

GROUPE DE LA BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT



GHANA

**EVALUATION DE L'ASSISTANCE DE LA BANQUE AU
SECTEUR DE LA SANTE**

**DEPARTEMENT DE L'EVALUATION DES OPERATIONS
(OPEV)**

11 novembre 2005

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	i
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	ii
1.1 Objectifs de l'évaluation	1
1.2 Portée et méthodologie	1
1.3 Contexte socioéconomique	2
1.4 Histoire des relations entre la Banque et le pays	4
2. REVUE DE LA STRATÉGIE D'AIDE DE LA BANQUE	5
2.1 Politique de la Banque dans le secteur de la santé	5
2.2 La stratégie de la Banque envers le Ghana	7
2.3 Les politiques et stratégies du Gouvernement	8
2.4 Pertinence de la stratégie d'assistance de la Banque	10
3. ÉVALUATION DES RÉSULTATS : OPÉRATIONS DE PRÊT	10
3.1 Opérations de prêt au secteur de la santé	10
3.2 Pertinence	11
3.3 Réalisation des objectifs	12
3.4 Efficience	13
3.5 Impact en matière de développement institutionnel	14
3.6 Durabilité	15
4. ÉVALUATION DES RÉSULTATS : INTERVENTIONS HORS-PRÊTS	16
4.1 Activités économiques et sectorielles/Dialogue sur les politiques	16
4.2 Mobilisation des ressources/Cofinancement	17
4.3 Coordination de l'aide, harmonisation et mise en perspective des résultats	18
5. PERFORMANCE DES BAILLEURS DE FONDS	19
5.1 Performance des emprunteurs et des organes d'exécution	19

5.2	Performance de La Banque	20
5.3	Performance des autres bailleurs de fonds et cofinanciers	21
5.4	Les autres parties prenantes (société civile, secteur privé)	22
6.	ÉVALUATION D'ENSEMBLE	23
6.1	Questions transversales	23
6.2	Analyse contrefactuelle	24
6.3	Évaluation globale de l'assistance de la Banque au secteur	25
7.	LEÇONS ET RECOMMANDATIONS	27
7.1	Leçons	27
7.2	Recommandations	27
ANNEXES		
Annexe 1	Liste des documents consultés	4
Annexe 2	Assistance de la Banque au secteur social et politique sociales de la Banque	1
Annexe 3	Engagement en terme d'aide au secteur de la santé 1990-2004 en millions de \$	1
Annexe 4	Notation détaillée de la performance des projets de la Banque dans le domaine de la santé	2

Ce rapport a été préparé par M. Albert-Enéas Gakusi, Chargé d'évaluation rétrospective principal au Département de l'Évaluation des opérations (OPEV) et MM. Thomas O'Brien Kirk et David Royston Moore, consultants externes, suite à la mission qu'ils ont effectuée au Ghana en mars 2005. Toute question relative au présent rapport doit être adressée à M. Getinet W. Giorgis, Directeur OPEV, poste 2041 ou à M. Albert-Enéas Gakusi, poste 3449.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAD	Banque africaine de développement
DANIDA	Agence danoise de développement international
DFID	Département du développement international (RU)
FAD	Fonds africain de développement
FAT	Fonds d'assistance technique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POW	Programme de travail
PRE	Programme de redressement économique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquis
SWAp	Approche sectorielle
TB	Tuberculose
UC	Unité de compte (BAD)
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine de développement international
VIH	Virus d'immunodéficience humain

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1. *Objectif, portée et méthodologie de l'évaluation* : L'évaluation vise à examiner la politique, la stratégie et les interventions de la Banque dans le secteur de la santé sur la période de 1985 à 2004 en vue d'identifier les pratiques exemplaires et les lacunes et en tirer des leçons pour la future stratégie de la Banque en matière de santé. Elle se fonde sur l'analyse documentaire et sur les entretiens qui ont eu lieu avec le personnel de la Banque, des fonctionnaires de l'État et des partenaires lors d'une mission dépêchée dans le pays. L'évaluation a porté sur trois opérations de prêt et une intervention hors prêt.

2. *Contexte économique national et politiques sectorielles*: Depuis l'indépendance, l'environnement macroéconomique est marqué par des fluctuations répétées accompagnées d'épisodes de forte inflation, de difficultés de trésorerie publique et de baisse des investissements privés. La performance économique est raisonnablement forte et stable depuis les années 80 mais certaines interventions de la Banque ont souffert des fluctuations monétaires. Depuis 2001, les efforts déployés en vue de l'adoption de politiques fiscales et monétaires prudentielles ont conduit à une stabilité économique assortie d'une baisse de l'inflation, même si le niveau des investissements du secteur privé n'a pas sensiblement évolué. Les conditions générales de vie se sont progressivement améliorées au cours des 15 dernières années. Le Gouvernement a vigoureusement poursuivi la mise en œuvre des plans de développement élargis du secteur de la santé et mobilise depuis plusieurs années, la plupart des partenaires au développement opérant dans le secteur de la santé à travers une approche sectorielle du travail qui a fait ses preuves et qui a permis l'amélioration des indicateurs de santé. Les difficultés d'accès aux services de santé restent l'un des défis à relever. Le paludisme demeure une cause majeure de morbidité et de mortalité. La prévalence du VIH est relativement faible au regard de la situation épidémiologique en Afrique mais la tournure des choses pourrait changer, grevant ainsi les ressources destinées à la santé. Aujourd'hui plus que jamais, la prestation des services de santé souffre de l'expatriation massive des agents médicaux qualifiés et de la grave fuite de cerveaux qui frappe le secteur.

3. *Stratégie de la Banque dans le secteur et pertinence*: Il existe une parfaite harmonie entre les politiques de la Banque et du Gouvernement, lesquelles visent à améliorer le capital humain en vue de renforcer la croissance économique et de réduire la pauvreté. Le Gouvernement souhaite néanmoins, s'agissant des modalités de mise en œuvre des interventions de la Banque, que celles-ci soient désormais intégrées au mécanisme SWAp en place, alors que la Banque reste attachée à l'approche projet. La politique de la Banque en matière de santé est conforme à celle d'autres bailleurs de fonds clés, tels que la Banque mondiale, mais sa mise en œuvre sur le terrain pose quelques problèmes. Cette politique subit en effet les contrecoups des difficultés propres aux pays respectifs. Il s'agit, dans le cas du Ghana, de la fuite massive des cerveaux et de la pénurie générale de ressources humaines dans le secteur de la santé. La coordination au niveau du secteur est parfaite. Le Gouvernement qui pilote le dialogue et le travail d'élaboration des politiques, bénéficie de l'assistance de nombreux partenaires au développement. La Banque mondiale et le DFID sont très actifs dans le secteur. En ce qui concerne le dialogue général sur les politiques au Ghana, la Banque n'a pas joué le rôle qui lui incombe dans le processus de développement des politiques et stratégies du secteur de la santé.

4. *Évaluation de l'assistance de la Banque au secteur*: Les interventions ont été examinées au regard des normes repères de la Banque en matière d'évaluation. Les projets sont très pertinents et jugés satisfaisants en termes d'efficacité, d'impact au plan du

développement institutionnel et de viabilité, mais des améliorations sont possibles dans certains domaines. L'efficacité des interventions qui demeure le problème majeur est jugée insuffisante. Il faudrait toutefois ajouter que certaines activités du projet ont été entreprises à un moment où le pays était en proie à une forte inflation et à des fluctuations monétaires, entraînant la remise en cause des plans et des budgets. La vacance pendant trois ans du poste de gestionnaire de tâches a contribué à exacerber la situation. Les causes de l'inefficacité sont, entre autres, les retards considérables et la faiblesse de la qualité du projet à l'entrée, facteurs qui ont engendré des dépassements de coûts et compromis l'achèvement de certains travaux de construction ainsi que l'installation des équipements médicaux. Il a fallu modifier certaines activités de formation et certaines sous-composantes pour tenir compte des réaffectations de ressources. Les interventions dans le secteur de la santé ont en outre été entravées par le déficit de communication avec la Banque et l'utilisation peu satisfaisante des approches participatives dans le cycle du projet. La revue de l'assistance de la Banque au secteur de la santé a été complétée par une évaluation générale et la notation des performances dans d'autres domaines clés. Selon cette évaluation, la Stratégie d'assistance de l'institution est satisfaisante tandis que les performances de l'Emprunteur et de la Banque sont faibles. La combinaison des notes des interventions avec celles d'autres domaines clés donne une moyenne générale satisfaisante mais des améliorations sont possibles dans la perspective du renforcement de l'efficacité des opérations futures.

5. *Principales leçons apprises:* a) l'absence d'une représentation locale de la Banque au Ghana empêche l'institution de tirer parti du dialogue sur les politiques ; b) la participation aux différentes phases du cycle des projets améliore l'efficacité même si l'on peut se féliciter de la réalisation des projets en dépit de cette absence de participation ; c) l'abnégation des gestionnaires du personnel et des gestionnaires de tâches, l'appui politique, les bénéficiaires, et la participation effective sont autant d'éléments susceptibles de produire les extrants attendus.

6. *Recommandations au Gouvernement:* a) La fuite des cerveaux étant l'un des principaux défis qui se posent au secteur de la santé, le Gouvernement devrait fournir au personnel des logements, prendre d'autres mesures d'encouragement et former un plus grand nombre de directeurs d'hôpitaux ; b) initier une étude visant à mieux cerner et à mieux analyser la question de l'exode des cerveaux et s'assurer que la conception et la planification des interventions sont fondées sur une évaluation réaliste des ressources locales, laquelle inclura un programme de renforcement des capacités ; c) le Gouvernement devrait veiller à ce que les gestionnaires de projet assurent effectivement la gestion et la mise en œuvre des projets pour permettre la réalisation des objectifs souhaités et utiliser les services du secteur privé, si nécessaire ; d) le Gouvernement devrait veiller à la mise en œuvre de la nouvelle Loi sur les audits afin de proposer aux partenaires au développement un cadre solide de recours à l'approche sectorielle.

7. *Recommandations à la Banque :* a) La Banque devrait participer au Fonds commun pour la santé dans le respect des procédures de l'institution ; b) la Banque devrait systématiquement recourir aux études sociales pertinentes qui sont disponibles dans ses domaines d'intervention ; c) la Banque ne devrait pas maintenir les gestionnaires de tâches sur un même projet et/ou dans un même pays pendant plus de cinq ans ; d) la Banque devrait renforcer l'efficacité de ses interventions par une meilleure utilisation des processus participatifs dans tous les aspects du cycle du projet, par l'amélioration de la qualité de son mécanisme de revue, le renforcement des activités de formation du personnel des organes d'exécution et la réduction de la charge de travail des gestionnaires de tâches.

1. CONTEXTE

1.1 Objectifs de l'évaluation

1.1.1 La revue du secteur de la santé vise les objectifs suivants: a) évaluer la pertinence des opérations financées à travers des projets sur la période 1985-2004 ; b) examiner l'efficacité de l'assistance de la Banque au secteur de la santé du Ghana, en termes d'amélioration du système sanitaire et d'accès aux services de santé ; c) promouvoir une révision des politiques et réformes institutionnelles du secteur de la santé ; et d) identifier les leçons tirées des expériences acquises pendant la période visée en vue de renforcer les futures politiques et procédures de la Banque et d'améliorer la qualité de ses interventions.

1.1.2 La revue, de manière critique: a) examine dans quelle mesure les stratégies mises en œuvre dans le cadre des opérations de prêt et de l'assistance hors-prêts concordent avec les priorités sanitaires des autorités ghanéennes, et b) évalue l'impact des interventions de la Banque dans le secteur, soulignant les articulations entre les buts/objectifs et les indicateurs de rendement ciblés par la Banque au cours de la période visée par la Stratégie d'assistance au pays. Ainsi, les conclusions de la revue, les leçons et les recommandations serviront d'intrants à la revue de la Stratégie d'assistance pays de la Banque pour le Ghana et de contribution aux revues sectorielles qu'OPEV entreprendra plus tard. Quant aux enseignements tirés, ils seront partagés avec le Département Opérations.

1.2 Portée et méthodologie

1.2.1 L'évaluation se fonde essentiellement sur l'analyse documentaire des opérations de prêt et des interventions hors-prêts antérieures et récentes de la Banque dans le secteur de la santé au Ghana. Elle examine aussi les stratégies mises en œuvre au fil des ans aux fins de tirer des leçons des expériences acquises et formule des recommandations pour les opérations futures. L'examen repose sur l'analyse des documents disponibles tels que les rapports d'évaluation, les rapports d'achèvement de projet, les rapports de revue du portefeuille par pays, les rapports de missions de supervision et les revues annuelles du portefeuille des interventions en cours dans le secteur de la santé et de celles achevées. L'évaluation tient compte des évolutions intervenues au niveau de la Banque, notamment de la priorité qu'elle accorde désormais dans son programme de développement aux questions transversales – gouvernance, genre, pauvreté, environnement, VIH/sida, participation communautaire et intégration régionale. Elle prend également en compte l'impact des documents de politique introduits à un moment ou à un autre, ainsi que les aménagements apportés aux directives et procédures opérationnelles adoptées au fil des ans en vue de la gestion du portefeuille de la Banque¹.

1.2.2 La revue inclut des entretiens avec le personnel de la Banque, le Gouvernement, les organes d'exécution, les partenaires de la coopération au développement et autres acteurs ayant une connaissance directe ou indirecte des projets de la Banque. La méthodologie s'est fondée sur les missions dépêchées au Ghana du 27 février au 16 mars 2005 afin de partager

¹ L'Équipe chargée de la Revue voudrait exprimer sa gratitude à toutes les personnes et organisations qui ont collaboré et coopéré à la réalisation de cette revue.

les points de vue des différents acteurs du secteur et d'évaluer les résultats. Des entretiens et des discussions de groupe de réflexion ont eu lieu avec les utilisateurs finaux, notamment le personnel sanitaire et les couches de la population principalement visées par les investissements dans le secteur de la santé. Le Gouvernement et les partenaires au développement ont mis à la disposition de la mission de revue des données et des publications adéquates, à l'exception du document intitulé *Pre-Investment Design and Engineering Studies in the Health Sector*² qui n'était disponible ni à Tunis, ni à Accra.

1.3 Contexte socioéconomique

1.3.1 Le Ghana est un pays d'une superficie de **239 000 km²**. Sa population qui avoisinait les 11 millions d'habitants en 1980 est aujourd'hui estimée à 21 millions³ de personnes. De son accession à l'indépendance en 1957 à ce jour, le Ghana a connu différents régimes politiques dont les performances aux plans économique et social furent sensiblement différentes. Au cours de cette période, l'assiette fiscale du gouvernement s'est rétrécie du fait de la baisse des revenus et de la production. Le déficit considérable engendré par cette situation a provoqué une hausse de l'inflation et alourdi le fardeau de la dette extérieure. Il a par ailleurs entraîné une chute des dépenses et une négligence généralisée des infrastructures du pays et des services éducatifs et sanitaires. On estime que près de 2 millions de ghanéens, dont 14 000 enseignants, ont quitté le pays. Le personnel de la santé fut complètement démotivé et beaucoup choisirent de s'expatrier. On estime en outre que 60% des médecins diplômés dans les années 80 exercent hors du pays.

1.3.2 En 1983, le Gouvernement du Président Rawlings a pris des mesures en vue de lutter contre la corruption et de rétablir les fondements de la croissance économique par le biais du premier Programme de redressement économique (ERP I). Ce programme, conçu en étroite collaboration avec la Banque mondiale et le FMI, visait à stabiliser l'économie. En 1992, une nouvelle constitution multipartite a été adoptée puis des élections organisées. Le Ghana a traversé une brève période d'incertitude économique qui s'est compliquée par des difficultés de gestion fiscale et une baisse des revenus du cacao et de l'or. Les dépenses de l'État ont dépassé les seuils convenus entraînant la suspension de l'assistance d'un certain nombre de bailleurs de fonds. L'État a cédé ses avoirs dans un certain nombre de sociétés. Cependant, le Gouvernement a continué d'affirmer la nécessité de réduire la pauvreté et choisi de ne point remettre en cause les dépenses relatives à l'éducation et à la santé de base.

1.3.3. Lorsque le Président Kufuor et son Gouvernement ont pris les rênes du pouvoir en janvier 2001, l'économie ghanéenne était à nouveau en crise. Le taux d'inflation était de 41%. Quant au déficit budgétaire et aux dettes extérieures et intérieures, ils avaient atteint des niveaux insoutenables. Ce contexte macroéconomique a provoqué une remise en cause des dépenses sociales et des activités de réduction de la pauvreté puisque le Gouvernement avait des difficultés à honorer ses obligations financières de contrepartie au titre des projets appuyés par les bailleurs de fonds, dont ceux des secteurs sociaux.

² FAD Ghana: *Proposition de prêt pour financer des études techniques de préinvestissement dans le secteur de la santé*, 16 août 1985.

³ BAD: *Rapport sur le développement en Afrique 2004 et Statistiques choisies sur les pays africains 2004*.

1.3.4 Le Gouvernement du Président Kufuor, fermement soutenu par les bailleurs de fonds, a adopté et mis en œuvre des politiques monétaires et fiscales prudentielles qui ont restauré la stabilité macroéconomique, la croissance économique et la confiance des investisseurs. Le taux d'inflation a été ramené de 40,5% à la fin 2000 à 10,5% à la fin du premier trimestre 2004. En terme de progrès économique, l'augmentation du cours du pétrole a mis en difficulté l'économie ghanéenne. Le Ghana examine actuellement la question du niveau des prix du carburant et de la subvention attendue de l'État à un moment où le pays s'efforce de s'adapter aux augmentations de prix⁴.

1.3.5 Il reste certes beaucoup à faire mais, de manière générale, les conditions de vie au Ghana s'améliorent depuis plus de 15 ans. Le taux moyen réel de croissance économique par habitant était de -1,1% pendant la période 1980-1990 et de 1,9% entre 1991-2003. Les dépenses de consommation finale des ménages par habitant ont baissé de -0,8% par an entre 1980-1990 et augmenté de 1,6% entre 1990-2001. L'indice du développement humain était de 0,439, 0,511 et 0,568 respectivement en 1975, 1990 et 2002. La proportion de personnes ayant un accès durable à une hygiène améliorée est passée de 61% en 1990 à 72% en 2000. Le nombre de dénutris a baissé de 35% à 25% entre 1990/92 et 1999/2001. La prévalence du VIH/sida au Ghana est faible au regard de la situation épidémiologique en Afrique. En 2003, le taux de prévalence était de 3,1% (erreur-type 1,9-5). L'espérance de vie est passée de 49,9 ans à 57,9 ans entre 1970-75 et 2000-2005. En outre, la mortalité des moins de 5 ans a considérablement baissé passant de 190 à 100 pendant la période 1970-2000.

1.3.6 La forte dépendance à l'égard de l'aide des bailleurs de fonds est l'un des plus grands défis auxquels se trouve confronté le Ghana. Par exemple, dans le secteur agricole qui occupe la plupart des personnes démunies, l'appui des bailleurs de fonds a représenté en 2003, 67% du budget des programmes agricoles. Une si forte dépendance à l'égard de l'aide engendre des incertitudes et limite les potentialités de croissance dans le domaine agricole et ce, dans la mesure où le niveau des ressources allouées par habitant par les bailleurs de fonds est en baisse depuis 1990⁵. Les problèmes liés à la dépendance croissante vis-à-vis de l'appui des bailleurs de fonds sont accentués par la stagnation des investissements privés, ce qui constitue un défi majeur pour une croissance durable dans le pays⁶. La stagnation observée en 2003 dans le domaine des investissements privés pendant trois années consécutives suscite des préoccupations d'autant plus que le Gouvernement fait du secteur privé son moteur de croissance.

1.3.7 Le secteur de la santé est confronté à un certain nombre de défis, notamment : a) la stagnation préoccupante des progrès concernant d'importants indicateurs du secteur et ce, en dépit de l'augmentation des dépenses de santé ; b) la nécessité d'une analyse approfondie, principalement du niveau élevé des taux de mortalité infantile et des moins de 5 ans ; c) le paludisme reste la principale cause des taux élevés de morbidité et de mortalité ; d) le taux de mortalité maternelle est élevé mais on n'en connaît avec exactitude ni les chiffres, ni les causes ; e) outre ses graves conséquences sur les individus et les familles, l'épidémie du VIH/Sida est susceptible de drainer vers le secteur de la santé tant les ressources financières que d'importantes ressources humaines indispensables au développement du pays ; f) les difficultés d'accès, notamment des pauvres, aux services de santé par manque de moyens financiers est une cause majeure de graves maladies et de décès ; g) les services de santé sont sous-utilisés en raison de problèmes d'accès physique ; h) l'expatriation massive vers les

⁴ Professeur Mike Ocquaye, 'Govt can't reduce fuel prices', *Daily Graphic*, 02.03.05.

⁵ Base de données du CAD-OCDE.

⁶ BAD/OCDE, 2003/2004: *Perceptives économiques en Afrique*

pays développés de travailleurs de la santé qualifiés, principalement les docteurs et les infirmières, continue d'entraver l'efficacité des prestations de services de santé et ce, plus particulièrement aux niveaux régional et de district ; et i) les fonds alloués au secteur de la santé restent inadéquats⁷.

1.3.8 L'expatriation massive des personnels de la santé à laquelle on assiste au Ghana semble avoir atteint un niveau inégalé en Afrique. On estime que le tiers du personnel médical qualifié du pays s'est expatrié entre 1993 et 2002⁸. Le secteur de la santé se trouve confronté à un autre défi, notamment sa difficulté à attirer et à retenir le personnel médical qualifié dans les zones rurales et défavorisées. Le Gouvernement poursuit ses efforts en vue d'endiguer la fuite des cerveaux dans le secteur de la santé⁹. À cet effet, il a créé en 2002 un Fonds renouvelable véhicules en faveur des travailleurs de la santé. Afin de limiter l'exode des étudiants envoyés à l'étranger pour des études de 3^{ème} cycle, le Gouvernement a ouvert en 2004 une Ecole nationale de médecine. Pour retenir et attirer vers le pays un plus grand nombre de personnes qualifiées, le Ghana devra revoir les conditions de service des fonctionnaires, ce qui contribuerait à renforcer la performance économique et les prestations de services dans le secteur social.

1.4 Histoire des relations entre la Banque et le pays

1.4.1 Les interventions de la Banque au Ghana remontent à plus de trois décennies. La première opération fut le « Nasia Rice Project » lancée en 1973. A la fin de 2003, au total 855 millions d'UC environ avaient été approuvés, soit 2,6% de l'ensemble des prêts et dons accordés à l'Afrique par la Banque jusqu'en 2003. En cinq ans, soit de 1999 à 2003, le montant total des prêts et dons approuvés en faveur du Ghana est passé d'environ 16 millions d'UC (1999) à près de 81 millions d'UC (2003). La répartition comparative et cumulative des ressources allouées par secteur au Ghana et à l'Afrique dans son ensemble sur la période 1967-2003 est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1.
Approbation de prêts et de dons par secteur, 1967-2003

Secteur	Ghana (000,000 UA)	Afrique %	Ghana %	Afrique %	Différence %
Agriculture et développement rural	188	6,132	22.0	18.5	3.5
Secteur sociaux	148	3,901	17.3	11.7	5.5
<i>Éducation</i>	51	2,195	6.0	6.6	-0.7
<i>Santé</i>	49	1,217	5.7	3.7	2.1
Transport	127	5,325	14.8	16.0	-1.2
Industrie et mines	120	1,928	14.0	5.8	8.2
Multisecteur	104	4,881	12.1	14.7	-2.5
Secteurs financiers	92	4,503	10.7	13.6	-2.8
Électricité/énergie	41	3,134	4.8	9.4	-4.6
Adduction d'eau et assainissement	31	2,500	3.6	7.5	-3.9
Télécommunications	5	911	0.6	2.7	-2.2
Total	856	33,215	100.0	100.0	0.0

Source: Banque africaine de développement, compilation des statistiques sur les opérations de la Banque, 2004

⁷ *Health Partners Memorandum. Joint Response to the MoH Draft POW 2005*, Sommet sur la santé, décembre 2004 *Op. cit.*, p. 2.

⁸ Banque de développement / OCDE, *Perceptives économiques en Afrique, 2003-2004*. Paris, 2004, p. 175.

⁹ The strategy and measures are set out in Government of Ghana / Ministry of Health: *Human Resource Policies and Strategies for the Health Sector, 2002-2006*, September 2002.

1.4.2 Au Ghana, les secteurs de l'agriculture et du développement rural ont été les mieux lotis en terme de subventions, suivis des secteurs sociaux. Parmi les secteurs sociaux, ceux de l'éducation et de la santé ont reçu pratiquement des parts identiques, environ 6% chacun. Au regard des ressources approuvées en faveur de l'ensemble des Pays membres régionaux, les secteurs sociaux occupent la 5^{ème} place tandis qu'au Ghana, ils sont classés 2^{ème}. Il ressort du tableau 1 que le Ghana investit plus dans la santé que les autres pays africains tandis que le niveau des investissements dans le secteur de l'éducation est identique pour tous. Les données disponibles sur les cinq dernières années révèlent que les décaissements totaux en faveur des secteurs sociaux au Ghana ont sensiblement augmenté entre 1999 et 2003, ce qui traduit un affermissement des engagements à l'égard des secteurs sociaux. Cette tendance s'inscrit en droite ligne de la Vision de la Banque et de l'engagement qu'il a formellement pris, en apportant son appui aux pays africains, de privilégier la réalisation des Objectifs de développement du millénaire, lesquels visent tous le renforcement du capital humain.

Tableau 2
Assistance de la Banque au secteur social
(en UC à la fin 2004)¹⁰

Secteur	Instrument		Montant net approuvé	%	Achevé	Statut
	Prêt	Dons				
Santé	4	2	45,338,659	42	4	2
Education	3	1	49,776,665	46	2	2
Parité homme-femme	1	1	1,834,780	2	2	0
Réduction de la pauvreté-Microfinance	1	0	11,000,000	10	1	0
Total secteur social	9	4	107,950,104	100	9	4
Source: Données sur le développement africain						

1.4.3 Le montant cumulatif de l'aide approuvée par la Banque en faveur des secteurs sociaux en fin 2004 a été tel qu'indiqué. Parmi les secteurs sociaux, les secteurs de la santé et de l'éducation ont bénéficié de la part de la Banque d'un niveau d'appui identique, soit au total 88% de l'ensemble des subventions allouées au secteur. Des données détaillées sur les interventions passées de la Banque dans le secteur sont présentées à l'annexe 2.

2. REVUE DE LA STRATEGIE D'ASSISTANCE DE LA BANQUE

2.1 Politique de la Banque dans le secteur de la santé.

2.1.1 Depuis sa création, la Banque œuvre au développement des ressources humaines dans ses Pays membres régionaux. Ses premières interventions dans le secteur de la santé remontent à 1975. En 1987, elle a adopté un Document de politique de la santé qui a servi d'assise technique au financement de projets et d'études¹¹. Le document analyse les principaux problèmes sanitaires que connaît l'Afrique dans le domaine de la santé, souligne

¹⁰ L'appui au secteur de la santé exclut les fonds approuvés mais non utilisés s'élevant à 3 millions d'UC, ainsi que détaillés au paragraphe 3.1.

¹¹ Banque africaine de développement, *Document de politique du secteur de la santé*, Abidjan, octobre 1987.

les rapports entre santé et développement socioéconomique et fournit des orientations en vue du financement du secteur de la santé. En ce qui concerne les administrations sanitaires africaines ne disposant pas des capacités requises pour assurer une planification et une gestion efficiente des programmes de santé, l'objectif de la politique de la santé consistait à privilégier le financement de projets visant à améliorer les compétences des fonctionnaires de l'État qui participent à la planification et à la gestion des programmes de santé grâce à des programmes de formation et à une assistance technique à court terme.

2.1.2 La politique de la santé a été révisée en 1996 en vue de son adaptation aux nouveaux défis tels que la pandémie du VIH/sida, la rapide croissance démographique et l'augmentation de la proportion de ménages dirigés par les femmes¹². Elle reconnaît en outre la nécessité d'une implication de l'ensemble des parties prenantes. La politique de la Banque en matière de santé relève que les programmes de santé publique étaient organisés et gérés verticalement et qu'une importante partie des fonds publics était consacrée aux soins curatifs en milieu urbain et ce, au détriment de la masse populaire rurale. On a donc considéré que privilégier les soins de santé primaire offrirait aux pays africains un maximum de chances d'améliorer l'accès durable aux services de santé et ce, à un coût compétitif. Cette politique reconnaît la nécessité d'une participation des usagers finaux, des bénéficiaires, du secteur privé et des ONG à l'élaboration des projets. Elle souligne par ailleurs le besoin d'une conjugaison des efforts des PMR et des partenaires au développement par une collaboration effective au développement du secteur de la santé.

2.1.3 La *Revue annuelle du portefeuille* de 1998 qui a porté essentiellement sur le secteur de la santé, a relevé un renforcement de l'engagement au développement du secteur social, ainsi qu'il est indiqué dans les documents relatifs aux V^{ème} et VI^{ème} Fonds de développement, et une amélioration de la pertinence et de la qualité des opérations de prêt dans le secteur de la santé. La *Revue des expériences de la Banque en matière de santé rurale* réalisée en 1999 a révélé que le secteur de la santé avait englouti 71,5% des ressources allouées par la Banque au secteur de la santé alors que les soins de santé primaire et les services préventifs n'ont bénéficié respectivement que de 2,3% et 2,6% de ces fonds. Il ressort en outre de cette revue que 80% du financement ont été consacrés à la construction de bâtiments. Elle a relevé de nombreuses faiblesses qui entravent l'amélioration de la santé dans les zones rurales dont : a) l'inadéquation des affectations budgétaires au titre des charges récurrentes des centres de santé ruraux et des hôpitaux de district ; b) une pénurie de personnel due à des conditions de travail peu satisfaisantes ; c) des déséquilibres favorisant le secteur des soins curatifs en milieu urbain ; d) l'inefficience des politiques de développement des ressources humaines ; e) un déficit de communication avec les hôpitaux de référence.

2.1.4. En résumé, dans le cadre de la stratégie de la santé mentionnée plus haut, la Banque a identifié pour le secteur les priorités suivantes : a) la promotion de la santé reproductive, la planification familiale, la santé maternelle et la maternité sans risque, les mesures nutritionnelles visant à lutter contre le VIH/sida et les changements de comportement ; et b) l'appui aux réformes institutionnelles y compris la décentralisation, l'investissement dans la recherche, la formation et les infrastructures, le développement des capacités managériales, la fourniture d'infrastructures et d'équipements appropriés pour une meilleure prestation des services de santé ; et c) l'établissement d'un partenariat entre la Banque et les organisations internationales, et la facilitation du dialogue instauré avec les Pays membres régionaux sur les questions de développement sanitaire.

¹² Banque africaine de développement, *Document de politique du secteur de la santé*, Abidjan, septembre 1996.

2.1.5 La politique de la Banque en matière de santé est similaire à celle d'autres bailleurs de fonds et banques de développement chefs de file, tels que la Banque mondiale. Néanmoins, la Banque semble hésiter à prendre les devants dans le renforcement de cette politique. Elle n'assume donc pas pleinement ses responsabilités dans le domaine du développement. Le fait que l'Afrique soit le continent le plus touché par le VIH/sida l'atteste. La Banque pourrait par conséquent se voir contrainte d'accorder une attention plus thématique et davantage de ressources à la création d'un centre de référence dont les fondements reposeront sur les connaissances relatives aux pratiques exemplaires et sur la nécessaire définition des futures stratégies.

2.2 La stratégie de la Banque envers le Ghana

2.2.1 Les interventions de la Banque dans le secteur de la santé sont fondées sur les stratégies énoncées dans ses documents de politique envers les Pays membres régionaux. Jusqu'en 1996, les interventions étaient basées sur les Documents de programmation économique par pays. Ledit document pour la période 1991-1993 relève que la faible performance des projets exécutés dans le pays est liée aux conditions économiques difficiles ainsi qu'à la mauvaise gestion. Le rapport explique par ailleurs comment les difficultés économiques du pays ont provoqué la fuite des cerveaux et une forte rotation du personnel. Le document pour la période 1994-1996 se préoccupe des délais d'élaboration par les organes d'exécution des documents requis pour l'entrée en vigueur des prêts et du manque de familiarité des procédures de la Banque en matière de décaissement et d'attribution des marchés. Ces conclusions sont confirmées dans la présente évaluation.

2.2.2 Depuis 1996, la Stratégie de la Banque envers le Ghana est énoncée dans une série de *Documents de stratégie d'aide envers le pays*. Dans le *Document de stratégie par pays (DSP) du Ghana pour 1996-1998*, la Banque a fait de la réduction de la pauvreté sa priorité absolue, privilégiant ainsi les secteurs sociaux, notamment l'accès à l'éducation de base dans les zones défavorisées et la question du VIH/sida. Le secteur social a bénéficié de 35% des allocations prévisionnelles au titre du DSP.

2.2.3 Au regard des stratégies de réduction de la pauvreté adoptées par le Gouvernement, le *Document de stratégie par pays pour 1999-2001* a insisté, comme le précédent, sur l'importance d'un appui aux secteurs sociaux, mais n'empêche que dans le DSP pour cette période, ce sont les projets multisectoriels qui ont bénéficié des allocations financières les plus élevées en terme de décaissement réel. Le document indique qu'en juillet 1999, la Banque a adhéré au Cadre global de développement, un mécanisme visant à renforcer l'appropriation et le rôle de chef de file de l'État dans la mise en œuvre des programmes de développement. Le Cadre global de développement a regroupé les partenaires en vue de leur soutien à la mise en œuvre de leurs interventions. Les programmes étaient élaborés et articulés par 15 groupes de coordination créés au niveau du secteur et pilotés par le Gouvernement. Le Document de stratégie pays relève cependant que le Groupe de la Banque n'a participé aux travaux d'aucun de ces groupes de coordination parce qu'il ne possède pas de représentation au Ghana. La version actualisée du DSP datée de 1999 porte sur l'efficacité et l'efficacités des secteurs sociaux, dont les projets de santé.

2.2.4 Le *Document de stratégie pays 2002-2004*¹³ a) indique que la pandémie du VIH/sida pourrait bientôt constituer une entrave majeure à la croissance durable et à la réduction de la pauvreté au Ghana, explique comment le VIH/sida a conduit à la mise en place du *troisième Projet de réhabilitation du secteur de la santé* qui prévoit un appui substantiel à l'amélioration des services de transfusion sanguine et de dépistage sanguin ; b) fait état de la nécessité de renforcer le dialogue entre la Banque et le Gouvernement sur les questions liées à l'appui financier multidonateur, à la bonne gouvernance, à la gestion du portefeuille en vue de l'amélioration de la performance de certains projets entrepris au Ghana, en terme d'exécution et d'efficience. Les secteurs sociaux ont bénéficié de 48% des décaissements effectifs pendant cette période.

2.3 Les politiques et stratégies du Gouvernement

2.3.1 La Stratégie de réduction de la pauvreté du Ghana sert de cadre pour la coordination du développement social et économique¹⁴. Elle intègre tous les programmes de l'Etat dans l'ensemble des secteurs et définit un certain nombre de priorités en vue de l'amélioration de la qualité et de l'égalité d'accès aux services de santé de base. La Stratégie reconnaît que les questions de santé, notamment le VIH/sida, sont influencées par les actions entreprises dans une série d'autres secteurs. Elle identifie aussi un certain nombre de groupes de personnes vulnérables et exclues prioritaires : les femmes et les enfants, les handicapés et les personnes âgées, les personnes vivant avec le VIH/sida. Ce sont ces groupes qui sont principalement visés par les services de base. Les trois régions du Nord et la région du Centre sont considérées comme des zones prioritaires. Pendant plusieurs années, le Gouvernement a organisé le financement de la Stratégie du secteur de la santé à travers un mécanisme axé sur les secteurs, auquel a adhéré la quasi-totalité des partenaires au développement et ce, soit pleinement soit partiellement.

2.3.2 Le *Premier programme de travail* qui correspondait à la Stratégie de la santé pour le moyen terme 1997-2001 a révélé qu'en dépit d'acquis significatifs dans un certain nombre de domaines liés à la santé, tels que la couverture vaccinale et la mortalité des moins de 5 ans (qui a baissé de 27% entre 1988 et 1998), les décès d'enfants représentent encore 50% de l'ensemble des décès¹⁵. L'actuelle politique de la santé est définie dans le deuxième Programme quinquennal de travail du secteur de la santé 2002-2006 dont l'objectif global consiste à réduire les inégalités d'accès aux services de santé au Ghana – entre le Nord et le Sud, entre les zones urbaines et les zones rurales, ainsi que les inégalités liées au genre, à l'éducation et aux handicaps. Les principales composantes de la politique de l'État se rapportent aux buts de développement internationaux en matière de santé, à savoir : a) réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile et des moins de 5 ans d'ici à 2015 ; b) réduire de trois-quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015 ; c) assurer l'accès de tous aux services de santé reproductive d'ici à l'an 2015 ; d) réduire les taux d'infection par le VIH de 25% chez les 15-24 ans dans le monde d'ici à 2015 ; et e) réduire le taux de mortalité par la tuberculose et le paludisme de 50% d'ici à 2012. Ces buts ont été transposés à l'échelon national et transparaîtront de plus en plus dans les buts définis aux niveaux régional et des districts afin de guider et d'éclairer la définition des actions prioritaires locales dans un contexte décentralisé.

¹³ BAD /FAD, *Document de stratégie par pays du Ghana pour 2002-2004*, 16 avril 2003.

¹⁴ *Ghana Poverty Reduction Strategy 2003-2005 - An Agenda for Growth and Prosperity, Volume 1.*

¹⁵ **Ministère de la santé**, *The Second Health Sector 5-Year Programme of Work 2002-2006*, **Novembre 2003**, p. 5.

2.3.3 Si aux niveaux district et sous-district le nombre d'établissements sanitaires a sensiblement augmenté au cours des première et deuxième années des programmes quinquennaux de travail, l'amélioration espérée dans la qualité des services de santé a été entravée par la fuite des cerveaux. Les investissements dans les établissements des sous-districts n'ont pas encore permis de lever toutes les entraves aux soins de santé. De l'indépendance jusqu'au début des années 80, les pouvoirs publics ont ouvert un grand nombre d'établissements publics qu'ils ont dotés de personnel, en supposant que la facilitation de l'accès physique à des services relativement bon marché avantagerait les pauvres. Aujourd'hui, on estime qu'il est plus important de développer des structures à base communautaire et d'orienter les services vers les clients et la communauté, proposant ainsi aux individus et à la communauté des prestations conformes à leurs besoins et à leurs attentes¹⁶.

2.3.4 La stratégie du Gouvernement en matière de santé est ancrée dans une approche axée sur une *Planification et des services à base communautaire*, laquelle permet à la fois d'appliquer les mesures intermédiaires critiques de performance visées dans le programme du secteur de la santé et de réaliser les objectifs des trois domaines prioritaires d'action de la Stratégie de réduction de la pauvreté du Ghana. L'approche axée sur une *Planification et des services à base communautaire* vise essentiellement la réalisation de trois objectifs majeurs qui sont : a) l'amélioration de l'accès aux services ; b) l'amélioration de l'efficacité et la satisfaction des besoins des clients ; et c) la promotion d'une collaboration intersectorielle efficace. La place accordée à la décentralisation et le niveau des capacités financières et humaines des Assemblées de district et des ressources sanitaires sont des facteurs vitaux de « succès-échec » de la stratégie du Gouvernement visant l'amélioration de l'égalité d'accès des pauvres qui sont disproportionnellement mal lotis face aux maladies et autres risques.

2.3.5 Pour remédier aux graves problèmes de ressources humaines qui se posent dans le secteur de la santé, le Gouvernement a élaboré un document sur les Politiques et les stratégies en matière de ressources humaines visant à pallier le problème de la répartition inéquitable du personnel sanitaire et celui de la fuite des cerveaux¹⁷. La stratégie prévoit les besoins et les dotations en ressources humaines pour les cinq prochaines années (2002-2007) et explique comment rationaliser au mieux le personnel en vue de parvenir aux ratios souhaités. En fin 2001, le Ghana comptait 18 468 000 d'habitants et avait 1,600 médecins, 11 876 infirmier/infirmières et 1 136 pharmaciens. Le ratio médecins/1 000 habitants était de 0,09; il était de 0,4 pour les infirmiers/infirmières et de 0,07 pharmaciens. En 1967, les ratios correspondants s'établissaient à 0,08, 0,4, et 0,04 respectivement, révélant ainsi qu'en 35 ans, aucune évolution substantielle n'a été observée. Le ratio souhaité par le Ghana pour l'année 2006 est respectivement de 0,2 pour les docteurs, 0,1 pour les pharmaciens et 1,01 pour les infirmiers/infirmières qualifiés. Une telle politique impose un ajustement sensible du nombre d'admis aux études de médecine et une augmentation des postes ouverts¹⁸. Reconnaisant la nécessité d'endiguer la fuite des cerveaux, les politiques gouvernementales ont défini plusieurs activités visant la rétention du personnel à différents niveaux des services de santé. Il s'agit ici d'un défi redoutable d'autant plus que le personnel médical ghanéen est fortement demandé par de nombreux pays développés.

¹⁶ **Community-Based Health Planning and Services**, *Ghana Health Service Policy Document No 20, Janvier 2005*.

¹⁷ **À titre d'exemple, le nombre de médecins est passé de 1 154 en 1996 à 964 en 2002.**

¹⁸ Gouvernement du Ghana / Ministère de la santé: *Human Resource Policies and Strategies for the Health Sector, 2002-2006*. Septembre 2002, p. 12.

2.4 Pertinence de la stratégie d'aide de la Banque

2.4.1 La Stratégie d'aide et les politiques de la Banque concordent parfaitement avec les priorités sanitaires du Ghana. Elles sont conformes à l'objectif de la Banque et du Gouvernement visant la promotion d'une croissance durable et la lutte contre la pauvreté en Afrique, notamment par l'investissement dans le développement du capital humain. Il s'agit pour les membres de la Banque, pays régionaux et non régionaux compris, d'un objectif commun que partage par ailleurs la communauté internationale au travers des objectifs de développement du millénaire pour 2015¹⁹.

2.4.2 La lutte contre la pauvreté est un objectif primordial tant pour le Gouvernement que pour la Banque. Ils sont unanimes pour œuvrer au renforcement de la base des ressources humaines et à la réduction de la pauvreté, objectifs énoncés dans la Stratégie de réduction de la pauvreté du Ghana. Cependant, ainsi qu'il est indiqué s'agissant du secteur de l'éducation, l'approche de la Banque diffère de celle du Gouvernement en terme de réalisation des investissements dans le secteur de la santé. La Banque ne semble pas disposée à se conformer totalement aux dispositions institutionnelles du Gouvernement pour le secteur de la santé, ce qui pourrait expliquer les retards considérables dans le démarrage des nouvelles interventions approuvées par la Banque en octobre 2002 au titre de ce secteur.

3. ÉVALUATION DES RÉSULTATS: OPÉRATIONS DE PRÊT

3.1 Opérations de prêt au secteur de la santé

3.1.1 La Banque a financé trois opérations de prêt qui sont toutes achevées, tel que détaillé dans l'annexe 2. Il est prévu une quatrième intervention mais celle-là n'a pas encore démarré. Le Projet relatif aux Études sur la réhabilitation des hôpitaux a été approuvé en septembre et signé le mois suivant. Il a démarré en février 1987 et s'est finalement achevé en juin 1994. Il aura ainsi duré neuf ans²⁰. Le projet a été approuvé pour un montant de 1,73 millions d'UC, déjà décaissés. Il visait la réalisation d'études de préinvestissement sur la conception et les aspects techniques du futur *premier Projet de Réhabilitation du secteur de la santé*

3.1.2. Le *premier Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* a été approuvé en janvier 1990, signé en novembre 1990. Démarré en janvier 1991, il s'est achevé à la fin 1999. Le prêt approuvé s'élevait à 13,88 millions d'UC dont 12,53 millions d'UC ont été décaissés, laissant un solde de 1,35 millions sous-utilisés. Les principaux volets du projet étaient : (a) la réhabilitation du Korle Bu Teaching Hospital, Accra, du Komfu Anokye Teaching Hospital, Kumasi, et du Effia-Nkwanta Hospital, Sekondi /Takoradi; (b) le renforcement des capacités de maintenance hospitalière; (c) le renforcement de la gestion hospitalière; (d) l'appui aux soins de santé primaire par un soutien au Programme élargi de vaccination; et (e) la mise en place et l'appui à une Cellule d'exécution du projet.

¹⁹ Les Objectifs de développement du millénaire énoncés par les Nations Unies en 2000 sont: a) réduire l'extrême pauvreté et la faim; b) assurer l'éducation primaire pour tous; c) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes; d) réduire la mortalité infantile; e) améliorer la santé maternelle; f) combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies; g) assurer un environnement durable et h) mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Selon un récent rapport du DFID, le Ghana est considéré comme étant en bonne voie pour assurer l'éducation primaire pour tous d'ici à 2015 et éventuellement avant ce délai. Le Ghana sera pratiquement parvenu à une égalité entre les sexes au niveau de l'éducation primaire dans les sept régions du Sud d'ici à la fin 2005.

²⁰ Le rapport de l'Étude sur la santé n'était pas disponible au moment de la revue.

3.1.3. Le *deuxième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* a été approuvé en décembre 1991. Signé en avril 1992, il a débuté en décembre 1993 et s'est achevé en décembre 1999. Le projet a été approuvé pour un montant de 13,82 millions d'UC. Environ 12,53 millions ont été décaissés laissant un solde de 1,67 millions sous-utilisés. Les principales activités entreprises ou planifiées au titre de ce deuxième projet sont : (a) la réhabilitation des hôpitaux de district de Yendi, de Keta, et de Kibi; (b) le renforcement des capacités de maintenance hospitalière; (c) le renforcement de la gestion hospitalière; (d) l'appui aux soins de santé primaire par un soutien au Programme élargi de vaccination; et (e) le renforcement de la Cellule d'exécution du projet.

3.1.4 Les rapports d'achèvement de projet ont été établis pour ces deux projets bien que toutes les activités n'aient pas été entreprises comme prévu. Ces rapports révèlent des dépassements qui oscillaient entre 400 000 dollars et 1 000 000 de dollars pour les principales composantes, entraînant l'annulation de plusieurs activités même si en définitive les fonds n'ont pas été intégralement utilisés.

Tableau 3
Prêts de la Banque au secteur de la santé
(en UC à la fin décembre 2004)

Projets	Date Approbation	Montant net approuvé	% Décaissement
Etudes réhabilitation des hôpitaux	27-Sep-85	1,723,323	100
Réhabilitation secteur santé I	16-Jan-90	12,527,818	100
Réhabilitation secteur santé II	30-Oct-91	12,146,927	100
Total Ops prêts achevées sect. santé		26,398,068	
Réhabilitation services sanitaires III	30-Oct-02	17,640,000	0
Total		44,038,068	60
Source: Données fournies par la BAD			

Source: Banque africaine de développement.

3.1.5. Le *troisième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* n'a pas encore démarré²¹. Le mécanisme d'élaboration du projet est une bonne illustration du processus adopté. Il mentionne les difficultés rencontrées dans le cadre des précédentes interventions, en terme de Qualité à l'entrée. Les processus de démarrage des projets de santé ont généralement été peu efficaces. Les négociations relatives au *troisième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* qui durent depuis deux ans en sont une illustration récente. L'une des raisons du retard actuel réside dans la non-observance par le ministère de la Santé des dispositions relatives au recrutement des cadres, visées dans l'évaluation du nouveau projet.

3.2 Pertinence

3.2.1 Les opérations de prêt de la Banque dans le secteur de la santé sont jugées très pertinentes. Le projet vise à améliorer l'accès aux services de santé par l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires et des capacités du personnel médical dans les zones

²¹ Toutes les conditions ont été remplies après la revue, ce qui a permis le démarrage du projet.

rurales et urbaines, objectifs conformes aux priorités du Gouvernement dans le secteur de la santé. Les interventions étaient fondées sur les résultats de l'étude sur les investissements qui illustre les contraintes et les besoins du secteur de la santé en termes de défis ainsi que les problèmes liés à son financement.

3.2.2 Dans l'ensemble, les interventions de la Banque sont pertinentes au regard du Document de stratégie de réduction de la pauvreté et des politiques nationales du Ghana en matière de santé. La pertinence des interventions de la Banque s'illustre par les activités entreprises dans le cadre des projets, notamment le financement d'établissements sanitaires, la formation du personnel, la fourniture de matériels et de mobilier.

3.3 Réalisation des objectifs

3.3.1 La mission a reçu une documentation adéquate pour la revue mais les principales données requises pour l'analyse quantitative des extrants n'étaient pas disponibles. Aux dires du personnel des hôpitaux visités, les interventions de la Banque ont permis d'améliorer l'accès aux services de santé en termes de qualité et de fréquentation. Il fut pourtant impossible d'obtenir des statistiques illustrant l'augmentation de la fréquentation des services de santé par les patients.

3.3.2 Les projets financés par la Banque ont généralement atteint nombre de leurs objectifs en matière d'infrastructure, de formation et d'amélioration de l'accès aux services de santé. Certains des objectifs, tels que les programmes de formation à l'intention des gestionnaires de la santé, du personnel chargé de la maintenance, et le renforcement de la Cellule d'exécution n'ont été réalisés qu'en partie. Les performances d'autres interventions, principalement celles relatives à la livraison et à l'installation d'équipements, la rénovation et la construction de nouvelles infrastructures, n'ont guère été satisfaisantes. En ce qui concerne les *premier et deuxième Projets de Réhabilitation du secteur de la santé*, les objectifs visant la construction de bâtiments ont été atteints même s'ils l'ont été avec du retard et si la qualité des travaux laisse à désirer. La réhabilitation de l'Hôpital de Yendi n'a pu être achevée dans le cadre du projet mais elle l'a été par la suite sur des fonds publics. De façon générale, les livraisons d'équipements sont achevées. Certains équipements n'ont cependant pas été installés ou sont tombés en panne peu après leur mise en route. Citons à titre d'exemple l'unité pharmaceutique de l'hôpital de Kibi dont le matériel de travail n'a pas été livré et dont une partie des équipements a été installée sans jamais avoir été utilisée. En revanche, certaines installations d'équipements sont une réussite (les matériels de radiographie de Keta et de Kibi ainsi que ceux des salles d'intervention) mais des problèmes de maintenance subsistent.

3.3.3 L'exécution des projets aurait été plus efficiente si la qualité à l'entrée avait été meilleure. Parmi les projets dont la qualité à l'entrée était médiocre, on peut citer l'Hôpital de Keta où il a été prévu la rénovation de la maternité sans qu'on ait pensé à un service de soins prénataux pour la fourniture de soins de base de qualité à la maternité. Bon nombre de problèmes de conception tiennent à la rigidité des plans de rénovation qui ne permettent pas de faire des aménagements en fonction des besoins exprimés et des contraintes locales. Dans l'ensemble, on a déploré la faible implication des usagers dans la conception des projets. Cette absence de mécanismes participatifs a entravé la réalisation des objectifs.

3.3.4. S'agissant des *premier et deuxième Projets de Réhabilitation du secteur de la santé*, les objectifs visant la construction de bâtiments ont pour l'essentiel été atteints même s'ils l'ont été avec du retard et si leur qualité laisse à désirer. On peut, à titre d'exemple, citer le problème d'inefficience qui s'est posé à l'Hôpital de district de Keta où plusieurs équipements modernes de cuisine fournis au titre du deuxième Projet de santé n'ont jamais été utilisés.

3.3.5 En ce qui concerne le volet Renforcement des capacités de maintenance hospitalière, certains programmes de formation n'ont pu être achevés du fait de la clôture prématurée du prêt en raison des pressions pour le démarrage du *troisième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé*. L'appui apporté au Programme élargi de vaccination a pénalisé la composante Appui aux soins de santé primaire qui a été abandonnée avant son achèvement²². Les activités de renforcement institutionnel ont connu un certain degré de réalisation à travers la formation du personnel de santé du district.

3.3.6 Dans l'ensemble, les interventions de la Banque auraient contribué à l'amélioration de la prestation des services de santé au Ghana mais les résultats sont mitigés. Ils auraient pu être plus efficaces si les usagers y avaient été davantage associés et les projets mieux évalués et mieux exécutés.

3.4 **Efficiences**

3.4.1 Les *premier et deuxième Projets de Réhabilitation du secteur de la santé* ont été jugés peu efficaces et ont généralement souffert de plusieurs maux, dont : a) la médiocrité du dialogue entre la Banque et le Gouvernement ; b) la faiblesse du niveau et de la qualité de la participation des bénéficiaires aux différentes phases du cycle du projet ; et c) la qualité et les spécifications des travaux de construction et autres intrants. Il faudrait ajouter qu'une partie des projets a été mise en œuvre à un moment où le Ghana était confronté à des problèmes financiers avec de surcroît une forte inflation et des fluctuations monétaires. Pour les deux projets, les postes de gestionnaire des tâches étaient vacants pendant trois ans, situation ayant probablement contribué à aggraver considérablement les problèmes et compromis dans une certaine mesure l'exécution des opérations, des plans et des budgets ainsi que l'efficacité de la mise en œuvre des projets.

3.4.2 Selon le ministère des Finances, il arrive que des intentions louables parfois mentionnées dans les revues du projet soient remises en cause du fait de difficultés imprévues qui surgissent au cours du processus d'exécution. Par exemple, les revues du processus de décentralisation ont surestimé les capacités organisationnelles, managériales et financières d'appropriation du projet aux niveaux des districts et aux niveaux inférieurs. S'il convient de prévoir pour les hôpitaux des dotations sur les ressources du Fonds commun de l'Assemblée de district, on attend en outre aujourd'hui de ces Assemblées qu'elles soutiennent les hôpitaux établis dans leurs districts (à travers des fonds autogénérés). Il semble cependant que les ressources financières des Assemblées de district soient limitées ; par conséquent, espérer concrètement des districts qu'ils prennent en charge certaines activités d'entretien courant peut paraître irréaliste en ce qui concerne bon nombre de districts ruraux. Cette

²² Le Rapport d'achèvement du "Premier Projet de réhabilitation des services de santé, p. 17 (6.3, Composante IV, C) stipule que: "Aucun achat d'équipement n'a été effectué au titre de la Composante Appui aux soins de santé primaires en raison des dépassements dans le budget d'achat de vaccins".

situation a été relevée dans le cadre du *deuxième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé*, s'agissant notamment des hôpitaux de Keta et de Kibi où s'est rendue l'équipe d'évaluation.

3.4.3 L'inadéquation de la revue a compromis l'efficacité des interventions de la Banque. Il y a eu par exemple dans le Rapport d'évaluation de 1988 des erreurs qui ont changé la portée du *premier Projet de Réhabilitation du secteur de la santé*. Les marchés de travaux de construction et d'équipements ont été adjugés simultanément. Les équipements sont donc arrivés avant la fin de la construction des bâtiments dans lesquels ils devaient être installés. Du fait des retards, les bâtiments se sont détériorés et les équipements restés entreposés dans des conteneurs pendant près de trois ans. En conséquence, certains éléments ont été volés et les contrats d'entretien sont arrivés à expiration. Ces retards ont entraîné une augmentation des coûts.

3.4.4 La clôture des projets de santé I et II avant épuisement des fonds, alors que tous les résultats n'étaient pas atteints, illustre l'inefficacité des délais de réalisation des différentes phases des projets. Le déficit de communication entre l'Emprunteur et la Banque a accentué ces problèmes. Enfin, les retards dans le décaissement par le Gouvernement des fonds de contrepartie ont aussi entravé le processus de mise en œuvre. Des retards de cette nature, liés à la libération de fonds en faveur des entreprises, peuvent susciter un désintérêt et des doutes quant à l'engagement du Gouvernement à fournir une assistance financière aux entrepreneurs²³, compromettant ainsi la réalisation efficace des projets.

3.5 Impacts au plan du développement institutionnel

3.5.1 Les interventions de la Banque ont favorisé le développement institutionnel. Cependant, la pratique consistant à mettre en place dans le cadre de la mise en œuvre des projets, une Cellule d'exécution de projet dotée d'un personnel spécifiquement recruté à cette fin, engendre des problèmes institutionnels parce qu'elle crée une structure parallèle. La vie de cette structure est limitée dans le temps et une fois le projet achevé, il devient impossible aux fonctionnaires de l'État qui en ont fait partie de capitaliser les compétences acquises en qualité de membres des Cellules d'exécution de projet. Les ministères de la Santé et des Finances ont exprimé leurs préoccupations à ce sujet et souhaitent plutôt l'adhésion de la Banque à la SWAp.

3.5.2 L'impact des *premier et deuxième Projets de Réhabilitation du secteur de la santé* au plan du développement institutionnel se situe à deux niveaux : a) la formation du personnel de la santé, notamment les techniciens, le personnel chargé de la maintenance, les agents administratifs et les pharmaciens ; b) la contribution des consultants en santé détachés auprès de la Cellule d'exécution du projet, même si cette contribution est limitée dans le temps. S'agissant de l'impact sur le personnel médical dans les hôpitaux, les agents formés ont apprécié la formation reçue puisqu'elle leur a permis d'accroître leurs compétences et a contribué, on peut l'affirmer, à l'amélioration des prestations de service au public. Les mutations de personnel qui ont eu lieu dans certains cas ont toutefois réduit l'impact potentiel de la formation du personnel chargé de la maintenance et de la gestion.

²³ Docteur Samuel Nii Ashong, ancien Ministre d'État, Ministre des Finances et de la Planification économique, "SIF launches Micro Finance Project", *The Ghanaian Times*, Lundi 16 juin 2003.

3.5.3 Au Ghana, les problèmes d'effectifs qui se posent généralement dans le secteur de la santé sont la principale entrave à la production des impacts attendus de l'assistance accordée. Le degré de renforcement institutionnel envisagé au titre des interventions de la Banque semble ne pouvoir s'accommoder du déficit en personnel dont souffre le secteur de la santé, y compris du problème de la fuite des cerveaux. Il importe de résoudre les problèmes de ressources humaines que connaît le secteur au travers d'efforts concertés associant le Gouvernement et l'ensemble des partenaires au développement.

3.5.4 En conclusion, le développement institutionnel a été satisfaisant mais il pourrait être renforcé. En raison des énormes difficultés auxquelles se trouve confronté le secteur en matière de ressources humaines, il convient d'examiner des modalités originales d'appui au développement des capacités institutionnelles dans l'ensemble du secteur.

3.6 Durabilité

3.6.1 Les interventions de la Banque ont contribué à la viabilité du projet par la formation du personnel. L'utilisation intensive des hôpitaux rénovés témoigne de la pertinence de ces interventions et, partant, de la disponibilité des usagers à soutenir les acquis du projet. S'agissant de la pertinence et de la qualité à l'entrée, les projets auraient été plus viables si l'implication et l'appropriation indirecte des usagers avaient été plus fortes. L'appropriation et la viabilité sont compromises par l'absence de processus participatifs dans la conception des projets ; généralement, les agents assistent dans la passivité à la recherche de solutions aux graves problèmes de maintenance. Le Gouvernement œuvre à la mise en place et au financement de divers systèmes de maintenance et de diverses opérations : adoption d'une approche SWAp, institution d'une assurance maladie et de frais d'utilisation, etc.

3.6.2 Afin d'accroître la viabilité des investissements dans la santé, le ministère de la Santé a mis en place un système de maintenance préventive planifiée à travers la création d'une Cellule de gestion du patrimoine dont le financement est assuré par le budget national. Après la visite des hôpitaux des districts de Keta et de Kibi, l'on peut affirmer que ces mesures stratégiques n'ont pas encore concrètement permis d'améliorer la maintenance des équipements. Afin de promouvoir la viabilisation des installations, l'entretien pourrait être confié au secteur privé, une expérience qui a porté des fruits à l'Hôpital de district de Kibi. Quant à la viabilité technique, elle dépendra de la capacité des pouvoirs publics à assurer le financement des services de maintenance requis.

3.6.3 Certains équipements fournis au titre des projets auraient eu une longévité accrue s'ils avaient été plus robustes. La planification de la mise en route des ateliers de maintenance est un autre domaine dans lequel la viabilité peut être renforcée. Parfois, comme dans le cas de l'Hôpital régional Nkwanta de Sekondi-Takoradi, la viabilité est gravement compromise par le défaut de construction de l'atelier de maintenance prévu dans le projet²⁴. Au nombre des autres questions critiques qui affectent la viabilité des équipements fournis, on peut citer l'absence d'une formation appropriée du personnel médical à l'utilisation et à l'entretien courant du matériel médical et le financement inadéquat de la maintenance des équipements

²⁴Gouvernement du Ghana/Ministère de la santé: *premier Projet de réhabilitation des services de santé, Rapport d'achèvement de projet*, Cellule de mise en œuvre du projet, août 2001, p. 16 (6.3, B). Le rapport n'indique pas les raisons pour lesquelles l'atelier de maintenance n'a pas été construit.

3.6.4 La fuite des cerveaux est une grave menace à la viabilité des volets formation et développement des ressources humaines du portefeuille santé de la Banque. Ni la Banque, ni le Gouvernement n'ont été en mesure d'endiguer l'expatriation des cadres ghanéens ou d'empêcher les agences de recrutement étrangères d'embaucher de nombreux professionnels de la santé d'origine ghanéenne, qualifiés et très recherchés. Toutefois, ainsi qu'il est indiqué dans des sections précédentes du présent rapport, le Gouvernement est entrain de prendre des mesures concertées en vue de renverser la tendance de l'exode des cerveaux, principale menace à la viabilité des capacités institutionnelles.

4. ÉVALUATION DES RÉSULTATS: ASSISTANCE HORS-PRÊTS

4.1 Activités économiques et sectorielles/Dialogue sur les politiques

4.1.1. La Banque a financé dans le secteur de la santé et ce, au titre des dons d'assistance technique, un projet hors-prêt intitulé *premier Projet de Réhabilitation du secteur de la santé*. L'annexe 2 fournit des informations détaillées sur ledit projet. La Banque a par ailleurs approuvé une intervention hors-prêt relative au *troisième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* dont le démarrage n'est pas encore effectif.

Tableau 4

Interventions hors-prêts dans le secteur de la santé (en UC à la fin décembre 2004)			
Titre du projet	Date Approbation	Montant net approuvé	% Décaissements
Réhabilitation secteur santé, achevées	16-Jan-90	300,590	100
Réhabilitation sect. santé III, planifiées	30-Oct-02	1,000,000	0
Total Projets; hors-prêts		1,300,590	23
Source: Banque africaine de développement			

Source: Banque africaine de développement

4.1.2 Le *Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* était conforme à la Stratégie d'assistance pays de la Banque envers le Ghana, aux priorités énoncées dans la politique de santé du Gouvernement et à la politique de la Banque en matière de santé. Le projet a été combiné à une opération de prêt, en l'occurrence le *premier Projet de Réhabilitation du secteur de la santé*. Celui-ci a été approuvé en janvier 1990 et signé en décembre 1990. Démarré en janvier 1991, il s'est achevé en décembre 1999. Il a en somme duré 10 ans. En dépit des longues années qui se sont écoulées entre la date d'approbation du projet de celle de son achèvement, l'allocation de 1,3 millions d'UC approuvée n'a pas été entièrement utilisée, les décaissements s'étant établis à 0,3 millions d'UC. Cette faiblesse d'utilisation des allocations approuvées par la Banque est considérée comme une occasion perdue. Elle est en outre une illustration des graves défaillances dans les mécanismes de préparation et de gestion des interventions. Ce projet, unique intervention hors-prêt en 14 ans de la Banque, est une mauvaise référence.

4.1.3 Le *premier Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* a été pertinent pour l'élaboration et l'amélioration des plans du Gouvernement en matière de santé et pour la qualité des centres hospitaliers universitaires. Il pourrait en définitive contribuer dans une certaine mesure à la réduction des maladies au Ghana. Les retards dans le démarrage et la mise en œuvre du projet ont toutefois amoindri son impact dans les plans de santé du Gouvernement, ce qui est une occasion perdue. Si certains retards sont imputables aux procédures de la Banque que les usagers ont jugées complexes, il semble par ailleurs que des problèmes se soient posés concernant la capacité du ministère de la Santé à mettre en œuvre et à assurer la gestion adéquate du projet par l'intermédiaire de la Cellule d'exécution du projet.

4.1.4 Si à ce jour la Banque a été très active au niveau du dialogue sur les politiques, ses actions se trouvent freinées par le fait qu'elle ne dispose pas de représentation locale au Ghana. L'institution a toutefois adhéré en juillet 1999 au Cadre global de développement, tel que mentionné dans le Document de stratégie pays couvrant la période 1999-2001. Le Gouvernement et les partenaires au développement invitent la Banque à une participation plus active. La Banque mondiale et le DFID sont les deux plus grands partenaires au développement du Ghana s'agissant des activités économiques et sectorielles et aussi du dialogue sur les politiques.

4.2 Mobilisation des ressources/Cofinancement

4.2.1 Les interventions de la Banque dans le secteur de la santé ont été cofinancées par les fonds de contrepartie du Gouvernement mais c'est la Banque qui a fourni l'essentiel des ressources. Le mécanisme de mobilisation des ressources et de cofinancement est lié aux modalités de financement et de mise en œuvre. Le Gouvernement a invité la Banque à l'adoption d'une approche sectorielle en vue d'éviter un double emploi des ressources et des réalisations. Dans le domaine de la santé, la plupart des partenaires au développement ont adhéré au SWAp en vertu de divers types d'appui budgétaire et d'affectation de fonds.

4.2.2 La Banque a apporté son appui à la mobilisation des ressources et au cofinancement de l'exécution du projet par son soutien à une opération cofinancée par le Fonds africain de développement, le Nordic Development Fund et le PNUD. Cette initiative visait à appuyer la mise en œuvre des questions prioritaires, telles que définies par le Gouvernement et les partenaires au développement dans le deuxième Programme de travail quinquennal du ministère de la Santé couvrant la période 2002-2006. Le *troisième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé* récemment adopté en est un autre exemple. Deux missions ont en effet été entreprises concernant le projet, respectivement en novembre 2001 (mission de préparation) et en avril 2002 (mission de revue), avec l'appui du Fonds spécial du Japon.

4.2.3. Le tableau 3 présente la répartition annuelle moyenne de l'assistance totale accordée au Ghana et au secteur de la santé au cours des trois dernières années, soit de 2001 à 2003. La Banque est classée 2^{ème} plus grand bailleur de fonds du secteur de la santé en terme de financement total, 5^{ème} en matière d'assistance à la santé et dernier en terme de pourcentage relatif en faveur de la santé.

Tableau 5

Assistance de certains bailleurs de fonds au secteur de la santé				
(en millions de dollars EU)				
Partenaire au développement	Participant au SWAp	Total montant annuel moyen 2001-03	Montant annuel santé moyen 2001-03	% Éducation
Banque mondiale	Oui	177.9	35.3	20
USAID	Oui	57.6	20.1	35
DFID	Oui	83.9	13.4	16
JICA	Oui	32.8	8.9	27
<i>BAD</i>	<i>Non</i>	<i>104.2</i>	<i>8.4</i>	<i>8</i>
DANIDA	Oui	39.3	7.9	20

Source: BAD 2004, PNUD 2004.

4.2.4 Les engagements totaux en terme d'aide, les prêts ainsi que les dons au secteur de la santé sur une période plus lointaine, soit de 1990 à 2004, sont présentés à l'annexe 3, de même que les différents types d'engagements extérieurs en faveur du secteur. Il est à noter que les opérations du groupe des donateurs représentent 76% de l'ensemble des engagements en faveur de la santé tandis que les interventions hors-donateurs en constituent 24%. Au sein du groupe d'aide, la Banque est classée 6^{ème} avec une contribution de 7% au financement du groupe, derrière le DFID, la Banque mondiale, l'USAID, l'UNICEF et le DANIDA.

4.3 Coordination de l'aide, harmonisation et mise en perspective des résultats

4.3.1 Il semble que la coordination de l'aide au titre de la politique de santé n'ait pas été optimale entre le Banque, le Gouvernement et les autres partenaires au développement, la principale raison étant l'inexistence dans le pays d'une représentation locale de la Banque, ce qui a empêché l'institution de participer physiquement aux réunions de coordination des bailleurs de fonds tenues au Ghana.

4.3.2. Tous les partenaires à la coopération, y compris les partenaires externes et les organes techniques du ministère de la Santé appuient la politique sectorielle, le programme sectoriel commun et les dépenses convenues et ce, sous la houlette du Gouvernement ghanéen. Pour renforcer l'appropriation du projet par le Gouvernement et consolider le développement institutionnel, les partenaires à la coopération ont adopté une approche SWAp. Le Gouvernement a approuvé un 2^{ème} Programme quinquennal de travail couvrant la période 2002-2006 et un mécanisme commun de gestion en vue de sa mise en œuvre. C'est en vertu de ce programme que le Gouvernement coordonne et harmonise l'orientation de l'aide. Par ailleurs, il s'efforce dans le cadre des plans de travail et des activités de suivi d'en orienter les résultats. Les partenaires au développement continuent d'œuvrer au renforcement et à l'utilisation des systèmes mis en place par le Gouvernement, y compris les dispositions en matière de planification et de budgétisation, les mécanismes, les règles et procédures en matière de passation des marchés, de décaissement, de comptabilité, d'audit, d'établissement des rapports, de suivi et d'évaluation. Un protocole d'accord signé par les partenaires contribuant au Fonds commun pour la santé définit les modalités d'application des politiques respectives des partenaires à la coopération et du Gouvernement en matière de gestion financière, de passation des marchés et de décaissement au titre du programme. Le dialogue sur les politiques et la planification conjointe avec les partenaires à la coopération sont fondés sur le cycle de planification annuelle et donne lieu à des réunions régulières.

4.3.3 Selon le rapport des Groupes de coordination sectoriel et thématique²⁵, le secteur de la santé a évolué depuis 1994 sur la base d'une approche sectorielle et peut donc se targuer d'une réputation de groupe sectoriel actif regroupant la plupart des principaux partenaires. Ceci étant, l'intégration de nouvelles activités se rapportant au secteur de la santé ne fut pas aisée. La perspective à long terme est d'inclure l'ensemble de ces initiatives dans le Plan de travail et de leur appliquer des indicateurs de suivi identiques et un calendrier unique. Il a été mis en place, pour l'évaluation des fonds communs, un Mécanisme de revue collective dont la Banque ne fait pas partie.

4.3.4 Les partenaires au développement ci-après sont membres du Groupe de coordination des partenaires au développement pour la santé : le Royaume-Uni, le Danemark, l'Union européenne, la France (qui achemine ses ressources à travers le Royaume-Uni), l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas, l'ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF, l'USAID, la Banque mondiale et l'OMS. Au nombre des défis sur lesquels ont porté les discussions des partenaires au développement figurent : a) l'amélioration de l'accès aux services : accès physique et accès financier en dépit de l'état de pauvreté ; b) pression excessive sur les ressources humaines aux niveaux national et d'exécution ; c) absence de politique globale en matière d'information, de suivi et d'évaluation au niveau sectoriel ; et d) lenteur de l'engagement du secteur privé et de la société civile.

4.3.5 Si le nombre d'établissements sanitaires dans les districts et les sous-préfectures a considérablement augmenté au cours des première et deuxième années du Plan quinquennal, l'amélioration escomptée en terme de qualité des services de santé a été compromise par la fuite des cerveaux. Les investissements réalisés dans la construction d'établissements sanitaires au niveau sous-préfectoral n'ont par permis de résoudre les problèmes liés aux soins de santé. Tous s'accordent néanmoins à reconnaître que la création d'organisations à base communautaire s'impose aux fins d'adapter les services de santé aux besoins et priorités des individus et de la communauté²⁶.

5. PERFORMANCE DES BAILLEURS DE FONDS

5.1 Performance des emprunteurs et des organes d'exécution

5.1.1 Le Gouvernement et les organismes publics du secteur de la santé sont confrontés à une diversité de défis dans le cadre de l'exécution des interventions de la Banque. Les projets conçus et approuvés sont en réalité trop optimistes, principalement au regard des ressources et des capacités institutionnelles limitées dont dispose le secteur de la santé pour la réalisation des investissements. Cette tendance malheureuse suscite des frustrations dans les deux camps. La responsabilité des retards constants dans l'exécution des projets incombe tout autant à l'Emprunteur qu'à la Banque qui est le bailleur de fonds.

5.1.2. Au Ghana, les recettes fiscales et autres recettes publiques consacrées aux dépenses de santé déterminent dans une large mesure la performance générale du secteur. La qualité des services sanitaires dépend aussi de la capacité du ministère de la Santé à assurer la planification et la gestion harmonieuse, rentable et optimale de ces services, s'agissant principalement des ressources humaines, des équipements médicaux et des médicaments. En

²⁵ Sector and Thematic Coordination Groups' Report in Ghana, novembre 2004.

²⁶ Ghana Health Service, *Community-Based Health Planning and Services*, Document de politique N° 20, janvier 2005.

2001, le pourcentage du Produit intérieur brut consacré à la santé publique est passé à 2,8% contre 1,3% en 1990 et 1,8% entre 1995-1999²⁷. Cette augmentation traduit l'engagement du Gouvernement à l'égard du secteur de la santé, engagement reflété par ailleurs dans l'ingéniosité avec laquelle il a conduit les actions qui ont mené à la mobilisation d'importantes ressources auprès des partenaires au développement pour une gestion sectorielle des questions de santé. Cependant, les ressources disponibles pour la réalisation des projets restent insuffisantes au regard de l'urgent besoin d'améliorer les prestations de services de santé.

5.1.3 Les documents disponibles, les visites sur les sites et les entretiens tant avec les experts de la santé de la Banque qu'avec les cadres des ministères des Finances et de la Santé permettent d'affirmer que la performance du Gouvernement est loin d'être satisfaisante. L'équipe dirigeante et le personnel de la Cellule d'exécution du projet, dont le rôle est capital dans la mise en œuvre des projets du secteur de la santé et dans la supervision des entreprises et des consultants chargés de diverses activités, n'ont pas respecté les normes prescrites, s'agissant principalement des activités de supervision du projet.

5.1.4 Il semble par ailleurs que la très faible performance de la Cellule d'exécution du projet tienne au fait que les entrepreneurs manquent quelquefois à leurs obligations en vertu des accords ou qu'ils n'entreprennent pas les activités relevant de leur responsabilité dans les délais impartis. Les retards dans les travaux de construction sont également en partie imputables aux retards dans les décaissements par la Banque, ce qui ralentit l'avancement des projets. Il est en outre reconnu que la Banque a contribué aux difficultés d'exécution du fait de son refus d'adhérer au mécanisme de fonds commun, aux procédures et aux actions communes initiées par les autres bailleurs de fonds en vue du renforcement institutionnel. Les ressources dont dispose le Ghana sont inadéquates pour attirer vers le secteur public des ressources humaines suffisantes et les retenir. Puisque les interventions de la Banque sont réalisées par le biais de ses pays membres, les problèmes auxquels ces pays sont respectivement confrontés en matière de capacité d'exécution peuvent éventuellement se transposer aux interventions de la Banque au titre du projet.

5.1.5 L'identification par le Gouvernement des besoins et des priorités sanitaires du pays a été satisfaisante et le ministère des Finances s'emploie à coordonner l'aide des partenaires au développement, y compris celle de la Banque. Les responsabilités des pouvoirs publics dans la mise en œuvre des interventions de la Banque devraient se trouver réduites par une bonne harmonisation et l'ouverture du dialogue sur les politiques. La question des ressources humaines dans le secteur reste néanmoins vitale pour la bonne prestation des services de santé. Le Gouvernement devra donc s'attaquer plus vigoureusement à ce problème en faisant éventuellement appel à l'aide des partenaires au développement.

5.2 Performances de la Banque

5.2.1 En ce qui concerne son assistance au secteur de la santé, la Banque a identifié de façon satisfaisante des domaines privilégiés d'intervention concordant avec les priorités du Gouvernement. Cette assistance a cependant été compromise notamment par la lenteur dans les communications et les décaissements, la faiblesse des mécanismes de suivi et de supervision des projets ainsi que par l'irrégularité des décaissements, la principale raison étant que les gestionnaires de tâches sont souvent débordés par les divers projets dont ils ont la charge dans différents pays et par l'inefficience des procédures institutionnelles internes, y

²⁷ Statistiques choisies sur les pays africains, la Banque, Tunis 2004.

compris l'absence de délégation. Cette situation réduit naturellement la capacité des gestionnaires de tâches à résoudre promptement les problèmes qui surgissent. Elle contribue à l'affaiblissement des capacités de la Banque, ce qui amoindrit les efforts qu'elle déploie en vue d'assurer sa participation à toutes les phases des interventions, ainsi qu'il est requis.

5.2.2 L'adhésion de la Banque aux mécanismes communs en place au niveau des autres partenaires au développement devrait soulager le Gouvernement et réduire les difficultés que rencontre l'Emprunteur en terme de capacité administrative. Cette démarche contribuera par ailleurs au renforcement de l'impact des interventions de l'institution à travers une participation plus directe au dialogue sur la santé.

5.2.3 Bien qu'elle ait financé d'importantes interventions dans le secteur de la santé au Ghana, la Banque a effectivement été plus spectateur que catalyseur dans le processus de Réforme du secteur de la santé qui a démarré au milieu des années 80. L'Emprunteur appuie clairement l'assistance de la Banque et considère l'institution comme « sa banque personnelle » en dépit des frustrations mentionnées plus haut. La Banque se voit ainsi offrir une occasion unique de jouer un rôle plus primordial en matière de renforcement des capacités, de dialogue sectoriel et de développement institutionnel.

5.3 Performance des autres bailleurs de fonds et cofinanciers

5.3.1 Comme l'atteste l'annexe 3, la priorité accordée au secteur de la santé se traduit par l'appui exceptionnel que lui apportent de nombreux bailleurs de fonds et cofinanciers. La plupart d'entre eux participent au SWAp et au mécanisme d'appui budgétaire. Au Ghana, le secteur de la santé est en avance sur tous les autres secteurs sociaux dans l'utilisation de tels instruments de financement. Pendant les quinze dernières années, les principaux bailleurs de fonds du secteur sont demeurés les mêmes, ce qui pourrait expliquer la parfaite coordination qui subsiste au niveau de l'aide au secteur. Il convient de rendre hommage au Gouvernement pour les grandes capacités dont il a fait montre dans le pilotage et la coordination de ce secteur.

5.3.2. La Banque mondiale est le principal bailleur de fonds du secteur de la santé et sa Stratégie d'assistance pays sert d'orientation à ses interventions. Le soutien de la Banque mondiale au secteur de la santé s'inscrit dans le cadre de son mécanisme d'Investissement dans le développement humain. Dans le secteur de la santé, la Banque mondiale : a) poursuivra son appui en vertu d'une approche sectorielle ; b) entreprendra des activités à caractère économique et de portée sectorielle ; c) soutiendra les efforts du Ghana en matière de lutte contre le VIH/sida.

5.3.3. Le DFID est directement engagé dans les activités du secteur de la santé et fait partie des principaux bailleurs de fonds du secteur. Il s'emploie à soutenir le secteur par le renforcement des services de santé publique et s'investit tout particulièrement dans la lutte contre le paludisme et le VIH/sida. Les ressources du DFID au secteur de la santé ont été acheminées à travers le fonds commun en vertu de l'approche SWAp. Ses interventions sont de plus en plus orientées vers un appui budgétaire. Le DFID considère que le maintien par certains partenaires au développement d'une approche projet est de nature à compromettre l'efficacité globale de l'aide fournie au titre du Plan de stratégie d'aide par pays 2003-2006 du DFID.

5.3.4. Plusieurs autres bailleurs de fonds, tels que les Pays-Bas, l'UNICEF, l'USAID, le DANIDA et la JICA appuient le secteur de la santé en vertu de la Stratégie de réduction de la pauvreté, du Programme de travail sur la santé et de l'approche SWAp. Tous les partenaires au développement rencontrés ont exprimé de vives préoccupations quant au manque d'implication de la Banque dans les activités du secteur. La Banque faisant partie des principaux donateurs du domaine de la santé au Ghana, sa contribution au secteur devrait être déterminante. Il semble pourtant qu'à ce jour, la Banque se soit soustraite à ses obligations au niveau sectoriel, ne focalisant son attention que sur les questions pertinentes liées aux projets et restant fidèle à ses approches conservatrices. Tous les bailleurs de fonds et le Gouvernement invitent instamment l'institution à faire montre d'une plus grande proactivité vis-à-vis du dialogue sur les politiques, des activités sectorielles et des nouveaux instruments de financement.

5.3.5. Les partenaires au développement sont vivement préoccupés quant à la qualité et l'efficacité des services publics fournis, y compris par le *Ghana Health Service*. La nécessité d'une réforme de la fonction publique accompagnée d'une décentralisation effective des services est de plus en plus évoquée. On a l'impression que malgré l'adhésion théorique du Gouvernement aux efforts visant l'accroissement de l'efficacité des services publics, les implications politiques des principaux changements retardent les améliorations qui s'imposent. C'est ce qui explique que le processus, en cours depuis plusieurs années, ne soit pas passé à la phase d'application. La réforme devrait accroître la rémunération des fonctionnaires et prendre en compte le processus de décentralisation. S'agissant du secteur de la santé, la réforme de la fonction publique devrait conduire à une augmentation des mesures d'incitation, ce qui résoudrait le problème de la fuite des cerveaux et celui du déficit en personnels, principalement dans les zones non-urbaines. Ces réformes permettront d'optimiser l'efficacité de l'aide apportée au secteur de la santé par les partenaires au développement, dont la Banque.

5.4 Les autres parties prenantes (société civile, secteur privé)

5.4.1 Les composantes du secteur privé – les ONG comprises – deviennent au fil des ans d'importants acteurs du secteur de la santé. Parmi les principales ONG opérant dans le secteur de la santé au Ghana, *Oxfam* et *Action Aid* sont des exemples qui illustrent la contribution qu'apportent d'autres acteurs à ce secteur. Le programme de subsistance durable mis en place par *Oxfam* est le pivot du Programme national. Il porte essentiellement sur l'alimentation et la sécurité financière pour les femmes et les hommes démunis des trois régions du nord du Ghana où la pauvreté prend des proportions endémiques. Dans le secteur de la santé, *Oxfam* soutient le ministère de la Santé du Ghana dans son programme de vaccination, d'éducation sanitaire et autres²⁸.

5.4.2 *Action Aid* soutient principalement le secteur de la santé dans ses activités de prévention et de gestion du VIH et du sida. Le Ghana fait partie des bénéficiaires de l'Appui des partenaires internationaux au projet dénommé Lutte contre le sida en Afrique. Ce projet est financé par le DFID et mis en œuvre par *Action Aid* à travers principalement le renforcement des capacités de la Commission du Ghana sur le sida ainsi que de celles des organisations non gouvernementales et des organisations à base communautaire qui opèrent dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida et fournissent des soins à domicile et des services de conseils au niveau des communautés. Les principales activités comprennent : a)

²⁸ www.oxfam.org.uk

l'éducation à la prévention (éducation de jeunes à jeunes et éducation par les pairs, clubs d'action dans les établissements scolaires) ; b) la formation (méthodologie du marche-pied au niveau communautaire) ; et c) l'appui aux personnes vivant avec les VIH/sida²⁹.

6. ÉVALUATION D'ENSEMBLE

6.1 Questions transversales

6.1.1 Les activités du secteur de la santé touchent implicitement aux questions de genre. Dans la conception révisée des interventions du secteur, la prise en compte de la question de l'égalité entre les sexes se traduit généralement en terme d'amélioration des conditions des femmes à travers l'amélioration des services sanitaires de district et du système de référence au niveau rural. L'augmentation des capacités de prestation des services de santé favorise en premier lieu les femmes parce qu'elles utilisent davantage les établissements sanitaires que les hommes. Par exemple, en 2001, le pourcentage de fréquentation des centres de santé par les femmes était de 58%. La question de genre est intégrée dans le projet Conception et études techniques de préinvestissement à travers l'analyse portant sur les problèmes d'amélioration de la prestation des services de santé (y compris les services de santé maternelle prénatale et post-natale) ainsi que de la qualité des hôpitaux universitaires, puisque les femmes devraient en être les bénéficiaires. On observe dans les récents documents de politique de la Banque en matière de santé une prise de conscience accrue des questions de genre. Le défi qui se pose à la Banque en la matière consiste à traduire cette question dans les projets de santé et à la rationaliser.

6.1.2 Les questions environnementales sont certes prises en compte par le ministère de la Santé pendant la phase de préparation de la revue des sites de construction des établissements sanitaires, mais il est possible de mieux faire. S'agissant par exemple de l'Hôpital de district de Keta, la Banque avait souhaité que soit envisagée la mise en place d'un système adéquat d'évacuation, ce qui ne fut pas le cas. C'est ainsi qu'aujourd'hui, le système initial de drainage retient des eaux usées et des produits chimiques provenant de la morgue et des blocs hospitaliers.

6.1.3 En ce qui concerne la pauvreté, les interventions de la Banque sont pleinement conformes à la Stratégie de réduction de la pauvreté du Ghana. Les interventions dans le secteur de la santé ont pour cibles des zones de district. Elles appuient les populations rurales dans des domaines qui portent sur les conditions de vie de la majeure partie des populations les plus touchées par la pauvreté. L'objectif du Gouvernement est de décentraliser les prestations de services de santé et si les interventions futures de la Banque sont conformes à une telle orientation, elles pourraient en effet avoir davantage d'impact sur la pauvreté.

6.1.4 La maintenance des réalisations de la Banque doit être assurée par le secteur privé et, dans les hôpitaux où tel est le cas, les installations restent généralement en bon état de fonctionnement. En dépit des difficultés financières auxquelles sont confrontés certains hôpitaux, il leur faudra à terme recourir aux services du secteur privé pour la maintenance et pour une partie des travaux de rénovation progressive des installations.

²⁹ www.actionaid.uk

6.1.5 En termes d'efforts d'intégration régionale, le Ghana dispose d'un centre régional de transfusion sanguine accrédité qui pourrait devenir, s'il est bien géré, un centre régional de référence au service de l'Afrique de l'Ouest. Les interventions de la Banque ont considérablement renforcé l'intégration régionale par l'appui apporté à l'amélioration des structures de l'Hôpital régional de Komfo Anokye dans le cadre du premier Projet de Réhabilitation du secteur de la santé. Ce grand hôpital est un centre de traitement du cancer qui accueille des patients en provenance de nombreux pays africains. La rénovation de l'Hôpital de district de Keta qui s'est opérée dans le cadre du deuxième Projet de Réhabilitation du secteur de la santé a permis d'accueillir un plus grand nombre de patients venant du Togo pour se faire soigner³⁰.

6.2 Analyse contrefactuelle

6.2.1 Il est certes difficile d'évaluer avec exactitude les impacts des interventions de la Banque dans le domaine de la santé, mais ceux-ci sont nombreux même si les opérations n'ont pas été d'un bon rapport qualité-prix. En effet, l'absence éventuelle d'assistance de la part de la Banque aurait inévitablement plongé le pays dans des difficultés financières plus aiguës. Les ressources allouées au secteur de la santé sont inadéquates au regard des besoins. Les plans élaborés pour le secteur prévoient par conséquent une augmentation de ces dotations. Les autres bailleurs de fonds n'auraient probablement pas accru leurs contributions si la Banque n'était financièrement impliquée. Ceci est d'autant plus vrai que le Ghana n'ayant pas reçu toute l'aide extérieure promise, le Gouvernement n'aurait certainement pas été en mesure de trouver des financements substitutifs aux ressources de la Banque. Cette situation l'aurait contraint à ajourner les opérations qui ont été financées par l'institution.

6.2.2 Il semble probable que sans l'assistance de la Banque et en dépit des problèmes mentionnés plus haut s'agissant de l'exécution des projets, le secteur de la santé du Ghana n'aurait pas atteint ses performances actuelles puisque les installations sont utilisées au maximum de leurs capacités. Plus particulièrement, la décentralisation des services de santé n'en serait pas au stade actuel sans l'appui de la Banque³¹. Il est trop tôt pour porter un jugement sur la viabilité à long terme des interventions dans la mesure où la dotation des districts en capacités adéquates se poursuit afin de leur permettre d'assumer des responsabilités plus grandes en matière d'exploitation et de maintenance. Si les services de maintenance sont adéquats, alors les interventions de la Banque auront un impact positif.

6.2.3. L'aide de la Banque aurait eu un plus grand impact si les interventions avaient été mieux planifiées et mieux exécutées. Par ailleurs, certains volets clés de l'action gouvernementale, principalement l'augmentation des effectifs du secteur de la santé, auraient pu amplifier les impacts.

³⁰ A en croire le personnel sanitaire de l'hôpital qui a été interviewé.

³¹ Par exemple, il existe aujourd'hui un centre où peuvent être traitées la maladie qui se rencontrent dans le district de Keta et ses environs. Avant que la région ne bénéficie des interventions de la Banque, les cas de traumatismes et autres maladies étaient orientés vers des établissements se trouvant à Accra situé à près de 190 km. Mieux encore, les interventions de la Banque ont permis à l'hôpital de prendre en charge des cas d'urgence, tels que les accidents de la route, les urgences maternelles et les traumatismes.

6.3 Evaluation globale de l'assistance de la Banque au secteur

6.3.1 Les critères d'évaluation de l'assistance de la Banque aux projets du secteur de la santé au Ghana sont la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact en matière de développement institutionnel et la viabilité. La performance des interventions est évaluée selon les critères de la Banque, sur une échelle à 4 niveaux, la note 1 étant attribuée aux performances jugées très insuffisantes et la note 4 à celles très satisfaisantes. Globalement, l'assistance au secteur de la santé est jugée satisfaisante et notée 3. Une analyse détaillée des notes révèle que les principales lacunes ayant contribué à la baisse de la moyenne générale sont, entre autres, l'inefficience de l'exécution et du décaissement des prêts ainsi que l'absence de mécanismes participatifs dans la conception et la mise en œuvre des projets. Cette situation a compromis l'achèvement des travaux de construction, la viabilisation des équipements et le développement institutionnel, domaine où des améliorations sont possibles. Il convient toutefois de souligner que les objectifs de développement sanitaire sont jugés cohérents avec les besoins du pays.

6.3.2 Des informations détaillées sur les justifications de ces notes sont contenues dans les sections pertinentes des chapitres 3 et 4 ci-dessus et dans l'annexe 4 du présent rapport. Quant au tableau 6 ci-dessous, il présente les notes d'évaluation des opérations de prêt et des interventions hors-prêts.

Tableau 6

Notation générale des interventions du secteur de la santé							
Projet	Pertinence	Efficacité	Efficacité institutionnel	Développement		Note	Observations
				Viabilité	moyenne		
<i>Prêts</i>							
Conception et études techniques pré-investissement	4	2	2	2	3	3	Satisfaisant
Réhab. secteur santé I	4	3	2	2	3	3	Satisfaisant
Réhab. secteur santé II	4	3	2	3	2	3	Satisfaisant
<i>Interventions hors-prêts</i>							
Réhab. secteur santé	4	2	2	3	3	3	Satisfaisant
Note moyenne	4	3	2	3	3	3	Satisfaisant
Observations	Très pertinent	Satisfaisant	Inefficace	Satisfaisant	Probable	Satisfaisant	

6.3.3. Les autres volets clés de la revue ont aussi été évalués sur une échelle de notation de 1 à 4. Les justifications des notes attribuées sont présentées dans le tableau 7. La Stratégie d'assistance de la Banque à la santé est jugée satisfaisante tandis que les performances tant de la Banque que de l'Emprunteur sont trouvées insuffisantes. La Banque et le Gouvernement font preuve d'un optimisme excessif lors de la conception et de la planification des opérations, ce qui crée des frustrations dans les deux camps. Les observations détaillées sur les notes attribuées permettent d'identifier les domaines nécessitant une amélioration.

Tableau 7

Notation des autres volets du secteur de la santé		
Performance dans les autres domaines clés	Note	Observations
Stratégie d'assistance	3	Pertinente. Fondée sur la réduction de la pauvreté et largement conforme à la politique du Gouvernement mais en réalité, excessivement axée sur les projets; participation au dialogue sectoriel et coordination inadéquates; priorité accordée au problème d'exode des cerveaux insuffisante.
Performance de la Banque	2	Positive quant à l'identification des besoins en matière de santé; image positive mais performance entravée par le concept du projet et optimisme excessif dans la conception du projet, lenteur dans les décaissements, charge de travail excessive pour les gestionnaires de tâches, lourdeurs administratives, communications inefficace et absence d'une approche participative systématique.
Performance du Gouvernement	2	Bonne dans la mise en place et la promotion d'un approche SWAp, dans la mobilisation des bailleurs de fonds, mais trop optimiste et insuffisamment proactive à l'égard des interventions de la Banque. Ressources inadéquates pour la mise en œuvre efficace des projets et la supervision des entreprises et des consultants; réforme de la fonction publique en attente de concrétisation

6.3.4 Les interventions de la Banque se trouvent fragilisées par la détermination de l'institution à maintenir son concept projet alors que le Gouvernement et les principaux partenaires au développement privilégient de plus en plus l'approche sectorielle. Nonobstant cette situation, la combinaison des notes attribuées aux opérations de prêt et aux interventions hors-prêts avec celles de la Stratégie d'assistance, de la performance de la Banque et de la performance du Gouvernement donne une notation globale satisfaisante, comme en témoigne le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8

Notation globale de l'assistance au secteur de la santé		
Assistance globale	Notation	Observations
Stratégie d'assistance	3	Satisfaisant
Opérations de prêt	3	Satisfaisant
Interventions hors-prêts	3	Satisfaisant
Performance de la Banque	2	Insuffisant
Performance du Gouvernement	2	Insuffisant
Notation globale	3	Satisfaisant

6.3.5 La mise en œuvre des améliorations requises, s'agissant principalement de l'efficacité des projets, pourrait permettre à la Banque de continuer d'apporter une contribution significative au secteur de la santé à travers l'amélioration de la qualité des soins au profit des personnes démunies et des populations défavorisées, principalement les femmes, les enfants et les nourrissons des zones urbaines, périurbaines et rurales.

7. LEÇONS ET RECOMMANDATIONS

7.1 Leçons

7.1.1 L'absence d'une représentation locale au Ghana empêche le Banque de profiter du dialogue sur les politiques et de tirer des enseignements du mécanisme institutionnel en place aux fins d'améliorer son aide au développement (4.1.4; 4.3.1).

7.1.2 Il est difficile, en l'absence de mesures d'incitation en termes de logement et de facilités de transport, d'une part d'attirer vers les zones rurales et d'y retenir du personnel qualifié et, d'autres part, de remédier au déficit en ressources humaines et aux déséquilibres régionaux. Par ailleurs, l'installation d'équipements médicaux et la construction de nouvelles infrastructures hospitalières ou la rénovation des anciennes pourraient ne pas nécessairement conduire à une amélioration sensible de la qualité des services si tel est que l'établissement sanitaire concerné n'est pas doté de personnels, ses équipements ne sont pas fonctionnels, l'approvisionnement en électricité est irrégulier ou hors de prix et s'il manque de moyens pour entretenir ses équipements (1.3.8; 2.3.5).

7.1.3 Maintenir un gestionnaire de tâches en poste dans un secteur donné et/ou dans un pays donné pendant plus de 5 ans, n'est pas nécessairement une excellente pratique. Le fait de travailler longtemps dans un même secteur et/ou dans un même pays peut compromettre l'efficacité, l'efficacité et l'originalité dans le travail (3.4.2; 3.4.3; 3.4.4).

7.1.4 Désigner des médecins aux postes de directeurs administratifs dans les établissements sanitaires a un coût de substitution considérable en terme de compétence sanitaire, en ce sens qu'ils présentent de meilleurs avantages comparatifs lorsqu'on considère le nombre élevé d'années requis pour la formation des médecins. On en a eu la confirmation au niveau de certains hôpitaux (5.1.4; 5.1.5).

7.1.5 La participation à l'ensemble des cycles d'intervention contribue à accroître l'efficacité des projets. Cependant, s'il est vrai que les politiques de développement de la Banque insistent sur le dialogue et sur la participation des bénéficiaires aux activités entreprises dans les Pays membres régionaux, cette participation n'est en fait que théorique lorsqu'on passe à la phase d'exécution. La participation n'est donc pas efficace. L'attitude des bénéficiaires face aux problèmes de maintenance vient conforter cette thèse puisqu'ils semblent n'être que de simples spectateurs dans un processus dont ils ne connaissent ni les tenants ni les aboutissants (2.1.2; 6.3.1).

7.2 Recommandations

A l'attention du Gouvernement du Ghana

7.2.1 L'exode des cerveaux étant l'un des principaux défis du secteur de la santé, le Gouvernement ghanéen devrait fournir des logements au personnel et prendre d'autres mesures incitatives, en faveur principalement du personnel en service dans les zones rurales et dans les zones rurales particulièrement défavorisées. Il est également recommandé que soient formé un plus grand nombre de gestionnaires d'établissements hospitaliers afin de soulager les médecins et autres personnels médicaux des responsabilités administratives et managériales (1.3.8; 2.3.5; 5.3.5).

7.2.2 Le Gouvernement devrait rechercher des solutions aux graves problèmes de ressources humaines auxquels se trouve confronté le secteur de la santé. L'expatriation massive d'agents de la santé qualifiés pour des emplois à l'étranger est un grand défi pour le secteur. Il importe par conséquent de rechercher des solutions originales à la question. Une étude pour mieux cerner le problème et examiner les meilleurs moyens d'y remédier s'impose. Celle-ci devra tenir compte des points de vue des personnes employées par le secteur. La conception et la planification des interventions devraient reposer sur une évaluation réaliste des ressources locales et inclure un volet développement des capacités (3.6.4; 4.3.4; 5.1.4).

7.2.3 Le Gouvernement devra veiller à ce que les gestionnaires de projet assurent effectivement la gestion et l'exécution des projets en vue de la réalisation des objectifs voulus. Il devrait veiller à ce que les investissements publics dans le secteur de la santé soient accompagnés de mesures visant à assurer la production de résultats positifs et leur viabilité. En outre, un entretien régulier des équipements et des établissements devrait être organisé afin d'optimiser leur utilisation pendant leur durée normale de vie. Il faudrait faire appel au secteur privé pour l'amélioration des services d'entretien (3.4.2; 5.1.3).

7.2.4 Le Gouvernement ghanéen devrait veiller à l'application de la nouvelle Loi sur les audits afin de proposer aux partenaires au développement un cadre solide d'utilisation des ressources en vertu des nouveaux mécanismes d'aide internationale : approche sectorielle et appui budgétaire (4.3.2).

7.2.5 Le Gouvernement devrait renforcer les capacités administratives dans l'ensemble du pays afin de pouvoir disposer d'informations pertinentes pour le suivi et l'évaluation de ses actions de développement (3.3.1).

A l'attention de la Banque

7.2.6 Au Ghana, le mécanisme de mise en oeuvre des nouveaux instruments d'intervention en vertu duquel des financements prévisibles sont inscrits au budget de l'Etat et les pouvoirs publics soulagés du fardeau des tâches administratives, est solidement établi et assorti d'une coordination efficace de l'aide sous la houlette du Gouvernement. La Banque devrait adhérer au Fonds commun pour la santé selon des modalités conformes aux procédures de l'institution. Cette adhésion pourrait être totale ou partielle et se traduire dans les affectations de ressources, ce qui faciliterait le suivi de l'utilisation des fonds (5.2.3; 5.3.1).

7.2.7 La Banque devra effectivement rechercher des modalités plus originales d'appui au développement des capacités institutionnelles dans l'ensemble du secteur de la santé. Elle pourrait, pour ce faire, recourir systématiquement aux études sociales pertinentes dans ses domaines d'intervention (3.5.5).

7.2.8 La Banque est invitée à s'abstenir de maintenir les gestionnaires de projet sur un même projet et/ou dans un même pays pendant plus de cinq ans. Afin d'accroître l'efficacité, l'efficacité et l'originalité dans le travail, il conviendrait d'envisager la rotation systématique des gestionnaires de tâches (3.4.2; 3.4.3; 3.4.4).

7.2.9 Il faudrait effectivement utiliser des processus participatifs dans la conception, l'évaluation, la mise en oeuvre et la revue des activités des projets et associer tous les acteurs pertinents à chacune des phases du cycle du projet. La Banque devrait améliorer la qualité de son mécanisme de revue ainsi que ses programmes de formation à l'intention du personnel des agences d'exécution. Elle devrait par ailleurs alléger la charge de travail des gestionnaires de tâches. Les présentes recommandations pourraient contribuer à la réduction des délais de réponse aux requêtes des bénéficiaires (3.4.1; 3.6.1; 5.1.1; 5.2.1).

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Documents relatifs aux projets du secteur de la Santé

1. BAD, *Ghana: Proposition de prêt pour financer des études techniques de pré-investissement dans le secteur de la santé*, 16 août 1985. Rapport non officiel, 10 pages plus des annexes.

Documents relatifs aux projets de Réhabilitation du secteur de la santé

2. BAD, *Réhabilitation du secteur de la santé - Projet I*, 4^e rapport trimestriel N° 40 (1^{er} octobre - 31 décembre 1999). Cellule d'exécution du projet, Ministère de la Santé, janvier 2000.
3. Ministère de la Santé, *Réhabilitation du secteur de la santé - Projet I*, États financiers et Rapport de la Direction, 30 septembre 2001, Benning, Anang and Partners. Accra Ghana.
4. Gouvernement du Ghana, Ministère de la Santé, *Réhabilitation du secteur de la santé -Projet I, Rapport d'achèvement de projet, Cellule de gestion du projet*, août 2001.
5. BAD, *Ghana: Proposition de prêt et de don pour le financement du premier Projet de réhabilitation du secteur de la santé*, 18 décembre 1989.
6. BAD, *Ghana: Proposition de prêt et de don pour le financement du deuxième Projet de réhabilitation du secteur de la santé*, 19 novembre 1991.
7. BAD, *Ghana: Proposition d'un prêt FAD d'un montant de 17.63 millions d'UC et d'un don FAT d'un million d'UC pour le financement du troisième Projet de réhabilitation du secteur de la santé*, 8 octobre 2002.
8. Gouvernement de la République du Ghana, *Ministère de la Santé et Fonds africain de développement. Réhabilitation du secteur de la santé - Projet II. Contrat 6, Fourniture et installation du mobilier des hôpitaux de district de Keta, de Kibi et de Yendi, Rapport sur l'état d'avancement du Projet*, avril/mai 2001.
9. Gouvernement du Ghana, *Ministère de la Santé. Réhabilitation du secteur de la santé - Projet II*, Rapport d'achèvement de projet, Cellule de gestion du projet, août 2001.
10. Ministère de la Santé, *Réhabilitation du secteur de la santé - Projet II, États financiers et Rapport de la Direction* 30 sept. 2001, Benning, Anang and Partners. Accra, Ghana.

Stratégie et documents de politique de la Banque africaine de développement

11. Directives relatives à l'évaluation de l'assistance technique par pays, département de l'évaluation des opérations, BAD
12. *Revue des expériences de la Banque en matière de financement des projets de santé rurale*. Addendum: Observations du Complexe des opérations, BAD, 29 mars 1999.
13. Document de politique de la Banque en matière de santé, septembre 1994, 31 pages, rapport
14. Document de politique de la Banque en matière de santé, septembre 1996, 31 pages, rapport
15. BAD/OCDE, Perspectives économiques en Afrique, 2003-2004, Paris 2004.
16. Statistiques choisies sur les pays africains BAD, Tunis 2004
17. Rapport sur le développement en Afrique 2004 BAD, Oxford University Press. Oxford 2004.

Document spécifique au Ghana

18. *Document de stratégie pays du Ghana 1996-1998*, BAD 04 Décembre 1996.
19. *Document de stratégie pays du Ghana 1999-2001*, BAD 03 Avril 2000.
20. *Document de stratégie pays du Ghana 1999*, Update: BAD 26 Août 1999.
21. Document de stratégie pays *du Ghana 2002-2004*, BAD 16 Avril 2003.
22. *Document de stratégie pays du Ghana 2002-2004*, Update. BAD 04 Août 2004.
23. *Directives révisées sur l'établissement du Rapport d'achèvement de projet (RAP), de la Note de revue et du Rapport de revue de la performance des projets (RRPP)*, BAD, mai 2001.
24. *Rapport de la Revue du portefeuille par pays du Ghana*, BAD juillet 1999,
25. *Rapport de la Revue du portefeuille par pays du Ghana, Département pays, Région Ouest*. BAD, décembre 2004.
26. *Document de perspectives économiques et de programmation pays (ECEP) du Ghana 1991-1993*, BAD, 36 pages, rapport non officiel, 5 février 1992.

27. *Document de perspectives économiques et de programmation pays (ECEP) du Ghana 1991-1993*, BAD, 36 pages, rapport non officiel, 40 pages, rapport non officiel, 8 février 1995.

Études générales sur la politique de la santé, Études sur la pauvreté, Études économiques et Documents officiels du Gouvernement ghanéen.

28. Ministère de la Santé, Ghana : *Common Management Arrangements for the Implementation of the Second Health Sector 5-Year Programme of Work 2002-6*, janvier 2002.
29. Ministère de la Santé, Ghana : *The Second Health Sector 5-Year Programme of Work 2002-2006*, 2003.
30. Ministère de la Santé, Ghana : *The Ghana Health Sector Annual Programme of Work, 2003*, janvier 2003.
31. Ministère de la Santé, Ghana : *The Ghana Health Sector Annual Programme of Work, 2004*, novembre 2003.
32. Ministère de la Santé, Gouvernement du Ghana : *Human Resource Policies and Strategies for the Health Sector, 2002-2006*, septembre 2002.
33. Ministère de la Santé, République du Ghana : *Management Arrangements for Implementation of the Medium Term Programme of Work (1997-2001)*, Ghana, 1996, Rapport officiel.
34. République du Ghana : *Ghana Poverty Reduction Strategy, 2003-2005, An Agenda for Growth and Prosperity*, Volume 1, février 2003.

Documents sur les questions de santé élaborés par les partenaires de la coopération pour le développement.

35. DANIDA/Ambassade du Danemark, DFID, Commission européenne, JICA, Pays-Bas, UNICEF, USAID, OMS, Banque mondiale, *Mémorandum des partenaires de la santé, Joint Response to the MoH Draft POW 2005*, Sommet de la santé, décembre 2004.
36. *Reaching the Health Millennium Development Goals in Ghana.*
37. Dr. Frank Nyonator : *A Health Strategy Document for Revision of the Ghana Poverty Reduction Strategy*, décembre 2004, GMS.
38. Community-Based Health Planning and Services (CHPS), *The Policy, Ghana Health Service Policy Document N° 20*, janvier 2005.
39. DFID, Ghana, *Reviewing Health and Education Progress (RHEP)*, Ghana: Health Report, 2004.

40. DFID, *Ghana, Harmonisation in Ghana for Aid Effectiveness: A Common Approach for Ghana and its Development Partners*, anonyme, non officiel, avant-projet de rapport non publié, 14 février 2005.
41. Site web d' Oxfam : www.oxfam.org.uk
42. Rapport sur le développement humain 2004, PNUD, New York 2004.
43. *Development Partners in Ghana: Profiles on Cooperation Programmes*, PNUD Ghana, septembre 2004.
44. Stratégie d'assistance pays pour le Ghana 2004-2007, Département pays 10, Région Afrique, Société financière internationale, Banque mondiale, Rapport N°27838-GH, février 2004.

Documents généraux sur la santé

45. Abel-Smith, B., *Health Insurance in Developing Countries: Lessons from Experience*. Health Policy and Planning 7 (3), 215-226, 1992.
46. Buse, K. and Walt, G., *Aid Coordination for Health Sector Reform: a Conceptual Framework for Analysis and Assessment*, Health Policy 38, 173-187, 1996.
47. Cassels, A., *Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries*, Health Policy 37, John Wiley and Sons, 1995.
48. Garenne, M. & Gakusi, A.E., *Reconstruction des tendances de la mortalité des jeunes enfants en Afrique sub-saharienne à partir des données d'enquêtes démographiques*, Institut Santé et Développement (Paris) et Centre d'Etudes et de Recherche pour le Développement International (CERDI, Clermont-Ferrand, France).

Documents relatifs à des articles spécifiques sur les maladies endémiques au Ghana

49. Collins A. et al., *Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control*, Tropical Medicine & International Health. Volume 2, publication 5 mai 1997.
50. Davis A., *Leprosy control in Ghana*, Ghana Nurse, novembre 1967; 4 (1): 6-9.
51. Owusu-Agyei S, et. al., *Characteristics of severe anemia and its association with malaria in young children of the Kassena-Nankana District of northern Ghana*, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, octobre 2002; 67(4): 371-7.
52. Williams H. A. et. al., *The contribution of social science research to malaria prevention and control*, Bull. OMS 80: 251-252, 2002.

ANNEXE II

ASSISTANCE DE LA BANQUE AU SECTEUR SOCIAL ET POLITIQUES SOCIALES DE LA BANQUE.

Tableau 9: Assistance du Groupe de la Banque aux secteurs sociaux (en UC à la fin 2004)

Titre du projet	Désignation		Instrument	Date d'approbation	Montant Net approuvé	Cumul Décaissements	Ratio décaissements %
	sous-secteur	Source					
Etudes sur la réhabilitation des hôpitaux	Santé	FAD	Prêt	27-Sep-85	1,723,323	1,723,323	100
Réhabilitation du secteur de la santé I	Santé	FAD	Prêt	16-Jan-90	12,527,818	12,527,818	100
Réhabilitation du secteur de la santé (dons)	Santé	FAD	Don	16-Jan-90	300,590	300,590	100
Réhabilitation du secteur de l'éducation - tertiaire	Éducation	FAD	Prêt	18-Jun-91	12,776,665	12,776,665	100
Développement communautaire pour les femmes	Parité homme-femme	FAD	Don	18-Jun-91	1,388,151	1,388,151	100
Développement communautaire pour les femmes	Parité homme-femme	FAD	Don	18-Jun-91	446,629	446,629	100
Réhabilitation du secteur de la santé II	Santé	FAD	Prêt	16 déc. 91	12,146,927	12,146,927	100
Projet de réhabilitation de l'éducation primaire	Éducation	FAD	Prêt	9-Jan-97	12,000,000	11,913,115	99
Projet de réduction de la pauvreté	Réd. pauw/microfinance	FAD	Prêt	10-dec-97	11,000,000	10,818,385	98
Réhabilitation du secteur de la santé III	Santé	FAD	Prêt	30-Oct-02	17,640,000	0	0
Réhabilitation du secteur de la santé III	Santé	FAD	Don	30-Oct-02	1,000,000	0	0
Projet d'appui enseignement secondaire supérieur - III	Éducation	FAD	Prêt	24-Sep-03	20,000,000	67,915	0
Projet d'appui enseignement secondaire supérieur - III	Éducation	FAD	Don	24-Sep-03	5,000,000	0	0

Source : Données de la Banque africaine de développement

Documents de politique du Groupe de la Banque relatifs aux secteurs sociaux

Documents de politique	Année	Référence
Politique de l'éducation	1986	
Politique de la santé	1987	
Politique en matière d'environnement	1990	
Politique relative aux femmes dans le développement	1990	
Politique de la santé	1996	BAD/CA/DT/96/52
Stratégie et assistance aux PMR en matière de microfinance	1997	FAD/CA/DT/97/48
Politique de l'éducation	1999	BAD/CA/DT/99/92
Politique agricole et de développement rural	1998	FAD/CA/DT/99/105
Gestion intégrée des ressources hydrauliques	2000	BAD/CA/DT/99/146
Politique de coopération avec les organisations de la société civile (OSC)	2000	BAD/CA/DT/2000/05 Rev.1
Politique démographique et stratégie de mise en œuvre	2001	BAD/CA/DT/2000/142
Politique en matière de genre	2001	BAD/CA/IF/2001/62
Politique en matière de réduction de la pauvreté	2001	BAD/CA/IF/2000/83
Politique en matière d'environnement	2003	BAD/CA/DT/2003/116
Politique en matière de réduction de la pauvreté	2004	FAD/CA/DT/2003/151/Rev.2
Stratégie des opérations du Groupe de la Banque sur le VIH/sida	2001	BAD/CA/DT/2001/11/Rev.3
Stratégie et assistance du FAD aux PMR en matière de microfinance	2001	FAD/CA/DT/2001/97/Add.5
Stratégie de lutte contre le paludisme	2001	BAD/CA/DT/2002/25/Add.2
Directives opérationnelles de lutte contre le paludisme	2001	BAD/CA/DT/2002/45
Politique en matière de déplacement involontaire de la population	2002	BAD/CA/DT/2002/98
Politique en matière de réduction de la pauvreté	2002	BAD/CA/DT/2002/248
Directives du Groupe de la Banque faisant appel à l'approche sectorielle (Swap)	2003	BAD/CA/DT/2003/88
Directives régissant les prêts d'appui au développement	2003	BAD/CA/DT/2003/182
Directives relatives à la politique d'assistance du Groupe de la Banque aux pays en situation d'après-guerre	2003	BAD/CA/DT/2003/184
Plan d'action pour les questions de genre	2004	BAD/CA/DT/2004/88
Directives relatives aux maladies transmissibles	2004	FAD/CA/DT/2004/19/Rev.1/
Directives relatives à la mise en œuvre de la politique démographique du Groupe de la Banque	2004	BAD/CA/DT/2004/10
Directives opérationnelles régissant les frais d'utilisation des infrastructures sanitaires et d'éducation	2004	BAD/CA/DT/2004/144

ENGAGEMENTS EN MATIERE D'ASSISTANCE AU SECTEUR DE LA SANTE, 1990-2004 EN MILLION DE \$EU					
Tableau 10: Engagements en matière d'assistance					
GROUPE D'ASSISTANCE	Montant	%	GROUPE HORS ASSISTANCE	Montant	%
Banque arabe pour le développement économique en Afrique (BADEA)	4,1	0,46	Bank Austria N.V.	14,5	5,31
Fonds africain de développement	61,7	7	Banco Santander, S.A.	30,7	11,23
Gouvernement de Belgique	3,4	0,39	Banco Brussels Lambert S.A.	2,1	0,77
Gouvernement du Canada	1,5	0,17	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria	5,9	2,16
Gouvernement du Danemark	75,9	8,61	Deutsche Bank Soci. Anonima Espanol	5,6	2,05
Communauté économique européenne	11,6	1,32	Fintech Holding GMBH	28,9	10,57
Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne	2,9	0,33	GerTech GmbH	12,3	4,50
Association de développement international	191,8	21,75	Hospital Engineering GMBH	45,9	16,79
Gouvernement du Japon	16,3	1,85	International Hospital Group	22	8,05
Nordic Development Fund	16,2	1,84	Internationale Netherlanden Bank	16,6	6,07
Gouvernement des Pays-Bas	25,6	2,90	Midland Bank PLC	8,7	3,18
OPEP	5,2	0,59	National Westminster Bank PLC	21,7	7,94
Gouvernement d'Arabie Saoudite	4,5	0,51	Standard Chartered Bank	29,3	10,72
Gouvernement d'Espagne	33,3	3,78	Stericon GMBH	8,1	2,96
Gouvernement de la Confédération helvétique	0,4	0,05	Taylor & Taylor/Elena Diagnostic	10,5	3,84
Gouvernement du Royaume uni	192,2	21,80	Union Bank of Switzerland	10,5	3,84
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	77,6	8,80			
Programme des Nations Unies pour le développement	0,7	0,08			
Fonds des Nations Unies pour la population	17,8	2,02			
Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique	139,3	15,80			
Programme alimentaire mondial	3,9	0,44			
Total Groupe d'assistance (76,3%)	881,8	100	Total Groupe hors-assistance	273,3	100
Total Engagements (Groupes d'assistance et hors-assistance) 1155,10					
Source: Ministère des Finances					

NOTATION DÉTAILLÉE DE L'ASSISTANCE DE LA BANQUE AUX PROJETS DE SANTÉ.

Tableau 11 : Notes détaillées

Health II – Hôpital de Keta: Personnel		
	Note	Observations (Evaluation du personnel le 4 mars 2005)
Pertinence	4	Rénovation et réhabilitation indispensables ; formation du personnel nécessaire ; conformité du projet à la politique du Gouvernement
Qualité à l'entrée	2	Médiocre ; absence de consultations sur les préférences en matière d'équipements et d'infrastructures ; il n'a pas été prévu d'unité prénatale. Le consultant ne s'est pas entretenu avec le personnel.
Efficacité (réalisation des objectifs)	2	Rénovation achevée ; équipements installés pour l'essentiel ; certains équipements n'ont jamais fonctionné ; certains lits fournis étaient d'occasion, pas neufs et donc en mauvais état ; formation achevée ; composante EIP non réalisée.
Efficience	2	Retards importants dans les travaux de construction et l'installation des équipements, avec pour conséquence une détérioration des équipements.
Développement institutionnel	3	Formation satisfaisante même si les autorités régionales n'ont pas veillé au maintien à leurs postes (ou au remplacement) des cadres /agents de maintenance formés.
Viabilité	2	Certains équipements non fonctionnels / mal installés ; appareil d'anesthésie non réparé, retiré de l'hôpital ; table d'intervention non fonctionnelle, équipements de cuisine non fonctionnels ; four électrique en panne ; intérieur du réfrigérateur en mauvais état de marche; personnel de maintenance formé non remplacé.
Questions transversales	3	Parité homme-femme satisfaisante, femmes formées ; question environnementale non intégrée dans la disposition de la morgue/des déchets radiographiques. Intégration régionale moyenne, patients en provenance du Togo.
Moyenne	3	
Health II – Hôpital de Keta : Équipe		
	Note	Observations (Visite le 4 mars 2005)
Pertinence	4	Rénovation et réhabilitation indispensables ; formation du personnel nécessaire ; conformité du projet à la politique du Gouvernement
Qualité à l'entrée	2	Conception inadéquate, souhaits du personnel ignorés ; absence de communication entre le consultant et le personnel ; processus d'évaluation en sens sommet-base et paternaliste.
Efficacité (réalisation des objectifs)	3	Passable. Certains programmes de formation organisés malgré l'abandon de la composante EIP. Equipements livrés et installés mais de mauvaise qualité. Normes travaux rénovation acceptables.
Efficience	2	Faible performance du consultant qui ne rendait compte ni au MOH ni au personnel de l'hôpital. Retards ayant conduit à des dégâts et à des pertes de ressources.
Développement institutionnel	3	Assez bon dans un premier temps, mais le personnel formé a été muté sans être remplacé
Viabilité	2	Certains équipements non fonctionnels / mal installés, jamais installés. Appareil d'anesthésie non réparé, retiré de l'hôpital ; table d'intervention non fonctionnelle, équipements de cuisine non fonctionnels ; four électrique en panne ; intérieur du réfrigérateur en mauvais état de marche; personnel de maintenance formé muté.
Questions transversales	3	Bonne s'agissant des questions d'égalité entre les sexes dans la mesure où le projet vise la santé des femmes et assure par ailleurs leur formation ; faible cependant en ce qui concerne les questions environnementales ; satisfaisante en matière d'intégration régionale
Moyenne	3	
Health II – Hôpital de Kibi : Visite		
	Note	Observations (Evaluation du personnel, 10 mars 2005)
Pertinence	4	Rénovation et réhabilitation indispensables ; formation du personnel nécessaire ; conformité du projet à la politique du Gouvernement
Qualité à l'entrée	3	Bonne. Projet satisfaisant pour la direction de l'hôpital, conforme aux besoins d'expansion des bâtiments et de formation.
Efficacité (réalisation des objectifs)	3	Bonne. Ensemble des objectifs réalisés, ambulance, EIP non réalisée; seuls les bâtiments et équipements de la pharmacie sont inachevés.
Efficience	1	Retards considérables dans les travaux de construction et l'installation des équipements entraînant des coûts de substitution ; par ailleurs, la chirurgie et d'autres services sont provisoirement fermés.
Développement institutionnel	4	Personnel formé en gestion et en maintenance hospitalière, précieuse contribution aux services de santé.
Viabilité	3	Engagement d'entreprises privées pour l'entretien des équipements de cuisine ; en revanche, équipement de pharmacie hors service et non réparé.
Questions transversales	3	Bonne en matière de genre et faible s'agissant de l'environnement
Moyenne	3	
Health II – Hôpital de Kibi : Visite		
	Note	Observations (Visite 10 mars 2005)
Pertinence	4	Rénovation et réhabilitation indispensables ; formation du personnel nécessaire ; conformité du projet à la politique du Gouvernement
Qualité à l'entrée	2	Faible, même si le projet a satisfait les besoins en matière de santé. En outre, absence de dialogue bidirectionnel sur les procédures d'évaluation et de négociation et les décaissements du prêt.
Efficacité (réalisation des objectifs)	3	Acceptable mais EIP non réalisée, pharmacie non bâtie, certains équipements n'ont jamais fonctionné (machine à laver le linge, matériels pharmaceutiques non livrés et installations non achevées.
Efficience	2	Retards considérables dans les travaux de construction et l'installation des équipements conduisant à des vols et à la détérioration des équipements entreposés dans les magasins et à des frustrations au sein du personnel de l'hôpital.
Développement institutionnel	3	Personnel formé en gestion et en maintenance hospitalière, précieuse contribution aux services de santé.
Viabilité	3	Positive en raison de l'acquisition de services privés pour l'entretien des équipements de cuisine mais les équipements de pharmacie (matériels de distillation) sont en panne et non réparés ; les pièces de rechange du moteur diesel du groupe électrogène sont trop chers pour l'hôpital (technologie inappropriée).
Questions transversales	2	Bonne en matière de genre et faible s'agissant de l'environnement. L'intégration régionale est ici une question non pertinente.
Moyenne	3	
Health I – Questions générales (Personnel MOH)		
	Note	Observations (Evaluation par le personnel MOH, 11 mars 2005)
Pertinence	4	Pertinent pour le renforcement de la gestion hospitalière par les cours de formation. A cette époque plusieurs établissements avaient fermé leurs portes ; il était en conséquence urgent de moderniser les deux hôpitaux de référence (Korle Bu et Komfo Anokye). Le projet s'est conformé aux politiques du Gouvernement.
Qualité à l'entrée	2	Dialogue bidirectionnel faible, limité ou inexistant ou non respect des souhaits et préférences exprimés par le MOH. Tous les travaux de construction ont été confiés à un consultant unique, ce qui

		fut inefficace en raison de la faiblesse des capacités de l'intéressé.
Efficacité (réalisation des objectifs)	3	« Tout a été réalisé ». « Autorisation d'utilisation non accordée, s'agissant principalement des équipements de cuisine ; pas de livraison de stocks de pièces de rechange ». « formation réalisée ».
Efficience	2	« Les intrants de la BAD étaient trop coûteux. La construction du bloc chirurgical à Korle Bu a duré plusieurs années au lieu des 18 mois prévus. En outre, des pertes sont à déplorer en termes de coûts de substitution pour l'ensemble de complexe hospitalier. L'entrepreneur a déclaré faillite. Dépassement des budgets de construction approuvés ». « La BAD a demandé le remboursement des ressources non publiques (formation) ». « clôture de la formation du fait de la non livraison des pièces de rechange ».
Développement institutionnel	3	Le prêt de la BAD a permis de remédier à la question de la faiblesse de la CEP.
Viabilité	3	Viabilité probable du fait de la prise en charge des coûts d'exploitation et d'entretien des structures sanitaires par les budgets annuels de l'Etat (fonds communs).
Questions transversales	4	Les bénéficiaires sont des femmes ; l'amélioration des incinérations réduit la pollution ; bonne intégration régionale dans la mesure où l'Hôpital d'Effia-Nkwanta a accueilli de nombreux sidéens venus du Sénégal et les Hôpitaux de Korle Bu et Komfo Anokye des cancéreux venus de toute l'Afrique pour des traitements anti-cancéreux.
Moyenne	3	
Health II – Questions générales (Personnel MOH)	Note	Observations (Evaluation par le personnel MOH, 11 mars 2005)
Pertinence	4	Pertinente. A cette époque plusieurs établissements avaient fermé leurs portes ; il était en conséquence urgent de moderniser les deux hôpitaux de district
Qualité à l'entrée	3	Acceptable
Efficacité (réalisation des objectifs)	3	« Pas entièrement réalisés » (les ouvrages et l'équipement, principalement ceux de l'Hôpital de district de Yendi, n'ont jamais été achevés).
Efficience	2	« L'Hôpital de Yendi a été victime de nombreux vols »
Développement institutionnel	4	Le prêt de la BAD a permis de résoudre le problème de la faiblesse de la CEP.
Viabilité	4	Le Gouvernement (MOH) a pris en charge toutes les questions d'entretien, la viabilité est donc satisfaisante. Le Gouvernement a mis en place une Assurance maladie nationale afin d'augmenter les flux de ressources en faveur du secteur de la santé
Questions transversales	4	
Moyenne	3	
Health I – Note de la revue	Note	Observations (basée sur les conclusions de la revue et sur l'évaluation)
Pertinence	4	Pertinents pour les besoins exprimés et les politiques, s'agissant principalement des programmes de formation visant l'amélioration de la gestion hospitalière et la modernisation des installations.
Qualité à l'entrée	2	Faible, le MOH et le personnel de l'hôpital n'ayant pas été associés au processus de revue qui s'est d'ailleurs déroulé selon une approche descendante.
Efficacité (réalisation des objectifs)	3	La construction des bâtiments est achevée, mais l'installation des équipements, leur qualité et le choix des technologies n'étaient pas toujours appropriés ; les nouvelles procédures du MOH ont été ignorées (unité biomédicale). Certains programmes de formation sont achevés, pas tous. La composante EIP n'a pas été menée jusqu'à terme.
Efficience	2	Retards et partant, faible rapport qualité-prix pour les travaux de construction ; les retards ont entraîné une destruction/détérioration des équipements. Formation inefficace.
Développement institutionnel	2	Passable. Formation organisée à l'intention des responsables de l'hôpital, ce qui a renforcé les capacités de gestion de l'hôpital ; CEP également formée ; certains agents d'entretien hospitalier ont également été formés.
Viabilité	3	Quelques difficultés concernant la durabilité des équipements des hôpitaux de district (Keta et Kibi), problèmes plus sérieux à Keta. Baisse des bénéfices de la formation en raison des mutations.
Questions transversales	3	Bonne en matière de genre, faible s'agissant de l'environnement, intégration régionale raisonnable
Moyenne	3	
Health II – Note de la revue	Note	Observations (basée sur les conclusions de la revue et sur l'évaluation)
Pertinence	4	Pertinents pour les besoins exprimés et les politiques, s'agissant principalement des programmes de formation visant l'amélioration de la gestion hospitalière et la modernisation des installations.
Qualité à l'entrée	2	Faible, le MOH et le personnel de l'hôpital n'ayant pas été associés au processus de revue qui s'est d'ailleurs déroulé selon une approche descendante.
Efficacité (réalisation des objectifs)	3	La construction des bâtiments est achevée, mais à Yendi l'installation des équipements, leur qualité et le choix des technologies n'étaient pas toujours appropriés ; les nouvelles procédures du MOH ont été ignorées (unité biomédicale) ; les matériels n'ont pas été installés, certains ont été volés et jamais installés, certains équipements installés n'ont jamais fonctionné ou sont tombés en panne peu après leur installation.
Efficience	2	Travaux de construction retardés ou inachevés. Tous les équipements n'ont pas été livrés/installés (Keta, Kibi). La formation était inefficace même si à l'Hôpital de Keta l'efficience a baissé du fait des mutations non suivies de remplacements
Développement institutionnel	3	Passable. Insuffisante pour Keta mais satisfaisante pour Kibi. La CEP s'est renforcée tandis que le projet tarde à rémunérer le personnel ; Son impact a été réduit dans la perspective du démarrage du projet Health III de la BAD
Viabilité	2	Faible à Keta, satisfaisante à Kibi
Questions transversales	3	Bonne en matière de genre, faible s'agissant de l'environnement, intégration régionale raisonnable
Moyenne	3	