



Rapport d'Inventaire  
**Ethiopia**

Mars 2008



République Démocratique Fédérale de l’Ethiopie  
Ministère de la Santé

**Statut actuel des Plans et des  
Stratégies en matière de santé en Ethiopie:  
Rapport de situation**

**Février 2008**

## Sigles

<b>ART</b>	Anti rétroviraux
<b>DHS</b>	Demographic Health Survey
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>GAVI –HSS</b>	Global Alliance for Vaccination and Immunisation – Health Service Strengthening /Alliance Mondiale pour les Vaccins et les Vaccinations RSS Renforcement des systèmes de santé
<b>HPN</b>	Health Population Nutrition
<b>IMNCI /PECIME</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance PECIME
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le développement
<b>PASDEP</b>	Accelerated and Sustainable Development to End Poverty
<b>PDSS</b>	Plan de développement du secteur de la santé
<b>PEPFAR</b>	Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA
<b>PES</b>	Personnel affecté à l'extension des services de santé
<b>PES</b>	Programme d'extension des services de santé
<b>PIS</b>	Partenariat international pour la santé
<b>RHS</b>	Ressources humaines pour la santé
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SPS</b>	Services de protection sociale
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>VIH</b>	Virus de l' immuno-déficience acquise

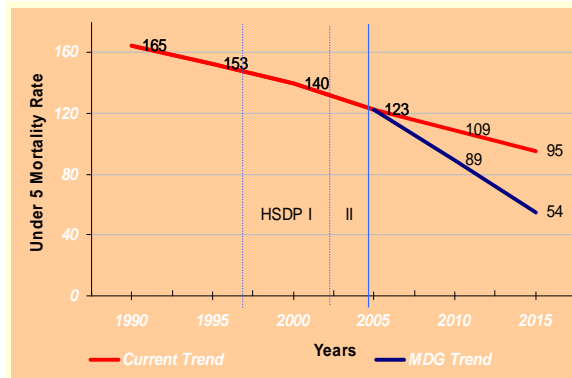
## **Table des Matières**

<b>Chapitres</b>	<b>Page</b>
1. Informations générales	1
2. Stratégies, objectifs et cibles du Plan de Développement du secteur de la santé (PDSS )	2
3. Systèmes de financement de la santé et déficits	3
4. Mécanismes pour l'harmonisation / l'alignement	6
5. Principaux problèmes recensés	7
6. Accord national	7
7. La marche à suivre	8
8. Domaines visés par l'assistance technique	9
9. Calendrier des principaux évènements prévus en 2008-2009	9

## 1. Informations générales

L’Ethiopie a une population de plus de 78 millions d’habitants. C’est une république fédérale qui se compose de neuf Etats régionaux nationaux et de deux Etats administratifs. L’Ethiopie occupe dans l’Indice de développement humain la 169ème place sur un total de 177. Des catastrophes naturelles répétées font que les enfants restent exposés à des risques énormes. 85% de la population vit en zones rurales (PASDEP 2005). Environ 38.7% de la population connaît une situation de pauvreté absolue (contre 44% en 1999/2000)<sup>1</sup>.

**Les résultats globaux de l’Ethiopie en matière de santé se sont régulièrement améliorés au cours de la dernière décennie.**



Le taux de mortalité des moins de 5 ans), qui est de 123 pour 1.000 naissances vivantes, a diminué de 1.8 point en pourcentage par an depuis 1990 (DHS, 2005). Le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies et les complications néonatales sont responsables pour près d’un quart de la mortalité des moins de 5 ans et plus de 50 % des décès sont dus à la mal nutrition .Or, pour la réalisation des OMD, ce chiffre devrait enregistrer une diminution de 7.9 pour cent par an.

La mortalité maternelle est élevée, soit 673 pour 100,000 naissances vivantes. Une assistance médicale n’est assurée que pour 12% seulement des accouchements et l’accès aux soins obstétriques d’urgence reste limité malgré les efforts déployés. La réalisation des OMD 5 exigera une réduction annuelle de 5.9 points en pourcentage de ces chiffres.

La couverture des traitements à l’insecticide (2 traitements par ménage) est actuellement de 90%, ce qui constitue une nette progression par rapport à 2005 où elle était inférieure à deux pour cent. De même, on a constaté une amélioration sensible en ce qui concerne la couverture immunitaire grâce à l’utilisation du vaccin Pentavalent et du vaccin contre la rougeole, cette couverture étant respectivement de 71.5% et 63.7%<sup>2</sup>. Grâce à la Stratégie de sensibilisation renforcée, la couverture nationale d’apport complémentaire en Vitamine A, fournie sur une base semi annuelle, est désormais supérieure à 90%.

L’accès et le recours aux services de santé restent néanmoins très limités. Des inégalités subsistent tant entre zones rurales et zones urbaines que sur le plan socio-économique et régional. Si la couverture immunitaire obtenue grâce au vaccin Pentavalent 3 est en moyenne de 71%, elle est beaucoup plus faible dans les zones pastorales. Les consultations extérieures se chiffrent à 0.38% par habitant. En moyenne, seuls 18 pour cent enfants atteints de fièvre bénéficient d’un traitement et 4,4 pour cent seulement dans les zones rurales. (DHS, 2005).

Malgré les progrès encourageants enregistrés ces dernières années, l’accès aux traitements anti rétroviraux pour les malades du SIDA restent limité et le respect des normes en la matière demeure un point problématique. La diminution du nombre de professionnels de la santé, notamment parmi les infirmières et les médecins, est importante.

<sup>1</sup> Renforcer les efforts pour éradiquer la pauvreté et la faim, notamment grâce au Partenariat mondial pour le développement –Rapport de l’ ECOSOC – Juin 2007

<sup>2</sup> Données administratives fournies régulièrement par le Ministère de la Santé, 2007

## 2. Stratégie, objectifs et cibles du Plan de développement du secteur de la santé (PDSS)

Le Plan stratégique national de réduction de la pauvreté de l’Ethiopie (Plan pour un développement accéléré et durable destiné à éradiquer la pauvreté, ou PASDEP) couvre la période allant de la mi-2005 à la mi-2010 et a pour objectif la réalisation des OMD. Le chapitre Santé du PASDEP est le Troisième plan de développement du secteur de la santé (PDSS III). L’objet du PDSS III est d’améliorer la santé de la population éthiopienne en mettant à la disposition de tous des services de santé de qualité, tant en ce qui concerne les campagnes de promotion et de la prévention, les soins de base ou la réhabilitation. Le profil du PDSS III reflète l’engagement pris par toutes les parties prenantes.

**Les objectifs et les cibles du PDSS III peuvent se résumer comme suit :**

1. Réduire la mortalité infantile;
2. Améliorer la santé maternelle, et
3. Diminuer la morbidité et la mortalité dues aux maladies contagieuses, en particulier le VIH, la tuberculose et le paludisme.

### **Résumé des résultats et des cibles du PDSS III:**

Domaines visés	Résultats	Vecteurs	Axes de l'intervention
<b>Santé maternelle</b>	Rougeole/oreillons/rubéole de 673 à 500/100,000 Réanimation cardio-pulmonaire >60%	Postes de santé: 13,635	Système d'info sur la gestion de la santé
<b>Santé infantile</b>	Mortalité des moins de 5 ans de 123/1000 à 85/1000 Taux de mortalité infantile de 77/1000 à 45/1000 Immunisation >85%	Centres de santé: 3200 PES: 30,000	Système logistique
<b>VIH/Tuberculose</b>	Maintenir la prévalence du VIH à 3.5*; Distribution dans tous les foyers de 263,000 ART	Agents de santé: 5000 Généraliste	Système financier Harmonisation
<b>Paludisme</b>	20 millions de traitement à l'insecticide	Evaluation de la qualité	

\*La prévalence en points de pourcentage a été estimée récemment à 2.1%.

Le PDSS III vise à assurer une couverture universelle des services pour les soins de santé primaires grâce au Programme d’extension des services de santé (PES), une stratégie novatrice lancée au niveau des communautés pour améliorer l’accès aux services de santé et en favoriser l’utilisation. Le PES a pour but de promouvoir la santé grâce à la vaccination et à l’adoption d’autres mesures de prévention des maladies ; il prévoit également quelques interventions sous forme de traitements curatifs de grand impact pour s’attaquer aux principales causes de morbidité et de mortalité maternelles, néonatales et infantiles. Les services d’extension de la santé sont assurés par deux femmes du Personnel d’extension sanitaire (PES) dans chaque kebele ( le kebele est la plus petite unité administrative regroupant environ 5000 personnes) .Le personnel d’extension sanitaire est recruté au niveau local et reçoit une formation pendant une année avant d’être officiellement embauché et rémunéré. Au cours des quatre dernières années, 25.000 membres du PES ont été déployés. Il en faudrait au total plus de 30,000 pour répondre aux besoins de chaque kebele avant la date cible fixée à la fin 2008. Ce personnel travaille à partir de postes sanitaires sous la supervision rigoureuse du centre de santé le plus proche.

**La mise en oeuvre du PDSS III s’est faite rapidement et s’est traduite par un renforcement important du système de santé**

**1. Ressources humaines du secteur de la santé :** 25,000 personnes du PES ont été formées et déployées. 4,468 responsables des services de santé sont actuellement en cours de formation. Ces derniers seront progressivement affectés à des centres de santé construits récemment et bien équipés. Une étude de marché sur le personnel de santé a été réalisée pour évaluer le point d’équilibre du marché en ce qui concerne les

salaires. Une étude de motivation et d'incitation a été engagée et un recensement du personnel de santé est en cours. Le Groupe technique des ressources humaines pour la santé (RHS) a été créé avec l'aide des partenaires au développement et un premier projet de Stratégie nationale pour les HRS est à l'étude. Cette Stratégie prévoit l'adoption de mesures d'incitation en fonction de la production et des résultats obtenus et tient compte du programme de réforme de la fonction publique.

2. **Logistique et achats:** Un système national d'approvisionnement des produits essentiels pour la santé a été adopté en octobre 2006. L'objet de ce système est de veiller à ce que les vaccins, les médicaments indispensables et autres produits de base nécessaires à la santé (de qualité garantie) soient facilement mis à la disposition des centres de santé, en quantités suffisantes et au prix le plus bas possible. L'Agence d'achat et d'approvisionnement des produits pharmaceutiques a été créée en tant qu'organisme autonome pour gérer et administrer le système d'approvisionnement des produits essentiels pour la santé. Le financement requis pour l'achat d'un premier stock de médicaments et des véhicules nécessaires au transport a été en partie assuré.
3. **Construction et équipement:** Un contrat pour convertir 500 postes sanitaires en centres de santé a été conclu et de nouvelles installations sont actuellement en cours de construction. Du matériel a été acheté pour équiper 95 postes sanitaires et 44 centres de santé pendant l'exercice financier éthiopien de 1999. Des achats de matériel destinés à 7.523 postes sanitaires et à 415 centres de santé sont en cours de réalisation.
4. **Système d'information sur la gestion de la santé:** Afin d'assurer une meilleure programmation à partir des données disponibles et de superviser plus rigoureusement les résultats, un nouveau système d'information sur la gestion de l'information a été mis sur pied et testé dans le cadre d'un projet pilote. Il sera déployé dans sept régions au moins dès juin 2009.
5. **Financement des soins de santé:** Les dépenses de santé par habitant en Ethiopie sont estimées à 7,10 \$E.U. par personne. Le gouvernement éthiopien est le plus grand fournisseur de services de santé et le principal contributeur dans ce secteur puisqu'avec 159 millions de \$E.U il couvre 31% du total des dépenses de santé. Environ 50% de l'ensemble des fonds alloués à ce secteur sont gérés par le gouvernement et sur ce montant 49% relèvent de la gestion des régions et des districts, la part des partenaires au développement s'établissant quant à elle à 37%.
6. **Assurance-maladie:** Afin d'assurer la couverture des soins de santé primaires universels et d'accroître le niveau de financement pour le secteur de la santé, le gouvernement a prévu de créer un système d'assurance-maladie. Un cadre juridique pour la création d'un système social d'assurance-maladie destiné au secteur institutionnalisé, et en premier lieu aux fonctionnaires, est en cours d'élaboration. Plusieurs modèles de systèmes d'assurance destinés aux communautés et inspirés des expériences faites par d'autres pays africains sont actuellement à l'étude.

### 3. Systèmes de financement de la santé et déficits

Le Ministère fédéral de la santé, en collaboration avec les partenaires, a réalisé en 2004 une étude sur les besoins en matière de santé dans le cadre des OMD afin d'évaluer les ressources qui seront nécessaires pendant la période de dix ans 2005-2015. Pour réaliser les OMD dans le domaine de la santé, il faudra prévoir non seulement un développement considérable des services de santé et une intensification des interventions de grand impact, mais également la mise en place de mécanismes susceptibles d'assurer une demande et une utilisation adéquate de ces services.

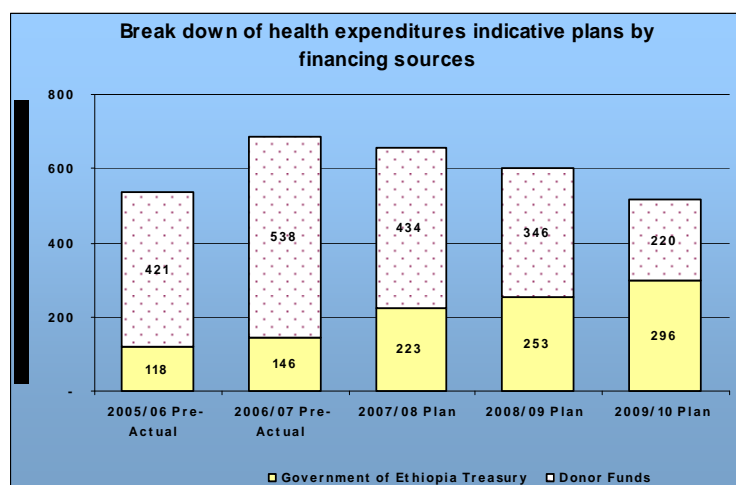
Vu le niveau actuel de pauvreté et le taux de croissance économique, il faudra pour combler le déficit financier exiger une mobilisation de ressources additionnelles qui, dans une large mesure; pourraient être fournies par les partenaires au développement .

**Tableau 1: Coût estimé du PDSS III pour 2007/08 – 2009/10**

Niveau de référence des dépenses	Total des besoins de financement pour		
	2005/06	Scénario 1	Scénario 2
<b>en millions de dollars EU</b>			
<b>Domaines programmatiques</b>			
<b>Scénario 3</b>			
Systèmes de santé ( dont les HES) 2,394.42	219.42	1,507.10	2,026.49
Santé infantile (PEV, IMNCI) 278.77	44.11	253.28	277.64
Paludisme	149.57	561.51	604.17
VIH / SIDA et TB 784.12	235.88	742.13	786.44
Santé maternelle 340.39	20.46	174.88	276.66
Nutrition 96.23	11.24	56.35	80.62
Eau et assainissement 65.20	3.66	39.29	65.82
<b>TOTAL</b> 4,613.04	<b>684.33</b>	<b>3,334.54</b>	<b>4,117.85</b>
<b>Par habitant par an</b> 19.7	<b>8.8</b>	<b>14.3</b>	<b>17.6</b>
<b>Réduction estimée en % de la mortalité des moins de 5 ans en 2010 (par rapport au niveau de mortalité de 2005)</b>		<b>41.8%</b>	<b>55.6%</b>
<b>Réduction estimée en % de la mortalité maternelle en 2010 (par rapport au niveau de mortalité de 2005)</b>		<b>19.6%</b>	<b>34.8%</b>
		<b>61.3%</b>	<b>44.9%</b>

La contribution du gouvernement au PDSS III reflète une tendance à la hausse puisqu'elle est passée de 118 millions de \$E.U. en 2005/06 à 288 millions de \$E.U. en 2009/10 (les chiffres pour 2008/09 et 2009/10 proviennent du Cadre des dépenses à moyen terme).

En décembre 2007, des données relatives au financement ont été fournies et compilées par 14 partenaires HPN<sup>3</sup>. L'analyse de ces données a permis d'obtenir les résultats présentés ci-dessous.



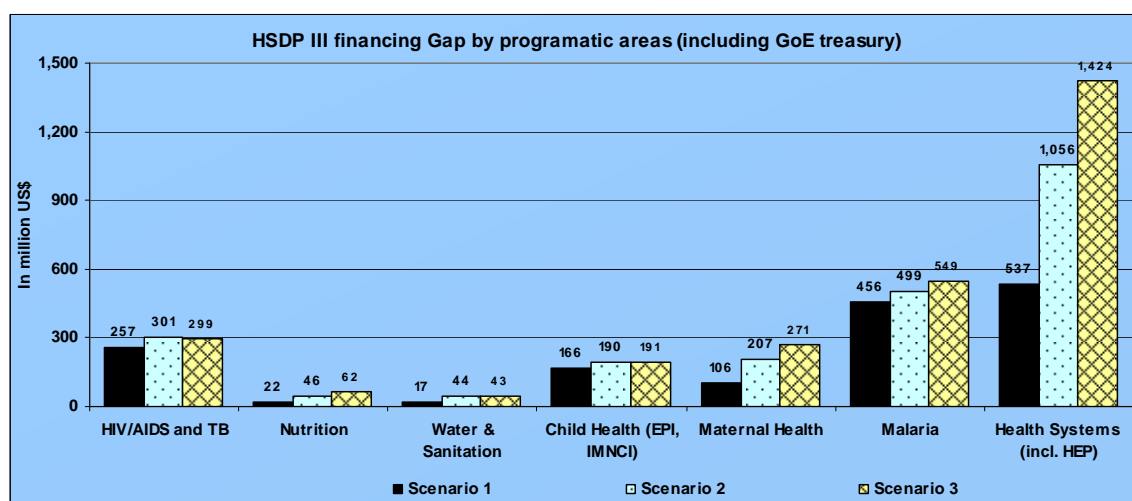
Les fonds engagés par les partenaires HPN pour les trois dernières années du PDSS III suivent une tendance à la baisse. Toutefois, le fait que les programmes de coopération nationaux lancés par certains partenaires au développement prennent fin en 2007/08 explique l'absence de données pour la période suivante. Dans le cas de certains donateurs aucune information n'a pu être obtenue.

En ce qui concerne la mise en commun des fonds, des progrès ont été réalisés grâce à la création du Fonds de performance pour les OMD, mais peu d'améliorations ont été constatées pour ce qui est de la prévisibilité. Actuellement, on ne peut compter sur aucun engagement ferme pour le financement des dépenses de santé au-delà de 2010, ce qui rend

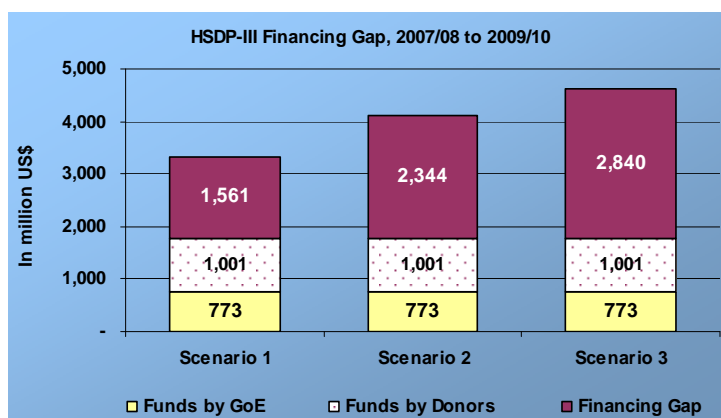
<sup>3</sup> AfDB, Austrian Development, DFID, EC . GAVI RSS, GFTAM, Irish Aid , Italian Cooperation, JICA, RNA, UNFPA, UNICEF, USAI, World Bank.

très difficile toute programmation et budgétisation pour le développement du secteur de la santé.

Au cours de ces deux dernières années, une part importante des dépenses pour la santé a été consacrée à des programmes verticaux spécifiques de lutte contre les maladies ; c'est également le cas pour le plan indicatif établi pour les dernières années de mise en œuvre du PDSS III . Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et, dans une moindre mesure, le paludisme englobent plus de 60% de la contribution totale des donateurs. Le renforcement des systèmes de santé, ainsi que d'autres programmes concernant la santé infantile, la santé maternelle, la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène ne bénéficient pas d'un financement suffisant. Les inégalités dans l'attribution des ressources entre les différents secteurs de la santé sont résumées dans le tableau ci-dessous.



La comparaison entre les besoins en ressources estimés pour le PDSS III et les ressources mises à disposition par le gouvernement et les donateurs HPN laisse apparaître un déficit financier. Ce déficit pour les trois dernières années du Plan s'élève à environ 1.561 milliard de \$E.U pour le scénario 1 et respectivement à 2.344 et 2.840 milliards de \$E.U pour les scénarios 2 et 3.



Sachant que l'Ethiopie s'est engagée à intensifier ses efforts pour réaliser les OMD, une approche plus harmonisée devrait être adoptée entre toutes les parties intéressées. Cette intensification des efforts présuppose une augmentation significative de la part budgétaire des dépenses publiques allouées au secteur de la santé. En outre, malgré les difficultés rencontrées pour se doter de mécanismes appropriés pour canaliser ses ressources financières, l'Ethiopie a utilisé un financement spécifique pour lutter contre le paludisme, qui a sensiblement régressé, et pour améliorer l'accès aux services de traitement du VIH/SIDA, ce qui montre que ce pays est capable avec une enveloppe financière importante d'obtenir des résultats patents ; ainsi si l'aide pour les éléments « génériques » du système de santé s'accroît proportionnellement aux besoins recensés dans la dernière analyse du déficit budgétaire, l'Ethiopie devrait pouvoir très rapidement se rapprocher des OMD 4 et 5.

#### 4. Mécanismes d'harmonisation et de coordination

La communauté internationale a constaté que les pays en développement pourraient plus facilement atteindre les OMD si leurs partenaires dans le domaine de la santé harmonisaient et coordonnaient leur aide en direction et au sein de ces pays.

A ce jour, les faits positifs observés dans le cas de l'Éthiopie en matière d'harmonisation et d'alignement sont les suivants:

- Création du Fonds de performance pour les OMD. Ce Fonds centralise au niveau fédéral les ressources disponibles pour financer les activités prioritaires (notamment celles qui présentent les caractéristiques de services d'utilité publique), harmoniser les procédures suivies par les donateurs, renforcer le système de santé, améliorer la fourniture de services et affirmer la souveraineté et la responsabilité du gouvernement éthiopien en ce qui concerne la réalisation des OMD dans le domaine de la santé.

Ce Fonds pour la réalisation des OMD est un fonds unique doté de trois composantes. La Composante 1 concerne le Programme d'extension des services de santé (PES) *et sert à financer les infrastructures de base des postes de santé, les achats de matériel* (chaîne du froid, etc.) et les produits essentiels pour la santé (vaccins, contraceptifs, moustiquaires de longue durée), la formation du personnel affecté à l'extension des services de santé (PES) et la mise en place de systèmes intégrés pour les services logistiques, le suivi et la présentation de rapports. La *Composante 2* est consacrée à la santé maternelle et vise à assurer le renforcement et le bon fonctionnement du système d'orientation pour les soins afin d'améliorer la santé maternelle. Ainsi les fonds accordés au titre de cette Composante permettent de couvrir le coût des achats de matériel et de produits nécessaires pour les soins obstétricaux d'urgence (qu'il s'agisse des premiers soins ou des soins globaux), d'assurer des activités de formation dans ces deux disciplines et de prendre des mesures pour améliorer le transport en cas de problèmes obstétricaux d'urgence jusqu'au centre de santé le plus proche. La *Composante 3* porte sur l'appui en matière de procédures et sur l'assistance technique. Cette Composante, relativement modeste, a pour objet de financer les révisions sectorielles, la recherche opérationnelle, l'assistance technique et les réunions d'examen annuelles et autres activités connexes au niveau du Ministère fédéral de la santé. Elle a été créée en 2005. La gestion des fonds de cette Composante est confiée pour l'instant à l'UNICEF.

- Création de la Composante 1 de l'instrument des Services de base de protection sociale (Composante 1 SPS), qui s'est traduite par une augmentation importante des allocations budgétaires attribuées par les districts (woredas) aux services sociaux de base et par un plus grand contrôle de la répartition des fonds entre les différents secteurs.
- Création de la Composante Santé des SPS (Composante 2 SPS) et du Fonds commun d'assistance en matière de santé, qui sont de nouvelles formules de mise en commun de fonds destinés aux achats de produits essentiels à la santé et de matériel médical, ainsi qu'au financement de diverses activités d'assistance technique, examens, études, etc.
- Acheminement de l'aide fournie par l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI) par le relais du Fonds de performance pour les OMD pour la Composante « Renforcement des services de santé » de l'Alliance (RSS).
- Renforcement des moyens de communication et de contact entre le gouvernement et les partenaires au développement depuis 2005.
- Augmentation du nombre de partenaires au développement prêts à s'appuyer sur l'exercice fiscal éthiopien pour établir certains ou l'ensemble de leurs rapports financiers à partir de 2005.
- Accord donné par le PEPFAR pour affecter certains crédits au Fonds de performance pour les OMD et contribuer ainsi au renforcement du système de santé en 2008.

## 5. Principaux problèmes recensés en matière d'harmonisation et d'alignement

Avant la réunion d'examen annuelle du Ministère de la santé, en 2007, une évaluation a été réalisée afin de vérifier dans quelle mesure les partenaires au développement respectaient le Code de conduite signé en 2005. A ce sujet, les constatations suivantes ont été faites :

- Aucune amélioration n'a été observée en ce qui concerne la prévisibilité des flux de l'aide.
- Aucun travail systématique n'a été fait pour établir un recensement des ressources entre 2005 et 2007. Un exercice de ce genre a néanmoins été entrepris au troisième trimestre de 2007 mais les résultats ne seront pas connus avant la mi-2008.
- Malgré les nouveaux arrangements pour la mise en commun des fonds, le nombre des canaux de financement (en termes absolus) n'a pas diminué. De nombreux partenaires dans le domaine de la santé continuent à fournir des fonds pour lutter contre une maladie spécifique ou pour assurer les interventions programmées en recourant à des canaux de financement verticaux – que les fonds soient versés directement à l'Etat ou affectés à une activité précise – ce qui implique l'existence de multiples systèmes de comptabilité et de reddition des comptes et une réglementation très précise pour le suivi et l'évaluation.
- L'existence d'arrangements administratifs différents pour ces fonds continue de poser de nombreux problèmes. Bien que les Services de base de protection sociale (SPS 2 secteur Santé) aient réussi à intéresser de nombreux partenaires et à mobiliser davantage de ressources, ils ne sont pas gérés conformément aux procédures gouvernementales et ne respectent pas l'esprit de l'arrangement qui a permis de créer le Fonds de performance pour les OMD dans le cadre du PDSS III.
- Malgré certains signes laissant augurer d'une plus grande souplesse dans la gestion (notamment pour le guichet concernant le Renforcement du système de santé de l'Alliance mondiale (GAVI)), des montants importants sont encore alloués directement à des programmes spécifiques verticaux/techniques.

## 6. Accord au niveau national

Un Accord au niveau national pour la réalisation des OMD en matière de santé a été signé par la plupart des partenaires au développement et par un certain nombre de pays en développement; dont l'Ethiopie. Cet instrument engage tous les signataires à renforcer le partenariat au niveau des pays conformément à la Déclaration de Paris " en tenant compte de la situation unique de chaque pays, en intégrant l'aide aux programmes de santé nationaux et en assurant un financement équitable et durable des systèmes de santé ".

La Feuille de route de l'Ethiopie pour l'harmonisation et l'alignement respecte ces principes. Un des principaux objectifs de l'harmonisation et de l'alignement est d'établir un lien beaucoup plus solide entre les ressources engagées (intrants), les activités et les résultats obtenus (produit final). L'objectif global étant de renforcer les systèmes de santé et d'assurer une gestion plus efficace dans ce secteur.

La Feuille de route pour l'harmonisation et l'alignement, mise au point par le gouvernement et les partenaires au développement dans le cadre du Partenariat international pour la santé, a été lancée le 21 février 2008 pour veiller à la réalisation des OMD en matière de santé.

Cette Feuille de route permettra d'accélérer les progrès pour atteindre les OMD dans le domaine de la santé et autres domaines connexes : i) en estimant les besoins en ressources et les déficits financiers prévisibles pour les trois dernières années du PDSS<sup>4</sup>; ii) en indiquant les secteurs critiques où un soutien des partenaires au développement sera nécessaire pour atteindre les OMD ; iii) et en constituant une première base pour élaborer et signer un Accord au niveau national.

---

<sup>4</sup> Mentionné à la section 3

Dans le cas de l'Éthiopie, cet Accord au niveau national servira de référence pour se rapprocher de l'objectif général, à savoir une action unifiée, grâce à l'approche '*un plan, un budget, un rapport.*' Cet Accord permettra également au pays de se doter d'un plan pour affronter les problèmes des systèmes de santé de façon viable, équitable et efficace et d'obtenir ainsi de meilleurs résultats dans ce domaine. La forme et la teneur de cet Accord seront déterminés à partir des expériences faites par d'autres pays et des enseignements tirés de la réunion de Lusaka (28 février 2008).

## 7. La marche à suivre

\* Elaborer et signer un Accord au niveau national (sur la base des recommandations émanant de la réunion de Lusaka).

- Donner un caractère plus institutionnel au Fonds de performance pour la réalisation des OMD afin d'encourager tous les donateurs et les responsables des initiatives globales à verser leurs contributions à ce Fonds
- Transformer la Composante 2 des SPS en un Fonds de performance pour les OMD afin de donner à ce dernier un plus grand rayon d'action et modifier l'arrangement relatif à sa gestion
- Inviter le Ministère du développement financier et économique à ouvrir un poste budgétaire pour le Fonds de performance des OMD et veiller à ce que le Gouvernement contribue chaque année au renflouement de ce Fonds
- Créer un Cadre des dépenses à moyen terme et un autre cadre à partir des résultats obtenus pour financer, mettre en œuvre et superviser les programmes fondés sur le concept d'un plan national.
- Revoir et améliorer les contrats avec les Bureaux régionaux de santé et les districts (woredas), en fonction des résultats obtenus.
- Inviter les partenaires au développement à améliorer la prévisibilité de leurs engagements financiers, qui devraient de préférence, s'étaler sur 3 à 5 ans.
- Encourager les partenaires à aligner l'échéance de leurs contributions sur l'exercice fiscal éthiopien. .
- Continuer à renforcer les capacités en ce qui concerne les orientations, la planification, le suivi et l'évaluation, notamment en prévoyant à tous les niveaux de ce secteur les moyens nécessaires pour assurer une programmation et une négociation/ un plaidoyer à partir des données disponibles afin d'accroître le montant des ressources destinées à la santé.
- Favoriser l'utilisation du Manuel sur l'Harmonisation du PDSS, tant dans le secteur public qu'avec les partenaires au développement.
- Mettre sur rail des réformes et de nouvelles procédures en ce qui concerne les achats, conformément au Plan directeur du Système d'approvisionnement des produits pour la santé.
- Faire pression auprès du siège des organisations partenaires afin qu'elles mettent en œuvre la Déclaration de Paris et le Partenariat international pour la santé (PIS) et qu'elles fassent preuve de plus de souplesse en autorisant leurs bureaux en Éthiopie à participer à l'effort d'harmonisation et d'alignement.
- Fixer un objectif pour 2010 en ce qui concerne le montant total des dépenses de santé (toutes sources confondues)

## 8. Domaines visés par l'assistance technique

Les besoins suivants ont été répertoriés pour les secteurs visés par l'assistance technique et une proposition en vue d'un Partenariat international pour la santé ( Initiative PIS +) pour fournir une aide a été présentée par l'intermédiaire de l'OMS.

- Intégration de l 'harmonisation / coordination;
- Appui pour procéder à un recensement des ressources afin d'assurer la continuité de l'action et élaboration et mise en oeuvre pour le secteur de la santé d'un Cadre des dépenses à moyen terme et d'un cadre de performance établi à partir des résultats;
- Mise au point de lignes directrices, de manuels et autres instruments pour l'établissement de contrats en fonction des résultats obtenus;
- Création de mécanismes appropriés pour assurer un partenariat entre les acteurs du secteur privé et du secteur public dans le domaine de la santé

## 9. Calendrier des principaux événements prévus en 2008-09

Ce calendrier des principaux événements sera revu après la réunion de Lusaka:

Lancement de la feuille de route pour le PIS	<b>21 février 2008</b>
Conférence de Lusaka sur le PIS	<b>28 février-1er mars 2008</b>
Examen à mi-parcours du PDSS III	<b>Mars-avril 2008</b>
Fin de l'exercice de recensement des ressources pour les secteurs Santé, Education et VIH/SIDA	<b>Fin septembre 2008</b>
Réunion d'examen annuelle 2008	<b>Octobre 2008</b>
Cadre des dépenses à moyen terme	<b>Avant octobre 2008</b>
Création d'un cadre en fonction des résultats	<b>Avant octobre 2008</b>
Etablissement d'un Accord pour le secteur de la santé	<b>Avant octobre 2008</b>
Lancement – signature de l'Accord	

**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**