

Résumé du Rapport Evaluation

Etude de l'efficacité de l'intervention de la Banque dans le secteur de la santé

Objectif de l'évaluation

Évaluer l'efficacité des politiques, des stratégies et des opérations de la Banque dans le secteur de la santé afin de tirer des leçons et faire des recommandations pour les futures interventions dans ce secteur.

Contact OPEV

A-E Gakusi-Gestionnaire (a.gakusi@afdb.org)

[Pour la version intégrale, aller sur www.afdb.org/OPEV]



Période considérée

1987-2005

Date du Rapport

Oct 2006

Présentation à CODE

26 janvier 2007

Référence du Rapport

ADF/BD/WP/2006/90

A. Données stratégiques

- 1) Total net des prêts/dons en faveur du secteur au cours de la période considérée : 990,72 millions d'UC
- 2) Nombre de projets/d'études examinés : 85 projets; 23 études (154 opérations) menées dans 39 pays
- 3) Dates clés de l'intervention dans le secteur de la santé : l'intervention date de 1975 ; la politique en matière de santé a été élaborée en 1987 et révisée en 1996.

B. Méthode d'évaluation utilisée

L'étude a été fondée sur un examen approfondi des politiques, documents, directives, études post-évaluation et tout autre document pertinent de la Banque en matière de santé; l'analyse des données liées au projet; des entretiens avec le personnel sanitaire et les cadres de la Banque, les consultations avec OMS/AFRO et autres partenaires au développement du secteur de la santé à Brazzaville en ce qui concerne les conclusions préliminaires de l'étude. L'étude est articulée ainsi qu'il suit : a) l'Examen de la politique et de la stratégie de la Banque en matière de santé; b) La Revue du portefeuille de tous les pays (56 profils de projets dans les Revues des portefeuilles pays; rapports de supervision de 74 projets ; 14 RAP ; 2 REPP) ; c) Etudes pays du secteur de la santé (Ghana, Maroc, Tanzanie). Aucune étude sur le terrain n'a été menée dans le cadre de l'évaluation.

C. Le contexte de la santé

Le financement en faveur du secteur de la santé demeure une question majeure à examiner

Bien que l'Afrique enregistre le taux de morbidité le plus élevé, les systèmes de soins de santé africains sont sous-financés ; en effet, le taux actuel des dépenses gouvernementales est estimé à 2,5 pour cent du PIB (contre une moyenne mondiale de 5,4 pour cent). En 2001, une moyenne comprise entre 13 et 21 USD a été consacrée aux soins de chaque Africain. Le montant minimal estimé devrait être de 60 USD pour un système de soins complet à même de couvrir le traitement et les soins essentiels des maladies transmissibles et des infections de la petite enfance et de la mère, le planning familial, les soins tertiaires, les traumatismes et les soins d'urgence.

Le secteur privé de la santé en Afrique est vaste et hétérogène

En Afrique, le secteur privé représente plus de 45 pour cent de toutes les dépenses en matière de santé, et la Banque doit évaluer les voies et moyens de soutenir plus efficacement ce secteur pour améliorer les systèmes de soins de santé. Avec les préoccupations croissantes concernant la qualité des soins administrés par quelques praticiens privés, notamment aux personnes défavorisées, les gouvernements ont des rôles clés à jouer en tant que régulateurs, entités accordant des licences et contrôleurs de la qualité du secteur privé.

Les ressources humaines constituent un problème majeur

La pénurie de personnels de santé qualifiés, en raison de plusieurs facteurs dont le manque de mesures incitatives, la migration et les conséquences du VIH/Sida, constitue un obstacle majeur qui empêche l'amélioration du système sanitaire. La formation seule ne peut pas résoudre ce problème. Il faudrait en outre des changements majeurs liés aux conditions de travail, aux avantages et aux changements dans les systèmes de qualification et de délivrance de licences. La décentralisation du système d'approvisionnement a été utilisée comme moyen d'amélioration des performances du système sanitaire local, mais tout au plus, elle a été inefficace en Afrique, à cause de la pénurie du personnel, de l'inexistence de la gestion de la qualité et des compétences financières au niveau local.

Les pays manquent de politiques pharmaceutiques appropriées

Une autre difficulté rencontrée dans les systèmes de santé est la gestion de l'approvisionnement en médicaments. Si, dans le secteur de la santé, le gouvernement consacre entre 20 et 50 pour cent de ses dépenses aux médicaments, plus de la moitié des pays les plus pauvres d'Afrique n'ont pas accès aux médicaments essentiels. En outre, l'utilisation inappropriée des médicaments est généralisée, tandis que la contrefaçon des médicaments mine le marché, étant donné qu'elle représente près de 70 pour cent des ventes dans certains pays. Aussi, est-il nécessaire d'élaborer des politiques nationales saines dans le secteur du médicament; or, 17 pays africains ne l'ont pas encore fait.

D. Conclusions

D.1 Politique et stratégie de la Banque

La politique et les directives ne sont pas suffisamment canalisées ni efficacement exploitées

Outre les documents de politique, la Banque a préparé des directives en matière de lutte contre le VIH/Sida (2001); de contrôle de la malaria (2002); de population (2004), de maladies transmissibles (2004) et, les Directives en matière de frais imposés aux usagers dans les secteurs de la santé et de l'éducation (2004). Les documents de politique et les directives traduisent généralement les consensus internationaux sur les problèmes majeurs de santé et la manière de les aborder. Toutefois, ils ne présentent qu'un menu global des activités possibles et ne spécifient pas les priorités ni ne fournissent suffisamment de détails pour orienter les programmes et les projets des experts de la santé de la Banque et de leurs homologues des gouvernements. Les lignes directrices opérationnelles ont été publiées en 1998, mais elles n'ont pas été portées à la connaissance du personnel de la Banque, et par conséquent, elles n'ont pas été consultées. En bref, les politiques et les directives en matière de santé n'ont pas été prises en compte dans l'orientation des prêts de la Banque en faveur du secteur de la santé entre 1987 et 2005.

Les stratégies pays de la Banque ne sont pas suffisamment orientées vers le secteur de la santé

Les Documents stratégie pays ne classent pas la santé parmi les priorités stratégiques ni ne définissent clairement les priorités clés nécessitant un appui dans le secteur et pouvant permettre l'identification du projet. Il est donc nécessaire d'analyser de manière plus approfondie les besoins et les priorités des PMR, mais aussi d'impliquer davantage les ONG et les organisations de la société civile dans l'identification et la planification des projets.

La Banque s'aligne, mais elle ne peut toujours pas regrouper des financements

Alors que la Banque a rejoint les autres institutions d'appui au développement pour une utilisation commune ou conjointe des mécanismes de soutien, elle n'est toujours pas avancée en matière de regroupements financiers à cause des « règles de l'origine », condition liée aux prêts de la Banque qui empêche les produits achetés d'être librement écoulés.

À ce jour, financement insignifiant et sans lendemain des projets du secteur privé en matière de santé

À ce jour, la Banque n'a soutenu qu'un seul projet de santé du secteur privé, qui a d'ailleurs été un échec. Néanmoins, il existe des plans d'extension de ce type d'intervention dans le futur, par exemple, l'approvisionnement des traitements antirétroviraux pour les patients infectés par le VIH.

D.2 Le portefeuille du projet de la Banque en faveur du secteur de la santé

Mettre l'accent sur les soins de santé primaire et passer du "matériel" au "logiciel".

Le financement du secteur de la santé a représenté une moyenne de 3,4 pour cent des décaissements globaux de la Banque entre 1987 et 2004 (soit 11,1 pour cent si l'on exclut les dépenses allouées au thème de la santé dans les autres secteurs). Le niveau d'aide annuel est passé de 34 millions d'UC en 1987 à 101 millions d'UC en 2004, avec quelques fluctuations considérables d'une année à l'autre. En moyenne 9,1 millions d'UC ont été alloués aux projets de 1987 à 2005, montant en deçà de la moyenne globale de la Banque (19,9 millions d'UC). Des 991 millions d'UC investis au cours de la période considérée, les quatre sous-secteurs qui en ont le plus bénéficié: les

projets de soins de santé primaires (35,4 pour cent), les soins de santé secondaires (16,4 pour cent), les réformes du secteur de la santé (13,1 pour cent) et le développement de la capacité institutionnelle (12,2 pour cent).

Les financements en faveur des infrastructures ont chuté d'une moyenne de 79 pour cent des coûts de base des projets en 1987 à environ 50 pour cent en 2003. Depuis 2002, l'étude, la supervision et les services de spécialistes ont connu des augmentations considérables, en partie grâce à la volonté d'améliorer la qualité des projets. Le sous-secteur de la population semble relégué au second plan, notamment en ce qui concerne la santé reproductive et la nutrition, malgré le fait qu'il a été inscrit parmi les priorités dans les documents de politique de la Banque en matière de santé.

Taux élevé de cofinancement des projets

Environ 24 pour cent des dépenses globales du secteur ont été en partie cofinancées et, la Banque a contribué à hauteur de 50 pour cent en faveur de 12 des 17 projets cofinancés (70 pour cent), ce qui témoigne du potentiel d'influence que la Banque peut avoir sur ses partenaires dans le cadre du développement des stratégies d'appui au secteur de la santé.

D.3 Efficacité de l'aide de la Banque au secteur de la santé

3.1 Performance de la conception de projet

Le financement des dépenses récurrentes n'est pas une priorité.

D'une manière générale, les projets examinés n'ont pas dûment évalué la viabilité des investissements (notamment en ce qui concerne les installations des infrastructures) en termes de capacité de l'emprunteur à financer les dépenses récurrentes. Alors que la plupart des projets essayaient d'estimer ces dernières, aucune méthode logique pour ce faire n'a été identifiée et il a été peu question de l'évaluation des moyens de les financer.

Faible utilisation des analyses sectorielles et institutionnelles dans le processus de conception des projets

L'évaluation des projets était défailante au niveau de l'analyse des prestations privées et publiques des services de santé. Lorsque l'information était fournie sur le nombre d'établissements ou de praticiens, il manquait celle sur l'étendue et la moyenne des prix des sources alternatives des prestations des services.

Seuls 15 Rapports d'évaluation des projets sur 82 examinés présentaient des rapports des institutions et, d'une manière générale, il n'y avait pas de structures incitatives pour les agents responsables ou les prestataires de services. Aussi, les documents ne contenaient-ils aucune information relative à l'influence des groupes d'intérêts sur la politique en matière de santé ni sur les ressources.

La conception des projets est de plus en plus axée sur les résultats et alignée sur la politique gouvernementale

Depuis l'introduction des cadres logiques en 1993, la clarté, le réalisme et la précision des projets ont été améliorés de manière considérable. De plus, les liens ont été établis entre les objectifs de tous les derniers projets et les objectifs des gouvernements emprunteurs en termes de santé, contrairement aux projets approuvés entre 1987 et 1996. Néanmoins, il existe encore des problèmes à régler en ce qui concerne la qualité des cadres logiques qui doivent être utilisés de manière plus efficace dans la présentation des approches proposées en matière de suivi et d'évaluation des projets. Dans l'ensemble, le cadre logique doit servir à améliorer la conception et l'exécution des projets. Les questions transsectorielles telles que le genre et l'environnement doivent aussi être intégrées à ces cadres.

Les processus de conception et de supervision des projets sont plus complexes

Au vu de l'amélioration du renforcement des capacités dans le cadre des projets comparativement aux dépenses consacrées aux infrastructures, les projets de santé financés par la Banque deviennent plus complexes au fur et à mesure que le nombre de partenaires et de contrats d'exécution de projet augmente pour assurer la prestation des services, le renforcement des capacités, le développement communautaire, etc. Parallèlement, la Banque cherche de plus en plus à aligner ses interventions sur celles des autres agences de développement et des structures institutionnelles existantes des PMR, permettant ainsi de réduire les unités de mise en œuvre des projets en cours dans la plupart des projets à ce jour. Selon le personnel de la Banque, ces facteurs mis ensemble ont renforcé la complexité des processus de conception et de supervision des projets, augmentant ainsi leur charge de travail.

3.2 Performance de la mise en œuvre des projets

La performance de la mise en œuvre ne s'améliore pas. Les problèmes liés aux conditions de prêts sont récurrents.

Un examen des rapports sur la supervision des projets montre que depuis l'an 2000, la performance globale de la

mise en œuvre est restée constante, avec seulement environ 50 pour cent des projets jugés satisfaisants malgré les efforts récents de la Banque visant à renforcer la performance du portefeuille. La conformité aux conditions a été jugée insatisfaisante dans 35 à 40 pour cent des cas, essentiellement à cause de longs processus législatifs inhérents à la ratification des prêts dans certains pays, de la difficulté à créer des organes d'exécution et de l'instabilité politique.

La performance financière a enregistré une légère amélioration alors que les indicateurs de performance étaient stables ou en baisse

Malgré les efforts concertés de simplification des pratiques de passation des marchés en vigueur depuis le milieu des années 90, la performance a eu tendance à baisser dans ce secteur. Par ailleurs, la performance financière a montré une faible amélioration. De manière constante, la qualité de gestion du projet a été des moins satisfaisantes en raison de plusieurs facteurs, notamment la faible capacité des organes d'exécution, le non-respect des calendriers d'exécution et les retards dans la passation des marchés. Fort heureusement, le taux des projets classés comme « projets à problèmes » a baissé au fil du temps.

Lenteurs considérables entre l'approbation, la déclaration confirmant l'exécution et le premier décaissement

Les projets du secteur de la santé ont connu des retards considérables, entre la date de leur approbation par la Banque et leur mise en œuvre effective (seule la moitié des projets ont été effectivement mis en œuvre dans les 12 mois qui suivent contrairement au délai prévu de 6 mois) et, entre la date de mise en œuvre effective et le premier décaissement. La raison de ces retards est liée à une conjonction de facteurs, notamment une conception erronée du projet, l'importance minime du projet et la longue attente requise pour obtenir l'approbation parlementaire. Le fait que près de la moitié des projets ont vu leur premier décaissement retardé de plus de 13 mois témoigne d'une évaluation et d'une approbation prématurées desdits projets. L'une des raisons majeures est due au retard des gouvernements concernés à mettre à disposition à temps les fonds de contrepartie.

Les lenteurs dans la mise en œuvre doublent fréquemment la durée prévue pour l'exécution des projets

Des retards significatifs sont enregistrés fréquemment au cours de la phase d'exécution du projet dont la durée moyenne est de plus de 9 ans, contre 3,7 années prévues au moment de l'évaluation. Près de la moitié des projets dans les sous-secteurs des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires sans oublier le contrôle de la maladie et le développement des médicaments, ont nécessité plus de 10 ans pour être achevés. Toutes les parties impliquées, à savoir, le gouvernement, la Banque et les organes d'exécution, ont contribué au retard enregistré dans la mise en œuvre du projet.

Les lenteurs dans la mise en œuvre en partie dues à une mauvaise gestion et des renseignements erronés du bénéficiaire du pays emprunteur

Pour près de la moitié des projets examinés dans les Revues du portefeuille pays (RPP), la très faible capacité des organes d'exécution des projets a eu des conséquences considérables sur la plupart des aspects des performances de la mise en œuvre du projet (passation des marchés, gestion financière, diffusion de l'information, etc.). Dans 20 pour cent des projets, le non respect par les organes d'exécution des règles de passation des marchés de la Banque (par exemple, présentation inappropriée des entrepreneurs présélectionnés) a causé des retards, outre l'incapacité du gouvernement à suivre le travail de ces organes d'exécution.

L'une des raisons majeures des retards de la Banque à décaisser les financements ultérieurs est due au fait que l'emprunteur n'ait pas soumis de rapports d'audit (dans plus de 20 pour cent des projets). Un autre problème majeur lié à la performance de l'emprunteur résulte de la non soumission des rapports trimestriels par ce dernier (un problème crucial rencontré dans 20 pour cent des projets).

Toutefois, la Banque pourrait empêcher certaines lenteurs

Des 23 pour cent des projets examinés, les PMR ont révélé qu'ils n'étaient pas informés du règlement de la Banque en matière de passation des marchés, d'où l'impératif pour la Banque de diffuser plus amplement cette information. Enfin, en ce qui concerne la passation des marchés, certains PMR se sont plaints de la rigidité de la Banque en ce qui concerne ses procédures de passation des marchés.

Les surcoûts ne constituaient pas un problème en tant que tel.

Les dépassements de budget ont été moins réguliers que les dépassements des calendriers en ce qui concerne les projets financés, bien qu'ils aient figuré parmi les problèmes relevés dans 30 pour cent des RAP examinés et 7 pour cent des RPP. Lorsqu'il en a été le cas, la cause était soit la dévaluation de la monnaie locale, soit une hausse brutale des prix des produits. Environ 20 pour cent des projets ont réalisé des économies, même si quelquefois, ce fut grâce à l'utilisation judicieuse des ressources. Dans d'autres cas, la raison était l'incapacité du gouvernement bénéficiaire à utiliser les fonds non déboursés.

Le personnel n'est pas suffisamment motivé en ce qui concerne la supervision des projets

Il faut une moyenne de 9 jours de supervision sur le terrain par an aux experts de la santé de la Banque pour couvrir chacun une moyenne actuelle de 3,64 projets (comparativement à la moyenne de la Banque qui est de 4,3

projets). Ainsi, ils passent une moyenne de 33 jours par an à conduire des missions de supervision sur le terrain. Toutefois, les données révèlent que depuis 1996, seuls 74 projets, sur un total de 99 achevés ou en cours, ont été supervisés. Un niveau insatisfaisant de supervision des projets (les projets actuels reçoivent une moyenne d'une seule visite par an au lieu de 1,5 requise) dû partiellement à l'importante charge de travail du personnel des opérations. Par ailleurs, ces tâches ne sont pas prises en compte dans les évaluations des performances du personnel. La situation est exacerbée par le manque de bureaux locaux de la Banque, mais ce problème est actuellement examiné dans le cadre du processus de décentralisation en cours.

3.3 Performance en matière de réalisation des objectifs

D'une manière générale, les interventions globales ont été bien adaptées aux besoins des pays emprunteurs et des bénéficiaires finaux potentiels. Cependant, comme précédemment relevé, le sous-secteur de la population (dont la santé reproductive et la nutrition) aurait pu être mieux servi.

Données erronées sur les résultats des projets en raison d'une évaluation insuffisante de l'achèvement du projet

Des 59 projets achevés au cours de la période considérée, seuls 14 Rapports d'achèvement de projet ont été préparés (12 hormis les études) et seuls 2 projets ont fait l'objet d'une revue indépendante de l'évaluation de la performance (REPP). Sur les 12 projets, 6 ont été jugés satisfaisants en termes de réalisation des objectifs escomptés. Seuls 5 projets sur 12 (soit 42 pour cent) ont été jugés satisfaisants en matière de développement institutionnel, même s'il s'agit d'un échantillon biaisé du nombre des projets. La performance de la Banque a été jugée satisfaisante dans 50 pour cent des projets alors que celle de l'emprunteur n'était évaluée qu'à 25 pour cent.

Quelques projets évalués ont fait ressortir des résultats très intéressants en matière d'accès aux services de santé

Plusieurs projets révèlent une augmentation significative du niveau de l'utilisation des services conforme aux normes de services financés par la Banque (tels que l'unité de la santé infantile et la maternité à l'Hôpital Kitunda en Tanzanie; l'hôpital Bab Taza au Maroc; le Projet de contrôle de la bilharziose en Egypte). Néanmoins, dans certains de ces cas, de légères augmentations sont suivies de baisses en raison des questions liées à la gestion du système telles que la dotation en personnel qualifié.

Il existe des cas où une préparation et une évaluation inappropriées des projets ont abouti à l'exécution des projets dans des zones où le nombre d'habitants était inférieur au seuil requis. La plupart des installations sanitaires réhabilitées par la Banque offrent des services payants et vendent des médicaments. Cet argent permet d'assurer la pérennité des installations et dans une certaine mesure, les frais ainsi exigés ont réduit le niveau d'accès des plus pauvres aux services de santé.

Des consultations insuffisantes avec les parties prenantes impliquées dans les projets ont abouti à des questions de viabilité

La performance en matière de réalisation des résultats a souvent été peu satisfaisante en raison de la mauvaise qualité des travaux et des équipements – parfois attribuée à une mauvaise planification; pourtant, cette performance aurait pu être améliorée grâce à une participation plus active du personnel médical et des bénéficiaires finaux du projet lors de sa conception (par exemple, les installations des infrastructures).

Si la participation des parties prenantes à la conception et à la mise en œuvre du projet est un principe essentiel de la Banque, il n'est mentionné nulle part dans les nombreux documents examinés relatifs aux projets. Mieux encore, l'examen relève que les aspects liés à l'environnement sont de manière générale abordés lors du développement et de la mise en œuvre des projets de santé.

L'engagement de l'emprunteur au financement à coût régulier peut être augmenté grâce aux approches sectorielles globales

L'un des problèmes majeurs qui affectent l'efficacité des projets est la viabilité des réalisations et, cet aspect est fortement lié à la volonté des gouvernements emprunteurs à consacrer suffisamment de ressources pour couvrir les coûts récurrents des systèmes et des installations sanitaires. Ce point est mieux pris en compte lorsque les approches sectorielles globales sont opérationnelles (cas de l'Ouganda), lorsque les financements réguliers peuvent être mieux équilibrés avec l'extension du système.

De bons résultats obtenus des projets tenant compte des composantes liées au développement institutionnel

Du point de vue du développement institutionnel, l'examen a relevé nombres de modèles d'approches en termes de développement des ressources humaines dans les projets de santé. Mais les NPP relèvent que plus de 48 pour cent des projets ont été affectés du fait de la mauvaise capacité à gérer des organes d'exécution. Toutefois, dans les cas où l'assistance technique a ciblé cet aspect, des résultats satisfaisants ont été obtenus (cas du Lesotho, de la Guinée et du Tchad). Il faudrait aussi relever les cas de nombreux pays emprunteurs qui n'ont pas réagi

favorablement à la formation du personnel financé par la Banque (en termes d'attributions du personnel). Cette décision ne leur a pas permis de saisir le bien-fondé de ces formations.

E. Recommandations

1) La Banque doit axer ses interventions vers le secteur de la santé – développer un ensemble de politiques et de programmes bien élaborés basés sur ses atouts

Les centres d'intérêts pourraient être sélectionnés parmi les suivants : a) amélioration des capacités des ressources humaines ; b) santé reproductive ; c) des systèmes de santé durables et intégrés (dont le renforcement de la logistique et des systèmes d'information et la mise sur pied des organisations de prestation des services intégrés) ; et, d) le développement d'infrastructures adaptées. Il faudrait aussi mettre l'accent sur la politique de promotion de financement et des réformes économiques dans le secteur, y compris la promotion des partenariats public-privé et le développement d'institutions africaines d'assistance technique.

2) Les Directives de la Banque en matière de santé doivent être davantage appliquées .

Pour parvenir à la recommandation ci-dessus, un processus intense de consultation devrait être mené avec des partenaires et, la politique et les directives actuelles du secteur de la santé devraient être actualisées et plus axées sur le fonctionnement¹. Il est aussi recommandé que des évaluations particulières des thèmes choisis du secteur de la santé soient menées pour obtenir de informations plus fiables sur les approches les plus adaptées (sans oublier les moins adaptées) dans des contextes particuliers et en énumérer les raisons.

3) La Banque doit renforcer la priorité accordée au secteur de la santé lors de sa programmation stratégique, relever tant les niveaux globaux de financement et augmenter la taille moyenne des projets.

La Banque occupe une position privilégiée pour développer ses atouts car elle dispose d'une bonne politique qui influence les capacités dans les PMR, des atouts solides en matière d'expertise dans le secteur de la santé, une expérience issue de la mise en œuvre des projets. Elle est opérationnelle dans plusieurs secteurs connexes à la santé dans les PMR tels que les infrastructures générales, l'eau, la gouvernance et l'agriculture. Si le pourcentage des ressources allouées au secteur doit être augmenté de son niveau actuel établi à 8 pour cent, la Banque doit aussi relever le niveau des résultats obtenus à hauteur des dépenses actuelles. Elle devrait aussi chercher à augmenter la moyenne des prêts alloués aux projets de santé.

4) La Banque doit se focaliser davantage sur l'amélioration des processus de conception des projets et, veiller ainsi à une responsabilisation plus nette en termes de résultats escomptés

L'impact de la Banque dans le secteur peut être renforcé grâce à l'amélioration des systèmes de suivi et d'évaluation, de la qualité de supervision et des évaluations de la Banque sans oublier les capacités de son personnel dans ce secteur. Cette démarche implique aussi la qualité de supervision des projets et les activités d'auto-évaluation lors de l'évaluation du personnel en partie grâce au recours des évaluations mutuelles.

5) La Banque doit renforcer ses activités économiques et sectorielles dans le secteur de la santé et devenir plus active dans la participation et l'initiation des approches sectorielles globales

Cette mesure permettrait de renforcer sa connaissance du secteur de la santé du pays concerné et d'élaborer des programmes mieux adaptés, de concevoir des projets avec des effets potentiels plus importants et, d'élaborer une meilleure politique de dialogue avec les PMR. À cet égard, la Banque devrait renforcer sa collaboration avec les organisations internationales spécialisées telles que l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et la BM.

6) Les compétences techniques des professionnels de la santé devraient être renforcées et le personnel technique devrait être mieux soutenu du point de vue administratif

Certains domaines manquent de spécialistes, à savoir, la réforme du secteur de la santé, l'économie et les analyses financières dans le secteur de la santé, les maladies transmissibles, la population, la santé reproductive et la gestion/planification de la santé. L'un des secteurs clé qui nécessite un renforcement des compétences est celui de la gestion des projets. Le personnel existant doit être soulagé de ses nombreuses tâches administratives pour se consacrer davantage à la politique, à la stratégie et à la conception des projets mais aussi à l'acquisition de nouvelles connaissances et à la répartition des tâches. Cet objectif peut être atteint grâce à un appui administratif plus important à ce personnel.

7) La politique de la Banque en matière de santé doit définir la manière d'encourager les partenariats public-privé dans les secteurs des avantages comparatifs de la Banque dans le secteur de la santé.

¹ Il faudrait relever l'examen de la politique initiée par ORPC lors d'un séminaire à Tunis en partenariat avec la Banque mondiale et l'OMS en juin 2006.

F. Enseignements tirés

1. Le niveau d'engagement du gouvernement et la qualité de ses institutions sont des facteurs clés pour la réalisation d'investissements efficaces et équitables en utilisant des ressources nationales et internationales.
2. La manque d'incitations adéquats en matière de logement et transport ne permet pas d'attirer et de retenir de personnel qualifié dans les zones ruraux.
3. Le faible recours aux analyses économiques et sectorielles empêche la Banque de déterminer ses avantages comparatifs et d'améliorer le processus de conception de ses projets.
4. La participation des différentes parties prenantes dans la conception des projets de santé renforce l'utilisation et la viabilité des installations et des services.
5. Peu d'attention est accordée à la préparation et à l'évaluation, d'où des estimations factices de la durée et du coût nécessaires à la réalisation d'un projet. Aussi, une attention insuffisante est portée aux facteurs de risques, compromettant ainsi l'exécution et la finalité.
6. Le manque de suivi adapté et de systèmes d'évaluation empêche la Banque et les PMR de tirer des enseignements des investissements en faveur de la santé et d'assumer leurs responsabilités vis-à-vis des différentes parties prenantes.