



Rapport d'Inventaire  
**Nepal**

Mars 2008

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

**Réunion interrégionale des équipes nationales du secteur  
de la santé**

**28 février au 1<sup>er</sup> mars 2008  
Lusaka, Zambie**

**Rapport de bilan**

**Ministère de la santé et de la population  
Ramshahpath, Katmandou  
Népal**

## **Table des matières**

<b>Titres</b>	<b>Page</b>
1. <b>Introduction</b>	1
2. <b>Situation actuelle</b>	1
3. <b>Stratégies de financement du secteur de la santé</b>	9
4. <b>Goulets d'étranglement et contraintes</b>	10
5. <b>Principaux défis identifiés</b>	11
6. <b>Besoins d'assistance technique identifiés</b>	12

# Rapport de bilan

## 1. Introduction

Le présent rapport de bilan est préparé conformément aux suggestions figurant dans le mandat de la réunion interrégionale des équipes nationales du secteur de la santé qui doit se tenir à Lusaka, Zambie, du 28 février au 1<sup>er</sup> mars 2008. Ce rapport fournit des informations succinctes sur la situation actuelle des plans et stratégies de santé dans les domaines suivants:

- A. Composition actuelle et structure des groupes et mécanismes de coordination pour la santé et le VIH/SIDA, sous la houlette du gouvernement;
- B. Politiques et stratégies nationales de santé existantes, et contexte de développement plus large (DSRP, CDMT, etc.) ainsi que résultats définis dans le plan national et niveau des réalisations;
- C. Plans de réforme/investissement du secteur de la santé, avec besoins financiers pour la mise en œuvre du plan national de santé, et identification des fonds disponibles et des déficits de financement par source;
- D. Résumé des stratégies et structures de financement actuelles du secteur national de santé;
- E. Goulets d'étranglement et contraintes des systèmes et agences de santé déjà reconnus comme devant être supprimés par l'inclusion dans les plans nationaux et les mécanismes d'examen;
- F. Identification des changements requis dans la relation de processus avec les partenaires de développement et la société civile afin de se préparer à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide;
- G. Identification des besoins d'assistance technique pour préparer un pacte et d'autres instruments sectoriels (par ex. plans, détermination des coûts, CDMT et stratégies de mise en œuvre); et
- H. Calendrier des principaux événements pour 2008-9 (examens sectoriels, grandes évaluations, etc.)

## 2. Situation actuelle

### A. Composition actuelle et structure des groupes et mécanismes de coordination pour la santé et le VIH/SIDA, sous la houlette du gouvernement

Le comité national de coordination du secteur de la santé (NHSCC) est présidé par le Ministre de la Santé et de la population (MOHP), la vice-présidence est assurée par le Secrétaire du MOHP, et ce comité compte des membres représentatifs de la Commission nationale de planification, du Ministère des Finances, des partenaires de développement externes et d'autres membres tels que le Directeur général du Département des services de santé (DOHS), le chef de la planification politique au MOHP et la division de coordination internationale, etc.

Le NHSCC assume un rôle dirigeant dans le contrôle technique et financier et quant à l'orientation donnée aux programmes du secteur de la santé, au contrôle de la mise en œuvre des activités en matière de respect des activités de programme fixées, à la coordination entre les divisions du MOHP/DoHS et les autres partenaires, au suivi des aspects financiers du programme de renforcement du système de santé y compris au flux monétaire, et au suivi des activités inscrites au budget ainsi qu'au lien avec l'assistance technique en fonction des besoins du programme.

Les activités du fonds mondial sont coordonnées par le mécanisme de coordination par pays (CCM) qui est présidé par le Secrétaire à la santé et compte des représentants des partenaires des Nations Unies ainsi que d'autres partenaires externes compétents, d'ONGI et d'ONG qui suivent les activités du CCM.

D'autre part, plusieurs réunions de coordination se tiennent au niveau du Département sous la présidence du Directeur général des services de santé, principalement sur les aspects techniques de ces programmes financés.

## **B. Politiques et stratégies nationales de santé existantes, et contexte de développement plus large (DSRP, CDMT, etc.) ainsi que résultats définis dans le plan national et niveau des réalisations.**

Les politiques et stratégies en matière de santé disponibles dans le pays sont les suivantes:

- Politique nationale de santé, 1991
- Deuxième plan à long terme pour la santé, 1997 – 2017
- Plan intérimaire triennal, 2007/08 – 09/10
- Programme du Népal pour le secteur de la santé – Plan de mise en œuvre, 2004 - 2009

### **B1. Politique nationale de santé, 1991**

La Politique nationale de santé a été adoptée en 1991 (exercice 2048 BS) afin d'améliorer le statut de santé du peuple népalais. L'objectif premier de la Politique nationale de santé est d'étendre le système des soins de santé primaires à la population rurale afin qu'elle bénéficie d'équipements médicaux modernes et de soins dispensés par des personnes dûment formées. La Politique nationale de santé aborde les domaines suivants:

- Services de santé préventifs;
- Services de santé promotionnels;
- Services de santé curatifs;
- Services de santé primaires de base;
- Services de santé ayurvédiques et autres médecines traditionnelles;
- Organisation et gestion;
- Participation de la communauté aux services de santé;
- Ressources humaines pour le développement de la santé (RHS);
- Mobilisation des ressources dans les services de santé;
- Services de santé privés – non gouvernementaux;
- Coordination intersectorielle, décentralisation et régionalisation;
- Services de transfusion sanguine
- Approvisionnement en médicaments; et
- Recherche sur la santé.

### **Les objectifs de la Politique nationale de santé sont:**

D'ici l'an 2000, les objectifs suivants seront atteints:

- Le taux de mortalité infantile sera abaissé de 107 à 50 pour mille;
- Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sera abaissé de 197 à 70 par mille;
- Le taux de fertilité total sera abaissé de 5,8 à 4;
- Le taux de mortalité maternelle sera abaissé de 8,5 à 4 pour mille; et
- L'espérance de vie moyenne sera augmentée de 53 à 65 ans.

### **B2. Deuxième plan à long terme pour la santé, 1997 - 2017**

Le Ministère de la Santé du gouvernement royal du Népal a élaboré un Deuxième plan à long terme pour la santé sur 20 ans (SLTHP) pour les exercices 2054-74 (1997-2017). Le but du SLTHP est de guider le développement du secteur de la santé afin d'améliorer le statut de santé de la population, en particulier des personnes dont les besoins de santé restent souvent insatisfaits.

Le SLTHP se penche sur les disparités des soins de santé, en assurant la prise en compte de la différence entre les sexes et l'accès équitable de la communauté à des soins de santé de qualité. Les buts du SLTHP sont de servir de cadre directeur à la mise en place de plans de

santé périodiques et annuels successifs améliorant le statut de santé de la population; d'élaborer des stratégies, des programmes et des plans d'action appropriés qui traduisent les priorités de santé nationales tout en étant abordables et cohérents avec les ressources disponibles; et d'établir la coordination entre secteurs public, privé et ONG et partenaires de développement.

La vision du SLTHP est celle d'un système de soins de santé offrant un accès équitable et des services de qualité dans les zones rurales comme dans les zones urbaines. Ce système inclurait les concepts de développement durable, de participation pleine et entière de la communauté, de décentralisation, de prise en compte de la différence entre les sexes, de gestion efficace et efficiente, et de participation du secteur privé et des ONG.

## **Objectifs**

### **Les objectifs du SLTHP sont les suivants:**

1. Améliorer la santé de la population des groupes les plus vulnérables, en particulier de ceux dont les besoins de santé restent souvent négligés : femmes, enfants, populations rurales, pauvres, défavorisés et marginalisés.
2. Etendre à tous les districts des mesures de santé publiques rentables et des services curatifs essentiels pour le traitement approprié des maladies et des blessures usuelles.
3. Assurer en nombre suffisant la distribution et les types de personnel de santé techniquement compétent et socialement responsable dispensant des soins de santé de qualité dans tout le pays, en particulier dans les zones mal desservies.
4. Améliorer la gestion et l'organisation du secteur de la santé publique et améliorer l'efficacité et l'efficience du système des soins de santé.
5. Développer des rôles appropriés pour les ONG ainsi que pour les services publics et privés dans la fourniture et le financement des services de santé.
6. Améliorer la coordination intersectorielle et intrasectorielle et offrir les conditions et le soutien nécessaires à une décentralisation efficace impliquant pleinement la communauté.

## **Cibles**

### **Les cibles du SLTHP sont les suivantes:**

- Réduire le taux de mortalité infantile à 34,4 pour mille naissances en vie;
- Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans à 62,5 pour mille;
- Réduire le taux de fertilité totale à 3,05;
- Augmenter l'espérance de vie à 68,7 ans;
- Réduire le taux de brut de natalité à 26,6 pour mille;
- Réduire le taux brut de mortalité à 6 pour mille;
- Réduire le taux de mortalité maternelle à 250 pour cent mille naissances;
- Amener à 58,2 pour cent le taux de prévalence des moyens contraceptifs;
- Amener à 95% le pourcentage d'accouchements suivis par du personnel qualifié;
- Amener à 80% le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant au minimum de quatre visites anténatales;
- Réduire à 15% le pourcentage d'anémie ferriprive chez les femmes enceintes;
- Augmenter à 90% le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-44) vaccinées contre le tétanos (TT2);
- Diminuer à 12% le pourcentage de nouveaux-nés pesant moins de 2500 grammes;
- Mettre les services de soins de santé essentiels (SSE) dans les districts à la disposition de 90% de la population vivant à 30 minutes de voyage des installations;
- Mettre les médicaments essentiels à disposition dans 100% des installations;
- Equiper 100% des installations avec un personnel complet pour pouvoir fournir des services de soins de santé essentiels; et
- Augmenter le total des dépenses de santé à 10% du total des dépenses du gouvernement.

### **B3. Plan intérimaire triennal**

Le **Plan intérimaire triennal** (2007/08 – 2009/10) a renforcé les résultats fixés par le Document stratégique pour la réduction de la pauvreté / Dixième plan (2002/03 – 2006/07) dans le domaine de la santé. Le Dixième plan a pris fin en même temps que l'exercice budgétaire 2006/07. Le gouvernement du Népal (GoN) a conçu un plan intérimaire sur trois ans pour réaliser des programmes de développement de manière planifiée jusqu'à ce que le nouveau gouvernement élu soit constitué. Ce plan met l'accent sur la création de bases permettant de construire un pays bénéficiant de la prospérité économique, d'une bonne gouvernance, de la justice sociale et d'un processus de développement uniforme mettant la priorité sur la reconstruction, la réhabilitation et la réintégration sociale ainsi que sur la réduction de la pauvreté par une croissance économique généralisée et axée sur l'emploi. Le secteur de la santé a souscrit à ce programme dans le Plan intérimaire triennal en conformité avec le programme national d'ensemble pour le développement.

#### **Voici les stratégies du Plan intérimaire triennal:**

##### **Vision du Plan triennal**

Réaliser l'amélioration du statut de santé de toute la population népalaise en assurant l'égalité des chances pour l'accès à des services de soins de santé de qualité à tous par le biais d'un système de santé efficace et équitable et ainsi développer une main d'œuvre capable et en bonne santé pour soutenir la réduction de la pauvreté et le développement national.

##### **Objectifs**

1. Assurer l'égalité des chances pour le développement de la santé à tous en mettant particulièrement l'accent sur les défavorisés sociaux, pauvres, femmes et handicapés conformément à la disposition sur la "santé de base en tant que droit de l'Homme" figurant dans la Constitution intérimaire du Népal 2063.
2. Renforcer les SSE actuels de haute priorité et atteindre les ODM conformément aux principes des soins de santé primaires, de l'équité et de la justice sociale.
3. Réaménager le système de santé pour le rendre axé sur les individus, efficace et efficient en réformant la gestion institutionnelle et l'éducation professionnelle à la santé.
4. Assurer la disponibilité de bons médicaments essentiels de qualité pour tous à des prix abordables par le biais de services de pharmacie.
5. Renforcer les partenariats public-privé
6. Améliorer les services hospitaliers et les renvois par le biais d'une gestion intégrée du système de santé de district.
7. Enclencher des services importants tels que la santé urbaine, la santé des personnes âgées qui ne sont actuellement pas inclus dans les SSE.
8. Promouvoir la recherche sur la santé et les systèmes de recherche en santé.
9. Développer des systèmes de médecine ayurvédique et d'autres médecines alternatives.
10. Aligner les politiques de la population et les progrès avec l'objectif de l'éradication de la pauvreté.

## Cibles du Plan intérimaire triennal

S.N	Indicateurs de santé	Situation d'ici 2006	Cible à 3 ans
1	Accès aux services de soins de santé essentiels (%)	78,83**	90
2	Disponibilité des médicaments essentiels dans les institutions de santé (%)	93,3**	95
3	Femmes bénéficiant de 4 visites de soins anténataux (%)	29,4*	40
4	Femmes de la tranche d'âge 15-49 ans recevant une injection de vaccin antitétanique	63*	75
5	Fourniture par les travailleurs de la santé (%)	19*	35
6	Utilisateurs actuels de moyens contraceptifs (%)	44,2*	53
7	Utilisation du préservatif (14-35 ans) (%)	77*	85
8	Taux de fertilité total (femmes de 15-49 ans) (%)	3,1*	3
9	Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances en vie)	33**	31
10	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances en vie)	48*	44
11	Taux de mortalité des enfants (de moins de 5 ans) (pour 1.000 naissances en vie)	61*	55
12	Connaissance par les femmes (15-49) des moyens d'éviter le SIDA (%)	65*	75

\*\* DHS/MoHP

\* NDHS. 2006

### Indicateurs de résultats:

- Abaissement du taux de mortalité infantile de 48/1000 naissances en vie en 2006(NDHS 2006) à 44/1000 naissances en vie en 2009/10.
- Abaissement du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 61 /1000 naissances en vie en 2006 (NDHS 2006) à 55 /1000 naissances en vie en 2009/10.
- Augmentation du taux de prévalence des contraceptifs de 44,2% en 2006 (NDHS 2006) à 53% en 2009/10.
- Accroissement de l'assistance de personnes qualifiées aux accouchements de 19% en 2006 (NDHS 2006) à 35% en 2009/10.
- Augmentation du pourcentage d'enfants totalement vaccinés de 83% en 2006 (NDHS 2006) à 90% en 2009/10.
- Augmentation du pourcentage de femmes ayant des connaissances sur la prévention du VIH/SIDA de 65% (avoir un seul partenaire sexuel) et 58% (utiliser des préservatifs) en 2006 (NDHS 2006) à 75% dans les deux cas en 2009/10.

## C. Réformes/plans d'investissement dans le secteur de la santé, et exigences financières pour la mise en œuvre du plan national de santé, et identification des fonds disponibles et des déficits de financement par source.

### C1. Programme pour le secteur de la santé au Népal

L'approche sectorielle (SWAp) est suivie au Népal depuis 2004. Le Programme népalais pour le secteur de la santé (NHSP) est dirigé par le Ministère de la Santé et de la population (MOHP) et soutenu par 11 partenaires de développement externes (PDE), qui sont signataires d'une déclaration d'intention destinée à guider le partenariat pour le développement du secteur de la santé au Népal. Le DFID et la Banque Mondiale sont des financiers conjoints, les autres PDE utilisent des mécanismes de financement parallèles, mais sous la houlette du Plan de mise en œuvre du NHSP (NHSP-IP), base sur une stratégie du secteur de la santé élaborée en commun.

Summary	Indicateurs
<p><b>But</b></p> <p>Atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire pour le secteur de la santé au Népal avec des résultats de santé améliorés pour les pauvres et ceux qui vivent dans des zones reculées, et par conséquent réduction de la pauvreté</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réduire de moitié la proportion de personnes vivant avec moins de \$1 par jour (de 38% à 17%)</li> <li>▪ Réduire des deux tiers la mortalité des enfants (de 161,6 pour 1000 à 54 pour 1000)</li> <li>▪ Réduire des trois quarts la mortalité maternelle (de 539 pour 100.000 naissances en vie à 134)</li> <li>▪ Frein à l'extension du VIH/SIDA d'ici 2015 et début de l'inversion de la tendance.</li> <li>▪ Frein à l'incidence du paludisme et d'autres grandes maladies y compris la tuberculose et inversion de la tendance</li> </ul>
<p><b>But</b></p> <p>Améliorer le statut de santé de la population en accroissant le recours à des services essentiels fournis par un secteur de la santé bien géré. Le système de santé doit assurer un accès équitable à des soins de santé coordonnés de qualité dans les zones rurales et urbaines, et être caractérisé par: l'auto-suffisance, la participation pleine et entière de la communauté, la décentralisation, la prise en compte des différences entre les sexes, une gestion efficace et efficiente, et la participation du secteur privé et des ONG à la fourniture et au financement des services de santé entraînant une amélioration du statut de santé de la population.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminuer le taux de mortalité lié à la maternité de 539/100.000 naissances en vie (DHS 1996) à 325 en 2006 et à 300 en 2009</li> <li>▪ Abaisser le taux de mortalité infantile de 64/1000 naissances en vie (DHS 2001) à 50 en 2006 et à 45 en 2009</li> <li>▪ Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 91/1000 naissances en vie (DHS 2001) à 70 en 2006 et à 65 en 2009</li> <li>▪ Abaisser le taux de fertilité total de 4,1 (DHS 2001) à 3,8 en 2006 et 3,5 en 2009</li> <li>▪ Augmenter le taux de prévalence des moyens de contraception de 39% (DHS 2001) à 43% en 2006 à 47% en 2009</li> <li>▪ Augmenter l'assistance d'une personne qualifiée lors des accouchements de 13% (DHS 2001) à 22% en 2006 et 35% d'ici 2009</li> <li>▪ Augmenter le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole et le DTC3 de 71% (DHS 2001) à 78% en 2006 et à 85% d'ici 2009</li> <li>▪ Augmenter la connaissance d'au moins une méthode programmatique de prévention de la transmission du VIH de 37,6% (DHS 2001) à 75% pour les femmes et à 50,8% (DHS 2001) pour les hommes.</li> <li>▪ Augmenter la proportion du budget du GON alloué à la santé de 5% à l'heure actuelle à 6,5% en 2006 et à 7% en 2009.</li> </ul>
<p><b>Résultats</b></p>	
<p><b>1. Calcul des coûts des services</b> de soins de santé essentiels, allocation et mise en œuvre des ressources nécessaires. Mise en place d'un système clair pour garantir que les pauvres et les personnes vulnérables aient un accès prioritaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 50% des installations de santé fournissent des éléments prioritaires des SSE d'ici 2006/7, passant à 75% en 2009</li> <li>▪ 50% de la population utilise des services prioritaires d'ici 2006/7, passant à 75% en 2009.</li> <li>▪ Augmenter la proportion de pauvres ayant accès à des assistants qualifiés lors des accouchements.</li> <li>▪ Proportion de pauvres utilisant les SSE avec CHI avec une prime subventionnée.</li> </ul>
<p><b>2. Décentralisation</b> Des instances locales sont responsables et capables de gérer des installations de santé de manière participative, responsable et transparente avec le soutien efficace du MoHP et de ses partenaires sectoriels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décentraliser la gestion des installations de santé et impliquer les instances locales dans la planification des services de santé dans tous les districts par phases.</li> <li>▪ Déconcentrer la gestion dans toutes les régions – au moins 15 districts d'ici 2006, 30 d'ici 2009</li> <li>▪ Cinq districts ont leur propre plan quinquennal comprenant la santé d'ici 2006/7 et 10 d'ici 2009.</li> <li>▪ La gestion locale des SHP commencée en 2002 sera achevée dans les 25 districts d'ici juillet 2004.</li> <li>▪ 1.800 SHP gérés par LHMC d'ici 2006</li> <li>▪ Nombre d'hôpitaux de district autonomes: 5 d'ici 2006/7, 10 d'ici 2009</li> </ul>
<p><b>3. Développement du secteur privé/des ONG</b> Le rôle du secteur privé et des ONG dans la fourniture de services de santé est reconnu et développé avec la représentation participative à tous les niveaux afin de garantir que les consommateurs aient accès à des services rentables, de haute qualité et offrant un bon rapport qualité/prix.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aval donné au plan stratégique, au calendrier, au cadre réglementaire pour le MOHP, les ONG, les partenariats privés produit par le MOHP et les principales parties prenantes, d'ici juillet 2005, mise en œuvre de la 1<sup>ère</sup> vague avec les partenaires privés et des ONG d'ici juillet 2006</li> <li>▪ Etablissement au MOHP d'ici septembre 2004 d'un organisme de coordination avec capacité de gestion juridique et contractuelle, et se réunissant mensuellement</li> <li>▪ Nombre d'accords de fourniture de service avec le secteur privé/les ONG</li> <li>▪ Transfert total de l'exploitation d'au moins 5 hôpitaux aux ONG/au secteur privé</li> <li>▪ Conception et approbation d'accords de fourniture de service, y compris ceux permettant le transfert de ressources publiques aux ONG et au secteur privé, d'ici juillet 2008 ; accords opérationnels d'ici juillet 2009</li> <li>▪ Nombre de PDE soutenant les ONG ou les partenaires privés par le biais du budget du MoH, ou utilisant des procédures de compte-rendu et de gestion harmonisées pour un tel soutien</li> </ul>

<p><b>4. Gestion sectorielle</b> Mise en place d'une gestion sectorielle coordonnée et cohérente (planification, programmation, budgétisation, financement et gestion des performances) au sein du MOHP avec le soutien des PED, pour épauler la fourniture de services avec l'implication des ONG et du secteur privé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Restructuration du MOHP, renforcement de la planification, de la programmation, de la budgétisation, du suivi et de la déconcentration au niveau des régions et des districts planifiés, convenus, mis en œuvre</li> <li>▪ Planification, budgétisation et gestion basée sur les districts établies.</li> <li>▪ Discours politique sectoriel, planification et suivi.</li> </ul>
<p><b>5. Financement de la santé et attribution des ressources</b> Gestion des ressources pour le financement de la santé: développement durable du financement de la santé et de l'attribution des ressources dans tout le secteur, y compris par la mise en place de programmes de financement alternatifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation en pourcentage du budget du gouvernement consacré à la santé de 5% (année?) à 6,5% en 2006/7, 7,7% en 2009</li> <li>▪ Au moins 10% des dépenses pour la santé assumées par les organismes locaux élus, par ex. comités de développement de districts ou de villages, municipalités, d'ici 2006/7</li> <li>▪ Au moins 5% des dépenses pour la santé assumées par la collectivité locale dans les équipements de santé publique d'ici 2006/7, par ex. CDP, CHI</li> <li>▪ Augmentation de la contribution financière du secteur privé</li> <li>▪ Etablissement de programmes de financement alternatifs</li> </ul>
<p><b>6. Gestion des immobilisations et des achats</b> Etablissement de systèmes et allocation de ressources au sein du MOHP pour gérer efficacement les immobilisations et les achats, assurer la distribution et l'utilisation rationnelle des médicaments, des fournitures et des équipements</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réduction au minimum des ruptures de stocks des produits sanitaires de base grâce à un contrôle efficace.</li> <li>▪ Elaboration de programmes de financement des médicaments dans au moins 50% (10%?) des districts d'ici 2006/7</li> <li>▪ Toutes les décisions d'achats sont prises sur la base d'informations générées par LMIS d'ici 2006/7</li> </ul>
<p><b>7. Politique et gestion des ressources humaines</b> Politiques de DRH claires et efficaces, élaboration de systèmes de planification et de programmes fonctionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 50% des installations de santé publique présentent un bon dosage de ressources humaines d'ici 2006/7</li> <li>▪ Personnel disponible pour fournir des services dans 35% des installations à tout moment</li> <li>▪ Actualisation du schéma directeur en RH et incorporation à la gestion des RH</li> </ul>
<p><b>8. SIG et AQ intégrés</b> Conception et mise en œuvre fonctionnelle d'un système d'information de gestion exhaustif et intégré pour l'ensemble du secteur de la santé à tous les niveaux et mise en place d'un mécanisme d'assurance qualité pour les secteurs public et privé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place d'un système d'information exhaustif et intégré à tous les niveaux d'ici 2007.</li> </ul> <p>Création et application d'une politique d'assurance qualité pour les secteurs publics et privés.</p>

**Le cadre convenu pour le NHSP-IP est le suivant:**

L'examen à mi-parcours du NHSP-IP déclarait que les progrès réalisés étaient satisfaisants. Le réexamen de certains indicateurs du NHSP-IP est en cours et sera achevé d'ici mars 2008.

**C2. Plans d'investissements – MTEF et déficits en ressources**

Programme	2007/08			2008/09			2009/10		
	Gouv.	Donateur	Total	Gouv.	Donateur	Total	Gouv.	Donateur	Total
Services de soins de santé essentiels gratuits	30000	0	30000	725000	725000	1450000	904800	835200	1740000
Programme lié aux ODM	2627681	4471602	7099283	4121922.8	5018652.5	9140575.3	5215632	7073914	12289546
Médicaments essentiels	226054	1193055	1419109	114384.3	1700971.5	1815355.8	21001.335	2088714.4	2109715.7
Partenariat public-privé	31200	0	31200	37215	0	37215	44399.25	0	44399.25
Gestion intégrée du système de santé dans les districts.	2204236	0	2204236	2637883.2	1816140	4454023.2	3289392	255826	3545217.7
Santé dans les écoles, santé urbaine, santé orale et santé mentale			0	153750	153750	307500	353250	169560	522810
Systèmes de recherche sur la santé	4000	15000	19000	3300	19500	22800	2985	24375	27360
Médecine ayurvédique et autres médecines alternatives	251613.18	40000	291613.18	293340.1	52000	345340.1	335754.02	65000	400754.02
Programme pour la population	8608	1800	10408	10339.6	2160	12499.6	12143.52	2700	14843.52
Hôpitaux de soins secondaires et tertiaires	535530	485000	1020530	569676	356000	925676	511321.2	445000	956321.2
Total disponible	5918922.2	6183498	12102420	8666811	9844174	18510985	10690678	10960290	21650968
Part	48.90693	51.09307	100	46.819826	53.180174	100	49.377368	50.622632	100
<b>Déficit de financement</b>									
	<b>2007/08</b>	<b>2008/09</b>	<b>2009/10</b>						
Budget total requis	12102420	18510985	21650968						
Engagement total	10283796	14253458	16238226						
Déficit	1818625	4257527	5412742						
Déficit en %	15	23	25						

### 3. D. Résumé des stratégies et structures actuelles de financement du secteur de santé national:

#### D1. Stratégies de financement de la santé

Les politiques régissant le financement des soins de santé ont été couvertes par le Deuxième plan à long terme sur la santé (1997-2017). La stratégie de réforme du secteur de la santé (2004-2009) a fixé trois résultats de programme et cinq résultats de gestion sectorielle. "Le développement durable du financement de la santé et de l'affectation des ressources dans tout le secteur y compris les programmes de financement alternatifs seront en place" est un des résultats de gestion sectorielle qui traite du financement des soins de santé.

#### Les stratégies de financement sont:

- Le gouvernement réduira progressivement le financement des soins tertiaires (P3) et de l'essentiel des soins secondaires (P2), en affectant une part plus élevée de ressources à des services de soins de santé essentiels (SSE) prioritaires.
- Un dispositif de financement alternatif sera encouragé, en particulier pour les hôpitaux et les soins de spécialité, mais aussi pour certains soins curatifs au titre de la priorité des SSE (services de consultations externes). Néanmoins, un mécanisme approprié sera élaboré et testé pour le financement par le secteur public à titre de filet de sécurité afin que les pauvres puissent accéder à ces services et en cas de maladie catastrophique.
- Le gouvernement a permis aux hôpitaux centraux, régionaux et de zone de facturer aux patients des honoraires d'utilisation au titre de la réglementation de la commission de développement, avec pour politique d'en exempter les pauvres.
- Le MOHP envisage de déclencher un programme de financement alternatif, notamment par le biais de programmes sociaux et communautaires d'assurance maladie pour compléter les sources de financement gouvernementales du secteur de la santé.
- Le mécanisme de financement des médicaments sera renforcé pour soutenir une disponibilité accrue et équitable des médicaments essentiels. Le programme de médicaments dans la communauté (CDP) permet aux installations de santé locales de facturer un prix subventionné.

#### D2. Structure de financement

##### Budget annuel du secteur de la santé (2007-2008)

Une augmentation sans précédent de la croissance du budget de la santé a été réalisée en 2007-8. Le budget de la santé exprimé en pourcentage du budget national a augmenté de 6,4 en 2006-07 à 7,2 en 2007-08. Le budget de la santé a augmenté de 31,1 pour cent dans l'exercice budgétaire 2007-8 pour la généralisation des programmes existants et les dispositions des nouveaux programmes et initiatives tels que les soins médicaux gratuits, les programmes d'incitation à la construction de maternités et d'installations de santé. Le budget de la santé a augmenté de manière plus que proportionnelle dans l'exercice 2007-08, le budget national a augmenté de 17,4 pour cent alors que le budget de la santé augmentait de 31,1 pour cent en raison de l'engagement politique du MoHP et des efforts de plaidoyer et de lobbying entrepris par toutes les institutions concernées.

**Tableau 3: Budget de la santé exprimé en pourcentage du budget national**

Budget de la santé	Budget national total (milliards de NR)	Budget de la santé	Part en %
2006/07	143.912	9.230	6,40
2007/08	169.000	12.099	7,16

Changement	25.088	2.869	7,16
Changement en %	17.433	31.081	

Source: Ministère des Finances, 2007

### **Budget par sources**

Le financement des services de santé est une question importante qui a reçu l'attention du gouvernement du Népal. Le financement du gouvernement a augmenté de 31 pour cent (de NR 4,51 en 2006-07 à 5,92 milliards en 2007-08). Cela indique le fort degré d'engagement du gouvernement en faveur des soins de santé. Le financement des donateurs est également passé de NR 4,71 milliards en 2006-07 à 6,18 milliards en 2007-08, soit une hausse de 31 pour cent. La croissance du budget est restée pratiquement inchangée pour les sources gouvernementales et les sources des donateurs.

**Tableau 4: Budget par sources**

Sources	2006-07		2007-08		Croissance
	Montant	Part	Montant	Part	
GON	4,52	48,93	5,92	48,89	30,98
Donateurs	4,71	51,07	6,18	51,11	31,17
Total	9,23	100,00	12,10	100,00	31,08

Source: Ministère des Finances, 2007

Le Ministère de la Santé et de la population a encouragé les partenaires de développement externes (PDE) à fournir une aide nécessaire conformément au NHSP- IP 2004-05 et au document de position en 10 points du MoHP. Le Népal pratique l'approche sectorielle dans le secteur de la santé avec la mise en commun de fonds, et a démontré le leadership et l'adhésion croissante du gouvernement. Les fonds mis en commun ont été établis avec l'aide de la Banque Mondiale (IDA) et d'autres agences bilatérales et multilatérales dont certaines apportent un soutien par projet, mais dans un esprit d'harmonisation. La part des fonds mis en commun est de 22,24 pour cent du budget total (le pourcentage exact reste encore à finaliser). En outre, des fonds DfID et BM (IDA) sont disponibles également sur la base de projets à raison de 3,51 et 2,31 pour cent respectivement. En outre, la contribution de la Banque Mondiale (IDA) est de NR 279 millions pour la lutte contre la grippe aviaire et sa prévention, et celle du DfID pour la maternité sans risque et la lutte et la prévention du VIH/SIDA (4,25 millions). La part des fonds mondiaux (GFATM et GAVI) est supérieure à 5,54 pour cent. Les fonds de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP représentent respectivement 1,78, 2,9 et 0,39 pour cent.

#### **4. Goulets d'étranglement et contraintes des systèmes de santé et des agences qui ont déjà été reconnus comme devant être éliminés par une inclusion dans les plans nationaux et les mécanismes d'examen:**

Un terrain géographique difficile et varié commençant à des endroits situés à quelque 60 mètres et montant jusqu'à 8.848 mètres d'altitude, des habitants relevant de près de 100 groupes ethniques, plusieurs langues, des dialectes et quelque 9 religions sont certaines des caractéristiques du Népal. Ces différences ont provoqué des difficultés d'accès et entraîné une distribution inéquitable

des services de santé et des résultats de santé au Népal. Il existe des différences significatives dans les taux de mortalité et le statut de santé, l'alphabétisation et les IDH selon les castes, le sexe et les groupes ethniques (NDHS 2006-2007).

En outre, plusieurs faiblesses et défis de gestion touchent le système de santé et contribuent aux résultats inévitables de santé. Parmi les importantes faiblesses figurent le déploiement et la conservation des ressources humaines, la lenteur et l'insuffisance de la décentralisation, les problèmes de livraison et de maintenance des équipements et des infrastructures physiques, l'attitude peu réactive des fournisseurs de santé aux besoins des clients, et enfin et surtout des règles et réglementations dépassées et rigides qui entravent la mise en œuvre des programmes.

Bien que les ressources consacrées à la santé aient lentement augmenté ces quelques dernières années, les ressources disponibles du secteur public sont insuffisantes pour assurer à la population du Népal un accès équitable ne serait-ce qu'aux services de santé de base.

La commission sur la macroéconomie et la santé recommande 24-34 dollars par tête de dépenses de santé pour les pays en développement. Mais les dépenses de santé estimées au Népal tournent autour de 14 dollars. Sur ces 14 dollars, on estime qu'environ 5 dollars seulement sont dépensés par le secteur public, le reste étant des dépenses décaissées. La contribution du gouvernement et des donateurs a été inéquitable et insuffisante pour fournir même les SSE à tous.

En outre, la demande accrue imposée au système de santé en raison de la transition épidémiologique, des conflits, de l'augmentation de la fréquence des blessures et des accidents de la route, ainsi que les attentes accrues de la population sont quelques-uns des défis rencontrés par le système de santé du Népal à l'heure actuelle.

## **5. Identification des changements requis pour les partenaires de développement et la société civile afin d'atteindre les objectifs de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.**

### **F1. Pratiques de partenariat existantes**

Le MOHP et les PDE ont formulé conjointement en 2004 le Plan de mise en œuvre de la stratégie pour le secteur de la santé du Népal (NHSP-IP) 2004-09 afin d'opérationnaliser les programmes de réforme du secteur de la santé. Le NHSP-IP sert de ligne directrice opérationnelle pour une planification, une budgétisation, une gestion et un suivi sectoriels afin d'atteindre les objectifs de la stratégie pour le secteur de la santé. Le MOHP et les PDE ont accepté de travailler ensemble au titre d'une vision commune et selon des priorités convenues. Tous les partenaires ont signé une 'déclaration d'intention' en février 2004 dans le but de contribuer de manière harmonisée à fournir l'aide nécessaire au secteur de la santé du gouvernement selon cette vision commune.

Au titre de ce partenariat convenu, les PDE veilleront à ce que toute l'aide apportée par eux au secteur de la santé soit cohérente avec la stratégie pour le secteur de la santé du Népal: un programme de réforme. De même, les PDE harmoniseront leur soutien à la planification annuelle, aux examens conjoints et aux comptes-rendus, entretiendront un climat de transparence et de responsabilité et partageront les informations pertinentes avec tous les partenaires afin de faciliter leurs contributions au développement du secteur de la santé.

L'examen réalisé l'an dernier a été considéré comme l'examen à mi-parcours pour toute la période au titre de cette phase. Bien que le NHSP-IP aborde plusieurs problèmes dans tout le secteur de la santé par le biais de la réforme, son accent premier porte sur la fourniture de services de soins de santé essentiels rentables dans tout le pays. Il fixe le cadre d'une seule stratégie et d'un seul plan pour ce secteur. Tout le soutien des donateurs est coordonné par ce programme.

Pour la mise en œuvre efficace du NHSP-IP, un forum formel de développement du secteur de la santé a été créé en 2004 sous la présidence du secrétaire à la santé. L'objectif de la création de ce

forum est de garantir la fourniture efficace d'un cadre conjoint de planification, de programmation et de suivi par tous les partenaires de développement afin de soutenir la mise en œuvre de la stratégie pour le secteur de la santé.

Avec la participation de tous les partenaires, le MOHP effectue tous les six mois (novembre et juin) un examen pour évaluer les performances du secteur de la santé. Tous les partenaires de développement compétents ainsi que les fonctionnaires du secteur de la santé accèdent aux progrès réalisés pendant l'année, les analysent, puis élaborent l'aide-mémoire pour l'exercice budgétaire suivant en consultation avec le MOHP. Les partenaires préparent leurs plans organisationnels sur la base du plan du gouvernement pour le secteur de la santé.

## **6. Identification des besoins d'assistance technique pour préparer un Pacte et d'autres instruments sectoriels (par ex. plans, détermination des coûts, CDMT et stratégies de mise en œuvre) et calendrier des principaux événements pour 2008-9 (examens sectoriels, grandes évaluations, etc.)**

Une feuille de route pour l'assistance technique au titre de l'IHP a déjà été soumise. Les domaines suivants sont proposés pour assistance:

<b>Principaux événements</b>	<b>Calendrier</b>
Préparation du Pacte national.	Fév-oct 2008
Création de forums des parties prenantes pour le dialogue sur la politique de santé aux niveaux du pays, des régions et des districts (GON, société civile et secteur privé).	Fév 2008 – mars 2009
Développement de la coordination entre les Ministères, universités et institutions concernés et le secteur privé pour introduire le bon dosage des compétences.	Mars-juillet 2008
Mise en place de capacités de coordination au MOHP, dans les Directions régionales de la santé, les bureaux de santé de district / bureaux de santé publique de district (DHO/DPHO), hôpitaux, société civile et commissions de gestion de la santé.	Avr-nov 2008
Renforcement du mécanisme de coordination au niveau sectoriel récemment adopté	Fév 2008 – mars 2009
Réalisation d'études: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour introduire des systèmes de service de gouvernance locale dans le secteur de la santé afin d'introduire des principes subsidiaires dans la fourniture de services de santé</li> <li>• Soutenir le programme de médicaments dans la communauté après l'introduction de la politique de soins gratuits</li> <li>• Réaliser une évaluation rapide de la mise en œuvre des dispositions sur les soins de santé gratuits dans tout le pays</li> <li>• Développer la généralisation de la stratégie des services de santé gratuits aboutissant à des soins de santé universels</li> <li>• Documenter l'apprentissage tiré des expériences émergentes dans les soins de santé gratuits universels</li> </ul>	Mai-nov 2008
Mise à jour de la politique nationale de santé et du plan et des programmes pour le secteur de la santé	Mars 2008 à fév 2009
Fourniture de RH critiques à des emplacements critiques pour le déploiement à court terme d'une fourniture de service ininterrompue tenant compte du contexte de transition global du pays	Juin 2008 – mars 2009
Introduction de programmes de motivation des travailleurs de la santé dans les districts éloignés en vue de conserver le personnel dans ces zones.	Avr 2008 – mars 2009

Principaux événements	Calendrier
Refonte organisationnelle du MOHP et développement des capacités.	Avr-oct 2008
Mise en œuvre du système de gestion basée sur les performances pour l'efficacité de l'organisation.	Juillet 2008 – mars 2009
Fourniture d'un soutien de pilotage pour épauler les réseaux de suivi initiés par le MOHP afin de les rendre fonctionnels jusqu'au niveau des villages	Avril 2008 – mars 2009

**Processus proposé pour élaborer une feuille de route pour le Pacte national de partenariat pour la santé:**

Principaux événements	Calendrier
Séminaire de réflexions à bâtons rompus chargé d'identifier: <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'engagement des PDE signataires du Pacte</li> <li>• L'engagement du MOHP</li> <li>• L'engagement conjoint des PDE et du MOHP</li> </ul>	Mars 2008
Obtenir l'engagement des PDE et le consensus du MOHP	Avril – Août 2008
Le MOHP doit obtenir l'approbation du Ministère du Droit et de la justice, du Ministère des Finances et de la Commission nationale de planification	Sep-oct 2008

**Goulets d'étranglement**

- Comprendre le Pacte et sa valeur ajoutée
- Informations sur le Pacte à fournir au siège par les PDE ou non?
- Comment procéder pour préparer le Pacte – qui prend l'initiative (le GON ou les PDE)?
- De nombreux partenaires importants n'ont pas signé le Pacte international – cela pourrait créer un fossé de mentalités. Comment harmoniser les idées des partenaires?
- Onze PDE ont signé la déclaration d'intention pour la réforme du secteur de la santé – le Pacte remplace-t-il cette intention?
- Les PDE ont-ils besoin d'obtenir l'accord du siège pour signer le Pacte ou non?
- La plupart des PDE ont leurs propres procédures de travail telles que planification, examen et gestion financière. Ont-ils besoin de modifier leurs procédures de travail ou peuvent-ils suivre celles qui existent?
- Longueur de la procédure du GON pour obtenir l'approbation – depuis le Ministère du Droit et de la justice, le Ministère des Finances et la Commission nationale de planification.

Etant donné que le Programme du secteur de santé pour le Népal (NHSP) est dirigé par le Ministère de la Santé et de la population (MOHP) et soutenu par 11 partenaires de développement externes (PDE), qui sont signataires d'une déclaration d'intention destinée à guider le partenariat pour le développement du secteur de la santé au Népal, les partenaires doivent-ils signer un Pacte national distinct ou bien le même serait-il applicable?

La réunion consultative de Lusaka pourrait nous donner quelques réponses pratiques afin de surmonter ces difficultés.

**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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:rknippenberg@unicef.org)  
<http://www.unicef.org>

**Mars 2008**