pour l'essentiels, par des ONG) sont d'autres modalités de financement. Seul un faible pourcentage de partenaires gère une partie de ses fonds eux-mêmes.

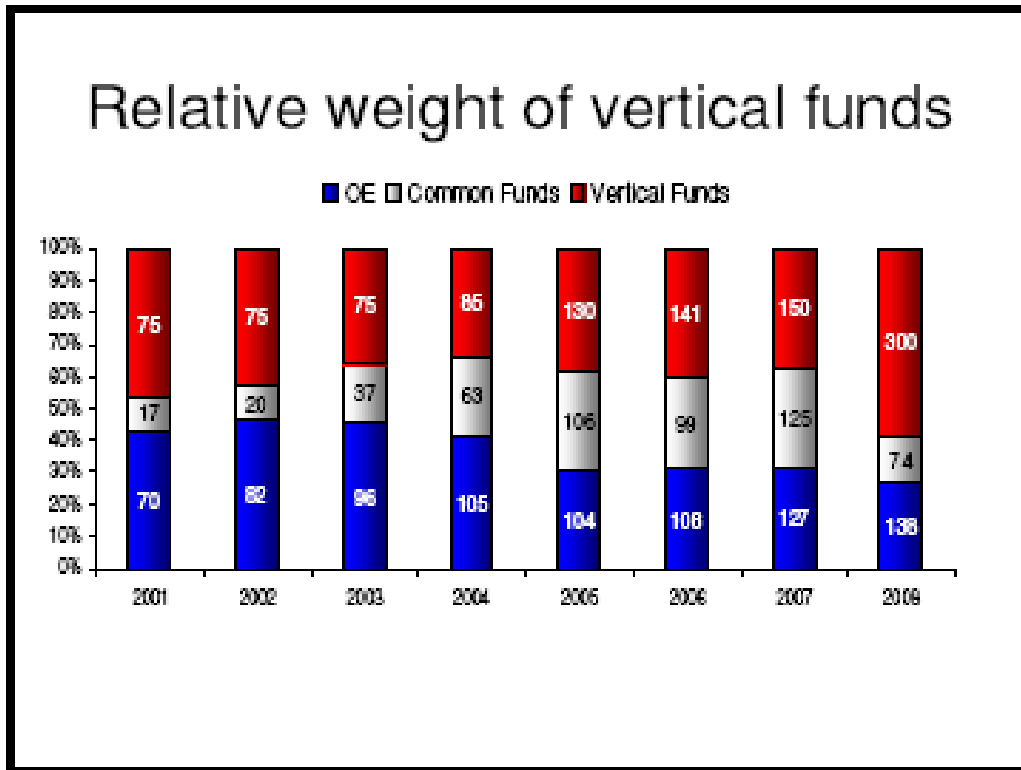
Augmentation du financement vertical

Le financement de la santé par un financement vertical devient plus important. Le montant a doublé durant la période 2003-2007 et doublé à nouveau à 300 millions US\$ en 2008. Par conséquent, le financement vertical est la principale source de financement et représente 58% du budget total de la santé en 2008. Cette augmentation est essentiellement le fait d'une augmentation substantielle du financement USAID/PEPFAR.

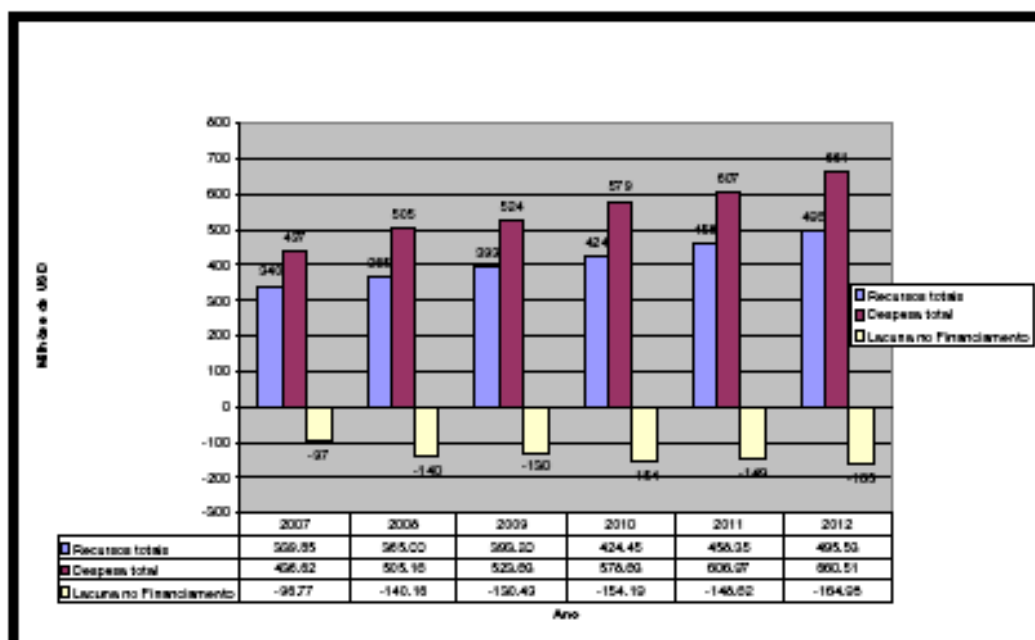
Près de 80% des partenaires santé affectent une part de leur budget aux initiatives verticales, principalement par des projets mis en oeuvre par une série d'ONG. Un cinquième (n=5)

seulement des partenaires affectent la totalité de leur appui financier aux fonds communs (2008). Un exercice de cartographie du financement vertical effectué par tous les partenaires santé en 2007 a révélé que moins de la moitié (48%) soutenaient des projets qui étaient "prévus au plan". Les informations relatives à l'intégration dans le cycle budgétaire ("prévu au budget") étaient incomplètes et non concluantes mais tout porte à croire que la plupart des projets étaient hors budget.

Poids relatif des fonds verticaux



Conditions financières (projections) pour la mise en oeuvre du Plan stratégique (PESS) 2007-2012



Il est généralement admis que seule une action continue sur le plan national et une coopération internationale cohérente pour mobiliser pleinement les ressources médicales, techniques et financières existantes et nouvelles permettront au Mozambique de renforcer ses systèmes de prestation de services sanitaires et de dépasser les démarches traditionnelles pour réaliser les OMD. D'après les projections financières fondées sur le PESS, les ressources projetées disponibles pour le secteur d'une année à l'autre pour la mise en oeuvre du PESS passeraient de USD 339 millions en 2007 à USD 495 millions en 2012. D'un autre côté, les dépenses projetées pour la même période passeraient de USD 436.62 millions en 2007 à USD 660.51 millions en 2012. Ces chiffres se traduisent par un déficit financier annuel allant de 22% en 2007 à 25% en 2012.

5. Partenaires du développement du secteur de la santé et approche sectorielle

Aperçu de la structure sectorielle (SWAp) et des mécanismes de coordination

A ce jour, 26 donateurs financent plus de 60 pour cent des dépenses de santé, dont 14 par les "fonds communs" (PROSAUDE, Fonds commun provincial et Fonds commun pharmaceutique). L'intention est de fusionner ces trois fonds. Certains donateurs apportent une aide budgétaire globale au Ministère de la santé alors que d'autres financent des sous secteurs spécifiques ou des provinces. Une part importante passe par des ONG. Le financement bénéficie davantage aux coûts récurrents qu'à l'infrastructure.

La tendance consistant à travailler par le biais de projets a entraîné une fragmentation croissante du système sanitaire national. La SWAp du Mozambique a donc été créée dans le contexte décrit ci-dessus. Initialement, la SWAp était fondée sur un processus cumulatif et progressif, visant à développer un arrangement ouvert, inclusif, où le Ministère de la santé et ses partenaires du développement partagent une série de principes, d'objectifs et d'arrangements opérationnels communs, qui en général comprennent:

- **Un Plan stratégique pour le secteur de la santé (PESS)**, accepté par tous les partenaires du développement, doté d'une série d'indicateurs concertés pour évaluer la mise en oeuvre des politiques et les progrès dans le secteur de la santé;
- Un **code de conduite** signé en 2000 (révisé en 2003) qui fixe les règles de base pour la coopération entre le Ministère de la santé et ses partenaires;
- **Des mandats pour la SWAp**;
- **Des Arrangements opérationnels permettant un dialogue structuré et le dégagement d'un consensus** entre le Ministère de la santé et les partenaires du développement
 - Le Comité de coordination sectoriel (CCS): il se réunit deux fois l'an, il est présidé par le Ministre de la santé et est composé de son cabinet, de directeurs provinciaux de la santé sélectionnés (par roulement) et des représentants des partenaires du développement actifs dans la santé. Le forum adopte des rapports et des recommandations clés (tels que ceux qui émanent des examens annuels conjoints du Plan stratégique), informe les partenaires du développement des principaux problèmes ou décisions relatifs à la politique du secteur de la santé, axés notamment sur les Plans opérationnels annuels du Ministère de la santé pour l'année suivante;
 - Le Comité conjoint de coordination (CCC): a remplacé l'ancien Groupe de travail SWAp des partenaires du Ministère de la santé, représente une bonne occasion pour un petit groupe de représentants du Ministère de la santé et de la communauté des partenaires externes de discuter de certaines questions essentielles de manière plus informelle.
 - Groupes de travail thématiques liés à la SWAp: groupes de travail (et groupes de travail spéciaux) qui donnent aux partenaires du développement et au Ministère de la santé l'occasion d'examiner ou de contrôler ensemble des domaines spécifiques de la politique de la santé nécessitant une analyse plus approfondie avant leur adoption ou leur examen par le Forum SWAp élargi. Ils disposent tous de leur mandat concerté conjointement.

- **Un cadre de financement sectoriel (MTEF)** qui;
 - Fait partie du plan stratégique pour la santé, du Protocole d'accord et du Code de conduite
 - Met en exergue les attentes du gouvernement en termes de modalités d'aide et d'instruments financiers à utiliser par les partenaires du développement dans le secteur de la santé
 - Signale qu'il est nécessaire d'augmenter les dépenses publiques pour la santé,
 - Signale que les donateurs devraient de plus en plus intégrer l'aide au développement de la santé dans des mécanismes communs de financement et d'assistance budgétaire;
 - Doit être amélioré en tant qu'instrument ainsi que pour ce qui est de son contenu
- **Le cadre d'évaluation de la performance (PAF)** a été mis à point pour servir de base à la fois pour évaluer les progrès du PARPA et pour alimenter les développements futurs dans le cadre du Programme d'appui général au budget (GBS). Les autres objectifs identifiés pour le PAF incluent:
 - Une plus grande transparence et prévisibilité dans le lien entre la politique, la mise en oeuvre et le calendrier des flux versés au titre du GBS, ce qui permet une meilleure planification et budgétisation;
 - Des coûts de transaction réduits grâce à un renforcement de l'harmonisation des conditions posées par les donateurs.

Les indicateurs PAF permettent d'établir un lien direct entre le suivi PARPA et les instruments budgétaires examinés par le Parlement, ce qui responsabilise davantage le Parlement par rapport à la population et les donateurs par rapport au peuple du Mozambique. Lors de la réunion du Groupe consultatif de 2003, des partenaires, y compris la Banque mondiale, se sont engagés à établir un lien entre leurs engagements à long terme et à ne pas faire dépendre le GBS de la réalisation des indicateurs PAF.

- **Une série de mécanismes d'examen** pour évaluer les progrès du secteur de la santé et l'engagement envers les objectifs du plan stratégique, concrétisée par des examens conjoint annuels et des réunions biennuelles du Comité de coordination sectorielle (CCS).

Les partenaires du développement du secteur de la santé

Les institutions donatrices, malgré certaines similitudes, sont régies par des règles et des réglementations très différentes, dans certains cas très lourdes et devant être strictement respectées. Dans ce contexte, le Mozambique a plusieurs partenaires du développement qui soutiennent le secteur de la santé, dont des organismes multilatéraux tels que:

- L'OMS– Organisation mondiale de la santé
- FNUAP – Fonds des Nations unies pour la Population
- ONUSIDA – Programme conjoint des Nations unies pour le VIH/SIDA
- UNICEF – Fonds des Nations unies pour l'enfance,
- BM – Banque mondiale
- PNUD – Programme des Nations unies pour le développement
- BAD – Banque africaine de développement,
- UE- Union européenne,
- OCDE – Organisation pour la coopération et le développement économique
- Fonds mondial

Sur la liste des partenaires bilatéraux se trouvent:

- Le DFID, Département britannique du développement international
- JAICA, Agence japonaise de coopération internationale et Ministère japonais des affaires étrangères;
- NORAD, Agence norvégienne de coopération au développement;
- CE, la Commission européenne;

- IA, Irish Aid;
- DANIDA, Agence danoise de développement international;
- La Direzione Generale Cooperazione Allo Sviluppo, Ministère italien des affaires étrangères;
- USAID, Agence du développement international des Etats-Unis;
- GTZ, BMZ, Ministère allemand de la coopération économique.
- Plusieurs ONG

Résultats dans la mise en oeuvre de la SWAp

- Les fonds passent par un Fonds commun et utilisent un système financier et comptable harmonisé
- L'ampleur de la participation a signifié que la plupart des principales parties prenantes sont bien informées et participent pleinement.
- Il existe au sein du Ministère de la santé un soutien et un engagement de haut niveau
- Les partenaires externes s'engagent de manière régulière et décisive
- Il existe des possibilités d'interaction fructueuse et d'harmonisation entre les différents départements du Ministère de la santé et au sein du groupe des partenaires externes
- Nouveau Protocole d'accord et fusion des trois fonds communs en un seul, en utilisant les règles et la réglementation Gouvernement du Mozambique PFM et en s'alignant sur le cycle de planification et d'évaluation du gouvernement.
- Un cadre d'évaluation de la performance (PAF) de 40 indicateurs et objectifs concertés pour l'ensemble du secteur
- Les partenaires santé se sont mis d'accords sur un mandat pour le Groupe des partenaires santé qui définit les modalités de collaboration dans un partenariat harmonisé

Obstacles pour la mise en oeuvre de la SWAp

- Faire en sorte que tous les partenaires soient impliqués dans la SWAp.
- Amener tous les partenaires de la SWAp à respecter les règles fixées dans le Protocole d'accord.
- Donner un espace au gouvernement (Ministère de la santé) pour qu'il puisse exercer son leadership sans lui en demander trop.

Mécanismes de coordination pour les interventions VIH nationales

Au Mozambique, le premier signe d'engagement politique remonte à 20 ans lorsque, pour la première fois, une intervention concertée a été menée contre la maladie, conformément aux recommandations de l'OMS qui émanaient d'une réunion qui demandait aux pays membres de mettre en place des comités nationaux de lutte contre le SIDA.

C'est en 1986 que fut créé le premier organe de lutte contre le SIDA au Mozambique, la Commission nationale SIDA, basée à l'Institut national de la santé (INS). En 2000, le Conseil des Ministres a créé le Conseil national SIDA (CNCS), un organe de coordination au niveau le plus élevé chargé de la lutte contre la pandémie, présidé par le Premier ministre et comprenant les représentants du gouvernement, de la société civile et des personnes influentes. Cette étape a marqué la reconnaissance du fait que l'épidémie dépassait le contexte purement sanitaire et qu'elle exigeait une approche multisectorielle pouvant faire face aux dimensions socioculturelle, économique, politique et sanitaire dans leur contexte élargi.

Le Ministère de la santé assume le leadership sur toutes les questions techniques et politiques, y compris l'élaboration des plans nationaux, la coordination de la mise en oeuvre de l'intervention du secteur de la santé et la gestion des finances. Le Conseil national du SIDA s'occupe de la coordination de l'intervention multisectorielle contre le VIH/SIDA. Le Ministère de la santé et le Conseil national du SIDA assument également le leadership en matière de fourniture des antirétroviraux, alors que d'un autre côté le Département national de la santé et le Département des ressources humaines du Ministère de la santé coordonnent

les activités de formation et de renforcement des capacités. L'unité des soins médicaux du Département national de la santé du Ministère de la santé coordonne les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des antirétroviraux, soutenue par le Centre national des médicaments et des équipements médicaux et l'organisme paraétatique d'achat MEDIMOC. Le Département national de la santé assume également le leadership dans le domaine des services de conseil, de test et de laboratoire.

6. Efficacité de l'aide au Mozambique

Coïncidant avec la signature de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (OCDE, 2005), les pays donateurs et le gouvernement du Mozambique en tant que bénéficiaire de l'aide ont travaillé ensemble pour faire bénéficier le budget d'une aide publique au développement (APD). En d'autres termes, il s'agit d'acheminer, dans la mesure du possible, de l'APD par le biais des systèmes de planification, de budgétisation et de financement publics déjà existants en vue d'aligner l'aide sur les programmes mis en oeuvre par le pays, en renforçant les systèmes des collectivités locales et pour terminer en augmentant l'efficacité de l'aide. Malgré l'importance croissante de l'aide multilatérale, il reste encore bon nombre d'organisations donatrices travaillant au Mozambique, dont 26 agences donatrices multilatérales et bilatérales qui fournissent une aide au pays sous une forme ou sous une autre.

D'importantes évolutions institutionnelles ont eu lieu dans le domaine de la gestion de l'aide: l'institutionnalisation d'une approche sectorielle (SWAp) dans plusieurs secteurs, y compris le secteur de la santé, des arrangements dans des secteurs prioritaires, la création du mécanisme conjoint (gouvernement-donateurs) d'examen et la création du dispositif Partenaires d'aide aux programmes (PAP), qui regroupe toutes les agences donatrices fournissant une aide aux programmes du gouvernement du Mozambique.

La création du PAP est la nouveauté la plus importante en matière de création d'un cadre institutionnel de gestion de l'aide. Ce "partenariat" est un dispositif de coordination composé de 18 agences internationales de développement qui fournissent une aide aux programmes du Mozambique. Cet arrangement a été créé pour améliorer l'alignement, la cohérence et l'efficacité des initiatives de financement des donateurs pour apporter une aide directe aux efforts de réduction de la pauvreté du gouvernement, conformément aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

Le PARPA-II est le principal instrument de planification à moyen terme du gouvernement qui constitue à ce jour le principal document de référence pour la fourniture de l'aide et qui par conséquent améliore la cohérence et l'alignement des programmes des donateurs avec les efforts déployés par le gouvernement dans le cadre de sa politique de réduction de la pauvreté.

Le versement de l'aide aux programmes et les engagements des donateurs et du gouvernement dans ce domaine sont régis par le Protocole d'accord entre les agences PAP et le gouvernement, qui stipule clairement les engagements et les responsabilités des deux parties. Le Protocole d'accord contient un Cadre commun d'évaluation de la performance (PAF) dans lequel le gouvernement identifie ses priorités de politique et, conjointement au PAP, évalue chaque année les résultats par rapport à ces priorités. Il est important de noter que les progrès dans les domaines couverts par ces indicateurs influencent les décisions des donateurs relatives aux engagements sous forme d'aide budgétaire et d'autres formes d'aide aux programmes pour l'année suivante. En outre, depuis 2006 cet instrument a été révisé et harmonisé pour assurer une cohérence avec le cadre de politique PARPA-II et avec le système de suivi et d'évaluation propre au gouvernement.

La performance du gouvernement et des donateurs dans ce Protocole d'accord/cadre PAF est formellement examinée et évaluée en deux sessions: l'Examen à mi-parcours, un exercice essentiellement consacré à la fixation d'objectifs pour l'exercice suivant, qui inclut aussi une évaluation limitée de la performance durant la première moitié de l'année; et plus important, l'Examen conjoint, un examen annuel plus complet de ces questions qui sert à suivre et à évaluer la performance du gouvernement et du PAP dans la mise en oeuvre de leurs programmes respectifs.

Les défis à relever pour améliorer l'efficacité de l'aide au Mozambique ont été identifiés comme étant les suivants:

- Il existe de nombreux acteurs et actions dans le secteur de la santé ce qui rend la fixation de priorités difficile pour le MISAU
- L'augmentation rapide du grand nombre de partenaires chargés de la mise en oeuvre (institutions universitaires, ONG internationales) oblige le Ministère de la santé à assumer un rôle accru de leadership pour rationaliser et harmoniser l'aide et utiliser de manière optimale les ressources disponibles pour les priorités du secteur de la santé.
- Les liens entre le plan stratégique pour la santé et les plans opérationnels annuels sont ténus. Il faut, pour développer un cadre des dépenses à moyen terme effectif, renforcer le lien entre les objectifs stratégiques, les investissements ou les contributions et les résultats mesurables.
- Le système sanitaire souffre de faiblesses majeures auxquelles on ne s'est pas encore suffisamment attaqué (c'est-à-dire que l'accès physique est encore insuffisant, les personnels de santé sont en nombre insuffisant, il y a des problèmes de distribution, de fuite des cerveaux interne, de salaires et de compensations pour les personnels de santé, un HMIS qui n'est pas suffisamment intégré, ...)
- Les multiples projets et initiatives internationaux ne font que compliquer la coordination dans le pays. La communication entre partenaires dans le pays et au niveau central doit être renforcée.
- Il existe de multiples mécanismes de financement, la majorité des fonds pour la santé et le VIH/SIDA étant fournis hors budget et hors plan. Il en résulte un problème d'alignement des fonds versés par les donateurs par rapport aux cycles de planification et de budgétisation du gouvernement, si bien qu'il est difficile de rendre des comptes par rapport au budget.
- L'évolution de la tendance vers un plus grand nombre de projets financés par les donateurs qui souhaitent montrer ce qu'ils font nécessite une nouvelle réflexion sur le fonctionnement et les mécanismes de la structure de coordination SWAp.
- Les mécanismes de coopération et de coordination doivent envisager des moyens d'intégrer les projets, dont la durée et la portée sont souvent limitées, dans les plans généraux de développement du secteur de la santé.
- Prévisibilité et durabilité insuffisantes du financement, des fonds versés hors budget, mais il y a aussi eu des problèmes avec le financement GFATM qui n'a pas été pleinement aligné sur les systèmes nationaux de financement et de reddition des comptes.
- La coordination de multiples partenaires et canaux de financement engendre des coûts de transaction élevés pour le gouvernement.
- Il n'y a pas assez d'informations sur la composition, l'efficacité et l'équité des dépenses pour la santé.

7. Elaboration d'un Accord

Les principaux objectifs de l'Accord pour le Mozambique consisteront à fixer les échéances et à établir une feuille de route claire pour le renforcement de l'harmonisation et de l'alignement, parce que le Ministère de la santé et ses partenaires ont déjà établi une base solide pour la coopération, avec l'élaboration d'un Protocole d'accord et d'un Code de conduite, et puisqu'il y a un processus concerté d'appui à un plan pour le secteur de la santé, élaboré et dont le coût a été calculé sur le plan national.

Le Ministère de la santé et ses partenaires se sont engagés à recevoir l'aide par le truchement des mécanismes de l'Approche sectorielle et de l'Appui multidonateurs au budget (MBS). Le Ministère de la santé du Mozambique s'attend à ce que l'Accord amène tous les partenaires du développement à s'engager par écrit en faveur d'un processus clairement articulé pour renforcer le mécanisme SWAp existant. L'Accord identifiera la manière dont les donateurs devraient appuyer et utiliser les processus nationaux de planification de la santé, tels que le PESS II, les PES et les budgets annuels, un document d'examen annuel (Balanço de PES) consacré au secteur PAF, ainsi que s'engager dans d'autres processus de coopération tels que des groupes de travail. Un des principaux objectifs sera d'améliorer la transparence et la prévisibilité de l'appui, y compris de notifier les engagements financiers

pris ou prévus en faveur des MTEF continus et ainsi de permettre une planification par rapport à un cadre de financement plus prévisible que cela n'a été possible à ce jour. Il devrait y avoir une vision concertée des étapes à fixer et un processus de collaboration accepté par tous, chaque agence faisant preuve de la plus grande flexibilité, compte tenu des contraintes de son propre système, pour réaliser les étapes qui seront fixées dans l'Accord.

Outre le processus d'harmonisation à réaliser par la mise en oeuvre de l'Accord, le gouvernement du Mozambique s'attend à des engagements concrets relatifs aux ressources qui seront mises à disposition pour mettre en oeuvre les différentes priorités articulées dans le PESS.

Les grandes priorités, sont, *notamment*:

- La mise en oeuvre de la stratégie relative aux ressources humaines
- L'intensification des efforts du secteur de la santé pour lutter contre le VIH/SIDA
- La mise en oeuvre de la feuille de route relative à la santé maternelle, néonatale et infantile.

Le défi consistera à regrouper tous les documents de politique en un seul instrument de planification cohérent dans lequel les politiques sont clairement classées selon leur priorité et liées aux ressources.

Feuille de route: Lusaka vers la signature d'un Accord

- Déc 2007-jan 2008: Synthèse et analyse de la situation (état des lieux);
- Jan 2008: Conclusion du Cadre d'évaluation basé sur la performance pour le secteur de la santé (PAF santé);
- Fév 2008: Conclusion du MTEF 2009-2011- Début des travaux sur le MTEF 2010-2012;
- 28 février- 1 mars 2008 : réunion IHP+ à Lusaka;
- Mars 08: Evaluation annuelle conjointe de la performance du secteur de la santé en 2007 (ACA);
- 13 mars 2008 : Réunion de haut niveau du Comité de coordination pour la santé (CCS)
 - o Approbation du Rapport de l'évaluation annuelle conjointe de la performance du secteur de la santé en 2007 (ACA)
 - o Signature du Protocole d'accord PROSAUDE II
 - o Changement de partenaire focal
- Mars 2008: Débriefing réunion IHP+ à Lusaka;
- Mars 24-28, 2008: Conseil de coordination national du Ministère de la santé (CNCS);
- Avril 2008: Examen conjoint annuel du Gouvernement du Mozambique avec tous les partenaires qui coopèrent (pour l'ensemble du gouvernement);
- Mai 2008: Projet de plan de développement des RH;
- Mai 31, 2008: Les donateurs informent le Ministère de la santé de leurs engagements financiers à titre indicatif pour 2009;
- Juillet 2008: Réunion de haut niveau du Comité de coordination de la santé (CSS)
 - o Accord signé par tous les partenaires
 - o Projet de Plan économique et social pour 2009 présenté aux partenaires santé
 - o Les donateurs confirment leurs engagements financiers pour 2009

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>

Mars 2008