

FONDS AFRICAIN DE DEVELOPPEMENT

ANG/PSHH/2002/01

Langue : Français

Original : Français

RAPPORT D'EVALUATION

**PROJET DE REHABILITATION
DES SERVICES DE SANTE
DANS LA PROVINCE DE UIGE**

REPUBLIQUE D'ANGOLA

DEPARTEMENT DEVELOPPEMENT SOCIAL
REGION CENTRE-OUEST

OCSD
SEPTEMBRE 2002

TABLE DES MATIERES

FICHE D'INFORMATION DU PROJET, MONNAIES ET MESURES, LISTE DES TABLEAUX, LISTE DES ANNEXES, LISTE DES ABREVIATIONS, DONNEES DE BASE, CADRE LOGIQUE DU PROJET, RESUME ANALYTIQUE

	Pages
Résumé analytique	i - x
1. ORIGINE ET HISTORIQUE DU PROJET	1
2. LE SECTEUR	2
2.1 Situation sanitaire	2
2.2 Politique nationale de santé	4
2.3 Organisation du système de santé	4
2.4 Ressources humaines	5
2.5 Financement du secteur	6
2.6 Contraintes du secteur	7
2.7 Principaux Bailleurs de fonds du secteur	7
3 LE SOUS-SECTEUR	8
3.1 Province de Uige	9
3.2 Infrastructures sanitaires et utilisation des Services de santé	9
3.3 Maladies transmissibles	10
3.4 Santé de la reproduction	11
4. LE PROJET	11
4.1 Conception et bien-fondé du projet	11
4.2 Zone du projet et bénéficiaires	12
4.3 Contexte stratégique	13
4.4 Objectif du projet	13
4.5 Description du projet	14
4.6 Impact sur l'environnement	18
4.7 Coûts du projet	19
4.8 Sources de financement et calendrier des dépenses	20
5. EXECUTION DU PROJET	22
5.1 Organe d'exécution	22
5.2 Dispositions institutionnelles	23

5.3	Calendrier d'exécution et de supervision	24
5.4	Dispositions relatives à l'acquisition des biens et services	24
5.5	Dispositions relatives aux décaissements	27
5.6	Suivi et évaluation	27
5.7	Rapports financiers et audit	28
5.8	Coordination de l'aide	28

TABLE DES MATIERES (suite)

6.	PERENNITE ET RISQUES DU PROJET	29
6.1	Charges récurrentes	29
6.2	Durabilité du projet	29
6.3	Principaux risques et mesures d'atténuation	30
7.	BENEFICES DU PROJET	31
7.1	Impact économique	31
7.2	Impact social	31
8.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	32
8.1	Conclusions	32
8.2	Recommandations et conditions d'approbation du prêt	32

Le présent rapport a été préparé par Dr Richard WANJI NGAH, Expert en santé publique et deux consultants à la suite d'une mission d'évaluation effectuée en Angola du 22 juillet au 10 août 2002. Pour toute information complémentaire relative à ce rapport, prière s'adresser à M. Naji SAFIR, Chef de Division OCSD.3 (Poste 4155) et Mme Zeinab EL BAKRI, Directeur OCSD (Poste 4060)

FONDS AFRICAIN DE DEVELOPPEMENT

01 BP 1387, ABIDJAN 01

Tel: (225) 20 20 44 44

Fax: (225) 20 21 77 53

FICHE DU PROJET

Date: Septembre 2002

Les renseignements ci-dessous ont pour but de donner certaines indications générales aux éventuels fournisseurs, entrepreneurs et consultants et à toute personne s'intéressant à la fourniture de biens et services au titre des projets approuvés par les Conseils d'administration du Groupe de la Banque. De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de l'organe d'exécution de l'emprunteur.

1. PAYS : République d'Angola
2. TITRE DU PROJET : Projet de Réhabilitation des Services de Santé dans la Province de Uige (PRSS)
3. LIEU D'IMPLANTATION : Province de Uige
4. EMPRUNTEUR : République d'Angola
5. ORGANE D'EXECUTION : Ministère de la Santé /Direction Nationale des Etudes, de la Planification et des Statistiques
Cellule de coordination et de Gestion du Projet à Uige, Province de Uige.

6. DESCRIPTION DU PROJET :

L'objectif sectoriel du projet est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de l'ensemble des populations angolaises en général, et en particulier, celui des femmes en âge de procréer, des enfants de moins de cinq ans et des personnes déplacées dans la Province de Uige. Les objectifs spécifiques du projet sont les suivants : (i) l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaires ; (ii) l'appui aux programmes nationaux de santé (IST/HIV/SIDA, tuberculose, trypanosomiase, paludisme, PEV et santé de la reproduction ; et (iii) le renforcement des ressources humaines.

Le projet comprend les composantes suivantes :

- I Amélioration de la qualité des services de santé ;
- II Appui aux programmes nationaux prioritaires de santé ;
- III Développement des ressources humaines ;
- IV Coordination et gestion du Programme.

7. COUT TOTAL DU PROJET 7,22 millions d'UC
- i) Devises : 5,70 millions d'UC
- ii) Monnaie locale : 1,52 million d'UC

8. FINANCEMENT DU GROUPE DE LA BANQUE

Prêt FAD : 6,50 millions d'UC

9 AUTRE SOURCE DE FINANCEMENT

Gouvernement : 0,72 million d'UC

10 DATE D'APPROBATION
DU PRÊT

: Novembre 2002

11 DATE ESTIMATIVE DE DEMARRAGE
DU PROJET ET DUREE

: 1^{er} Juillet 2003 /4 ans

12 ACQUISITION DES BIENS, TRAVAUX ET SERVICES

Travaux :

Appel d'offres international pour tous les travaux de génie civil qui vont être réalisés dans l'hôpital provincial de Uige,.

Appel d'offres national pour les travaux de réhabilitation de cinq hôpitaux de municipalité et de construction de cinq logements pour Médecins dans la Province de Uige et de la réhabilitation de la cellule de coordination et de gestion du projet à Uige.

Biens :

Consultation de fournisseurs à l'échelon international pour l'acquisition des équipements médicaux de l'hôpital provincial de Uige et des cinq hôpitaux de municipalité non disponibles dans les catalogues de l'UNICEF/UNIPAC, d'une ambulance médicalisée et d'un véhicule spécialisé pour la collecte de sang et des échantillons de prélèvements dans les municipalités.

Appel d'offres national pour le mobilier et les équipements non médicaux de l'hôpital provincial de Uige, de cinq hôpitaux de municipalité et de cinq logements dans la Province de Uige.

Consultation de fournisseurs à l'échelon national pour l'acquisition des équipements, des fournitures, du mobilier, de 4 véhicules et 5 motos pour les cinq hôpitaux de municipalité et des équipements audiovisuels et télévisuels pour l'IEC et la sensibilisation des populations.

Négociation directe avec FNUAP/UNICEF/UNIPAC pour l'acquisition : (i) des mobiliers, des équipements et matériels biomédicaux de l'HP et de cinq HM, des équipements médicaux non spécialisés tels que les trousse d'accouchement, les moustiquaires, les équipements du PEV (frigidaires et glacière, panneaux solaires) et (ii) des matériels didactiques pour la formation des agents de santé, la mobilisation sociale et la sensibilisation des populations.

Appel d'offres international restreint (y compris l'UNIPAC) pour l'acquisition des médicaments essentiels et génériques, les réactifs de laboratoire et consommables.

Services :

Liste restreinte pour les bureaux d'études chargés des études et supervision des travaux de génie civil, des bureaux d'études ou des consultants individuels pour les enquêtes, le cabinet comptable et le cabinet d'audit et le Bureau d'études qui fournira l'assistance technique pour appuyer la cellule du projet.

Négociation directe avec la Direction nationale des ressources humaines avec l'appui de l'OMS et l'UNICEF pour les formations à l'étranger, des médecins et cadres de santé de Uige et les activités de formation locale et recyclage des personnels et agents de santé.

Liste restreinte pour le recrutement d'ONG locales ou étrangères installées dans le pays pour les activités d'IEC, d'imprégnation des moustiquaires, de formation des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles et de la formation des organisations féminines aux activités ciblées en santé de la reproduction en vue de la réduction de la mortalité maternelle.

13. SERVICES DE CONSULTANTS REQUIS

Service de consultants pour :

- (i) La cellule de coordination et de gestion du projet ;
- (ii) La mobilisation sociale et la formation communautaire ;
- (iii) La supervision des travaux ;
- (iv) Les missions ponctuelles de gestion comptable ;
- (v) L'audit du projet.

**EQUIVALENCES MONETAIRES
(août 2002)**

1 UC = 1,33046 US \$

POIDS ET MESURES

Système métrique

EXERCICE BUDGETAIRE

01 janvier – 31 décembre

LISTE DES TABLEAUX

	<u>Pages</u>
Tableau 2.1 : Evolution du budget du Ministère de la santé	6
Tableau 2.2 : Principaux Bailleurs de fonds du secteur	8
Tableau 3.1 : Activités dans les principaux hôpitaux de Uige en 2001	9
Tableau 3.2 : Populations de Uige par Municipalité	13
Tableau 4.1 : Coût du projet par composante	19
Tableau 4.2 : Coût du projet par catégorie de dépenses	19
Tableau 4.3 : Coût du projet par sources de financement	20
Tableau 4.4 : Coût du projet par source de financement et par Composante	20
Tableau 4.5 : Coût du projet par sources de financement et par Catégories des dépenses	20
Tableau 5.1 : Calendrier d'exécution du projet	24
Tableau 5.2 : Calendrier des dépenses par composante	21
Tableau 5.3 : Calendrier des dépenses par catégories des dépenses	21
Tableau 5.4 : Calendrier des dépenses par sources de financement	21
Tableau 5.5 : Acquisition des biens et services	25

LISTE DES ANNEXES

	<u>Nombre de pages</u>
1 Carte du pays et localisation du projet	1
2 Organigramme de la structure d'exécution	1
3 Note de gestion environnementale et sociale	2
4 Liste des biens et services	1
5 Calendrier d'exécution du projet	1
6 Résumé des opérations de la Banque	1

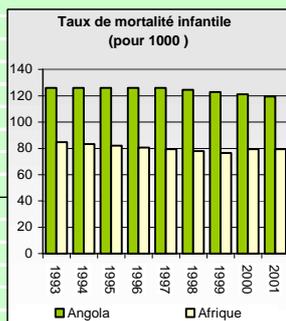
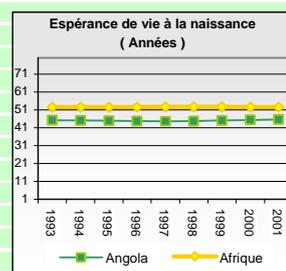
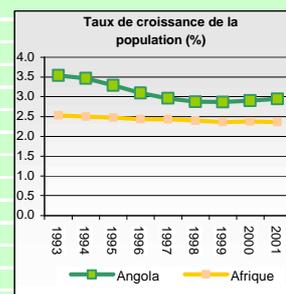
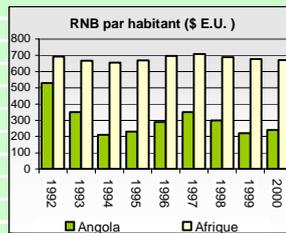
Liste des Abréviations

ASC	:	Agent de santé communautaire
ASDI	:	Coopération suédoise
AT	:	Accoucheuse traditionnelle
BAD	:	Banque africaine de développement
BM	:	Banque mondiale
CCGP	:	Cellule de coordination et de gestion du projet
CS	:	Centre de santé
DNEPS	:	Direction nationale des études, de la planification et des statistiques
DNRH	:	Direction nationale des ressources humaines
DNSP	:	Direction nationale de la santé publique
DPS	:	Direction provinciale de santé
DSRP	:	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTCoqP	:	Diphtérie Tétanos Coqueluche Polio
FAD	:	Fonds africain de développement
HM	:	Hôpital de municipalité
HP	:	Hôpital provincial
HPU	:	Hôpital provincial de Uige
IBW	:	Institutions de Bretton Woods
IEC	:	Information, éducation et communication
IST	:	Infections sexuellement transmises
MEG	:	Médicaments essentiels et génériques
MICS	:	Multiple Indicators Cluster Survey
MII	:	Moustiquaire imprégnée à l'insecticide
MF	:	Ministère des finances
MS	:	Ministère de la santé
MP	:	Ministère du Plan
MSF/B	:	Médecins sans frontières Belgique
MSF/E	:	Médecins sans frontières Espagne
OMS	:	Organisation mondiale de santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PAM	:	Programme alimentaire mondial
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PNDS	:	Programme national de développement sanitaire
PNUD	:	Programme des nations unies pour le développement
PRSS	:	Projet de réhabilitation des services de santé
PS	:	Poste de santé
SIDA	:	Syndrome d'immunodéficience acquis
SSP	:	Soins de santé primaires
THA	:	Trypanosomiase humaine africaine
UE	:	Union européenne
UNICEF	:	Fonds des nations unies pour l'enfance
UNITA	:	Union nationale pour l'indépendance totale de l'Angola
USAID	:	Agence américaine pour le développement international
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine.

Angola

INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES COMPARATIFS

	Année	Angola	Afrique	Pays en développement	Pays développés
Indicateurs de Base					
Superficie ('000 Km ²)		1 247	30 061	80 976	54 658
Population totale (millions)	2001	13.5	811.6	4 940.3	1 193.9
Population urbaine (% of Total)	2001	34.4	38.0	40.4	76.0
Densité de la population (au Km ²)	2001	10.9	27.0	61.0	21.9
Revenu national brut (RNB) par Habitant (\$ EU)	2000	240	671	1 250	25 890
Participation de la Population Active - Total (%)	2000	45.2	43.1	...	...
Participation de la Population Active - Femmes (%)	2000	41.4	33.8	...	...
Valeur de l'Indice sexospécifique de dévelop. humain	1999	...	0.476	0.634	0.916
Indice de développement humain (rang sur 174 pays)	1999	146	n.a.	n.a.	n.a.
Population vivant en dessous de \$ 1 par Jour (%)	1995	...	45.0	32.2	...
Indicateurs Démographiques					
Taux d'accroissement de la population totale (%)	2001	2.9	2.4	1.5	0.2
Taux d'accroissement de la population urbaine (%)	2001	5.6	4.1	2.9	0.5
Population âgée de moins de 15 ans (%)	2001	48.2	42.4	32.4	18.0
Population âgée de 65 ans et plus (%)	2001	2.8	3.3	5.1	14.3
Taux de dépendance (%)	2001	104.2	85.5	61.1	48.3
Rapport de Masculinité (hommes pour 100 femmes)	2001	67.1	73.9	103.3	94.7
Population féminine de 15 à 49 ans (%)	2001	21.5	23.6	26.9	25.4
Espérance de vie à la naissance - ensemble (ans)	2001	45.5	52.5	64.5	75.7
Espérance de vie à la naissance - femmes (ans)	2001	46.9	53.5	66.3	79.3
Taux brut de natalité (pour 1000)	2001	51.2	37.3	23.4	10.9
Taux brut de mortalité (pour 1000)	2001	19.2	14.0	8.4	10.3
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	2001	119.6	79.6	57.6	8.9
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000)	2001	204.7	116.3	79.8	10.2
Taux de mortalité maternelle (pour 100000)	1998	1,500	641	491	13
Indice synthétique de fécondité (par femme)	2001	7.2	5.1	2.8	1.6
Femmes utilisant des méthodes contraceptives (%)	1990-99	...	...	56.0	70.0
Indicateurs de Santé et de Nutrition					
Nombre de médecins (pour 100000 habitants)	1997	8	37	78	287
Nombre d'infirmières (pour 100000 habitants)	1997	115	106	98	782
Naissances assistées par un personnel de santé qualifié (%)	1992	17	38	58	99
Accès à l'eau salubre (% de la population)	2000	38	60	72	100
Accès aux services de santé (% de la population)	1999	24	62	80	100
Accès aux services sanitaires (% de la population)	2000	44	60	44	100
Pourcent. d'adultes de 15-49 ans vivant avec le VIH/SIDA	1999	2.8	5.7	...	...
Incidence de la tuberculose (pour 100000)	2000	122	105	157	24
Enfants vaccinés contre la tuberculose (%)	2000	56	63	82	93
Enfants vaccinés contre la rougeole (%)	1999	46	58	79	90
Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (%)	1999	41	26	31	...
Apport journalier en calories par habitant	1999	1 873	2 408	2 663	3 380
Dépenses publiques de santé par habitant (en % du PIB)	1991	3.9	3.3	1.8	6.3
Indicateurs d'Éducation					
Taux brut de scolarisation au (%)					
Primaire - Total	1997	64.0	80.7	100.7	102.3
Primaire - Filles	1997	60.0	73.4	94.5	101.9
Secondaire - Total	1996	11.8	29.3	50.9	99.5
Secondaire - Filles	1996	9.4	25.7	45.8	100.8
Personnel enseignant féminin au primaire (% du total)	1996	9.4	40.9	51.0	82.0
Analphabétisme des adultes - Total (%)	2001	...	37.7	26.6	1.2
Analphabétisme des adultes - Hommes (%)	2001	...	29.7	19.0	0.8
Analphabétisme des adultes - Femmes (%)	2001	...	46.8	34.2	1.6
Dépenses d'éducation en % du PIB	1998	2.6	3.5	3.9	5.9
Indicateurs d'Environnement					
Terres arables en % de la superficie totale	1999	2.4	6.0	9.9	11.6
Taux annuel de déforestation (%)	1995	1.0	0.7	0.4	-0.2
Taux annuel de reboisement (%)	1990	1.0	4.0	...	...
Emissions du CO2 par habitant (tonnes métriques)	1997	...	1.1	2.1	12.5



Source : Compilé par la Division Statistique à partir des Bases de Données de la BAD; ONUSIDA; Live Database de la Banque Mondiale et la Division Population des Nations Unies

Notes: n.a. Non Applicable

... Donnée Non Disponible

RESUME ANALYTIQUE

1. Contexte du projet

Après plusieurs décennies de conflit armé, la République d'Angola s'achemine vers une paix durable qui va permettre véritablement d'offrir à l'ensemble des populations angolaises un nouvel espoir de développement. Car, les années de guerre se sont traduites par une forte dégradation des services de santé du pays, conjuguée à la détérioration des conditions de vie de l'immense majorité des populations. Face à cette situation alarmante la Communauté internationale a été mobilisée pour apporter son assistance à la réhabilitation et à la reconstruction des infrastructures économiques et sociales du pays. Aussi, le groupe de la Banque veut se solidariser avec les autres bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux afin d'appuyer le Gouvernement dans la mise en œuvre du Plan national développement sanitaire (2002-2005) en mettant un accent particulier sur la réhabilitation des infrastructures sanitaires. A cette fin, la Banque a identifié un projet de réhabilitation des services de santé qui vise les structures sanitaires secondaires et tertiaires dans la province de Uige. Ce choix se justifie par l'absence de bailleurs de fonds dans la province et par la couverture médicale insignifiante du fait de l'instabilité socio-politique qu'elle a connue. Le présent projet s'inscrit dans le cadre de la stratégie intérimaire du groupe de la Banque en Angola (2001-2002) approuvée par le Conseil en décembre 2000 et compte parmi les priorités inscrites dans le DRSP Intérimaire du gouvernement qui est en cours d'élaboration avec l'assistance de la Banque, des Institutions de Bretton Woods et d'autres partenaires au développement. Le projet vise à répondre aux efforts menés actuellement dans le cadre de la réinsertion des populations déplacées et répond à une volonté du gouvernement de voir la Banque s'impliquer dans cette politique de reconstruction durable.

2. Objet du prêt

Le prêt FAD d'un montant de 6,5 millions représentant 90% du coût total du projet servira à financer 100% du coût en devises (5,71 millions d'UC) et 52,35% en monnaie locale (0,80 million d'UC).

3. Objectifs sectoriel et spécifique du projet

L'objectif sectoriel du programme est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de l'ensemble des populations angolaises en général, et en particulier, celui des femmes en âge de procréer, des enfants de moins de cinq ans et des personnes déplacées. Le programme qui sera exécuté dans la Province de Uige (Région nord) a pour objectifs spécifiques : (i) l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaires ; (ii) l'appui aux programmes nationaux de santé (lutte contre les IST/VIH/SIDA, la tuberculose, le Paludisme et la Trypanosomiase ; le PEV et la santé de la reproduction) ; et (iii) le renforcement des ressources humaines.

4. Description succincte des réalisations du projet

Le projet comprend les composantes suivantes : (i) amélioration de la qualité des services de santé ; (ii) appui aux programmes nationaux de santé ; (iii) développement des ressources humaines ; et (iv) coordination et gestion du projet.

Composante 1 : Amélioration de la qualité des services de santé. Le projet financera : (i) la réhabilitation, les équipements et mobilier des services de santé de la mère et enfant

de l'hôpital provincial, du centre provincial de sang et du laboratoire provincial de santé publique pour le dépistage et le contrôle des grandes endémies, (ii) la réhabilitation et le renouvellement des équipements des services obstétricaux et pédiatriques de 5 hôpitaux de municipalité ; (iii) l'appui en mobilier, bureautique et logistique (ambulance, véhicules de collecte de sang et motos) aux différents services techniques afin d'améliorer leurs performances; (vi) la dotation de médicaments essentiels génériques et de consommables à toutes les structures sanitaires réhabilitées.

Composante 2 : Appui aux programmes nationaux prioritaires de santé : Cet appui concernera la lutte contre les grandes endémies (IST/VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, la trypanosomiase, le PEV) et la santé de la reproduction.

Composante 3 : Développement des ressources humaines. Deux types de formation sont prévus, à savoir : (i) la formation des médecins et cadres moyens de santé à l'étranger et dans la sous-région qui vise à l'amélioration qualitative et quantitative des prestataires des services ; et (ii) la formation locale et les séminaires de recyclage des agents de santé afin d'améliorer leurs prestations.

Composante 4 : Cellule de coordination et de gestion du projet. Une cellule exécution et de suivi du projet sera localisée à Uige et composée de cadres nationaux et d'une assistance technique de 60 P/M. Un cadre sera désigné à Luanda pour le suivi du projet.

5. Coût du projet

Le coût total du projet est estimé à 7,22 millions d'UC, dont 5,71 millions d'UC (79 %) seront en devises et 1,52 million d'UC (21 %) en monnaie locale.

6. Sources de financement

Le projet sera financé conjointement par le FAD et le gouvernement. Le FAD financera toutes les composantes et catégories des dépenses. Le montant total du prêt FAD qui est de 6,50 millions d'UC, représente 90% du coût total du projet. Il sera utilisé pour couvrir 100% du coût en devises (5,7 millions d'UC) et 52,35% en monnaie locale (0,80 million d'UC). La contribution du gouvernement qui est de 0,72 million d'UC (10% du coût du projet) financera les travaux de génie civil, les équipements et la formation.

7. Exécution du projet

La structure de coordination et de gestion du projet sera localisée à Uige. En dépit de cette localisation hors de Luanda, la structure sera sous la responsabilité de la Direction nationale des Etudes, de la Planification et des Statistiques, responsable de la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Sur le plan local, cette structure travaillera en collaboration avec la Direction provinciale de la santé de Uige. Le projet qui sera exécuté sur une période de quatre ans démarrera probablement le 1^{er} juillet 2003.

8 Conclusions et recommandations

Il est recommandé qu'un prêt ne dépassant pas 6,5 millions d'UC soit accordé sur les ressources FAD au gouvernement d'Angola dans le but d'exécuter le projet tel que décrit dans le présent rapport, sous réserve du respect des conditions énoncées dans l'accord de prêt.

REPUBLIQUE D'ANGOLA
PROJET DE REHABILITATION DES SERVICES DE SANTE
CADRE LOGIQUE DU PROJET

Hiérarchie des Objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses /risques importants
A. <u>OBJECTIF SECTORIEL</u> 1. Contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de l'ensemble des populations angolaises, en général et en particulier, celui des femmes, des enfants de moins de cinq ans, des personnes déplacées dans la province	De 2002 à l'horizon 2007 1.1 Réduction du taux de mortalité maternelle de 190 pour 1 000 à 150 pour 1 000 1.2 Réduction du taux de mortalité infantile de 1900 pour 100 000 à 1 500 pour 100 000 1.3 Espérance de vie générale passe de 42 à 50 ans ;	1.1.1 MIICS 1.1.2 Enquête Nationale de Démographie et Santé	
B. <u>OBJECTIFS DU PROJET</u> 1. Améliorer l'accessibilité des populations aux soins de santé primaires ; 2. Appuyer les programmes nationaux de santé (lutte contre VIH/SIDA, la Tuberculose, Trypanosomiase, Paludisme, PEV et santé de la reproduction) 3. Renforcer les ressources humaines.	De 2002 à l'horizon 2007 1.1 Doublement de capacité de lits d'accueil et augmentation de 50% taux de fréquentation et de consultations pré et postnatales, 1.2 Redéploiement de 10 médecins à Uige 2.1 Taux de couverture vaccinale complète augmenté de 18 % à 60% 2.2 15 000 examens de laboratoires pour dépistage par an et 100% des transfusions de sang testées; 2.3 25.000 moustiquaires imprégnées à l'insecticide et distribués aux familles 3.1 Augmentation 50% du nombre des examens prénataux dans les PS, CS et HM 3.2 Augmentation 50 % du nombre d'accouchement dans les CS et HM 3.2 Formation durant 4 ans de 250 accoucheuses Traditionnelles et matrones	1.1.1 Rapports d'activités du Ministère de la santé. 1.1.2 Note de service du Ministère de la santé et d'affectation du personnel 2.1.1 Enquêtes de couverture vaccinale de l'UNICEF 2.2.1 Rapports d'activités du Ministère de la santé. 2.3.1 Rapports d'activités de la CCGP 3.1.1 Statistiques des services de santé de la reproduction 3.2.1 Rapport de formation	1.1.1.1 Processus de paix en cours abouti 1.1.1.2 Paix retrouvée sur le territoire et dans la Province de Uige 1.1.1.3 Déminage des routes et voies de communications 1.1.1.4 Budget conséquent alloué à la santé par le ministère des finances et les Gouverneurs des Provinces ; 1.1.1.5 Adhésion des populations aux activités et réalisations du projet.
Hiérarchie des Objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses et risques importants

<p>C. REALISATIONS</p> <p>1. Réhabilitation de l'Hôpital provincial de Uige et renforcement du centre provincial de sang</p> <p>2. 5 Hôpitaux de municipalité et 5 logements pour Médecins réhabilités, construits, équipés et opérationnels</p> <p>3. Réhabilitation du laboratoire de surveillance et contrôle des maladies transmissibles et activités de lutte améliorés ;</p> <p>4. Services obstétricaux réhabilités et équipés dans 5 hôpitaux de municipalité ;</p> <p>5. Formation du personnel en Angola et à l'étranger et organisation des séminaires de recyclage locaux ;</p>	<p>1.1 HP rénové, équipé et opérationnel</p> <p>1.2 Centre provincial de sang rénové, équipé et opérationnel;</p> <p>1.3 Deux Techniciens en maintenance formés et affectés dans l'hôpital provincial</p> <p>2.1 Cinq hôpitaux de municipalité rénovés, équipés et logements construits</p> <p>3.1 Laboratoire de dépistage et contrôle rénové, équipé et fonctionnel</p> <p>3.2 Activités de lutte contre les IST/SIDA, le Paludisme, la tuberculose, THA améliorées</p> <p>3.3 50 organisations féminines formées dans la technique d'imprégnation des moustiquaires</p> <p>4.1 cinq HM dotés des services obstétricaux rénovés, équipés et fonctionnels ;</p> <p>4.2 Kit et trousse d'accouchement distribués aux 250 accoucheuses traditionnelles formées et aux femmes gravides</p> <p>5.1 24 cadres nationaux formés à l'étranger ;</p> <p>5.2 5 médecins formés à Luanda en résolution de complications obstétriques et néonatales</p> <p>5.3 3 infirmiers instrumentistes et un technicien frigoriste formés à Luanda</p> <p>5.4 50 responsables de postes et centres de santé formés en surveillance épidémiologique</p> <p>5.5 30 vaccinateurs et techniciens frigoristes recyclés</p> <p>5.6 150 agents communautaires et 50 chefs traditionnels et religieux formés/sensibilisés</p>	<p>1.1.1 Rapport de mission de suivi et de supervision ;</p> <p>1.1.2 Rapports d'activités et rapports d'avancement des travaux</p> <p>2.1.1 Idem</p> <p>2.1.2 Idem</p> <p>3.1.1 Idem</p> <p>3.1.2 Idem</p> <p>3.1.3 Rapports d'activités du laboratoire et banque de sang</p> <p>3.2.1 Rapports d'activités des programmes de lutte contre les endémies</p> <p>3.3.1 Rapports de formation</p> <p>4.1.1 Idem</p> <p>4.1.2 Idem</p> <p>4.2.1 Enquête sur le terrain</p> <p>5. Rapports de formation</p>	<p>1.1.1.1 Exécution des travaux de génie de civil dans les délais impartis</p> <p>1.1.1.2 Déploiement du personnel effectif et disponibilité quantitative des ressources humaines ;</p>									
<p>D. CATEGORIES DES DEPENSES</p> <p>1. Etudes et Supervision</p> <p>2. Réhabilitation et construction</p> <p>3. Equip. et matériel, médicament</p> <p>4. Formation</p> <p>5. Assistance technique</p> <p>6. Fonctionnement</p> <p>7. Audit</p>	<p style="text-align: center;">Plan de financement</p> <p>Source : Montant (millions d'UC)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">FAD</td> <td style="width: 10%;">6,50</td> <td style="width: 10%;">90 %</td> </tr> <tr> <td>Gouvernement</td> <td>0,72</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>7,22</td> <td>100 %</td> </tr> </table>	FAD	6,50	90 %	Gouvernement	0,72	10 %	TOTAL	7,22	100 %		<p>1.1.1.1 Le pays ne tombe pas sous sanction</p> <p>1.1.1.2 Contrepartie du gouvernement transférée dans les délais ;</p> <p>1.1.1.3 Coordination des actions des bailleurs de fonds et des ONG organisée</p>
FAD	6,50	90 %										
Gouvernement	0,72	10 %										
TOTAL	7,22	100 %										

1. ORIGINE ET HISTORIQUE DU PROJET

1.1 L'Angola, un vaste pays de 1.246.700 kilomètres carrés compte environ 13,1 millions d'habitants (PNUD 2002) avec un taux de croissance démographique annuel de 3,1%. Les données démographiques sont discordantes et incertaines selon les sources, du fait de l'absence d'un recensement démographique général des populations depuis l'indépendance. La population est jeune, puisque 48,2 % a moins de 15 ans et la ville de Luanda qui compte environ 30 % de la population du pays a un taux de croissance annuel de 6%. La situation politico-militaire a entraîné un mouvement interne massif des populations vers les centres urbains et périurbains. Les populations fuyant les zones de combat, les déplacés internes, confinés dans des zones de cantonnement périurbaines, sont estimés à 4 millions de personnes environ, soit 35% de la population totale. Sur le plan de la structure administrative, le pays comprend 18 Provinces autonomes, y compris la ville de Luanda, 163 municipalités et 532 communes.

1.2 Selon le Rapport de développement humain du PNUD de 2002, l'Angola fait partie du groupe des pays les moins développés sur le plan humain avec un rang de l'indice de développement humain de 161 sur 173 pays classés. Les principaux indicateurs de pauvreté sont : (i) une espérance de vie faible à la naissance (44,6 ans) ; (ii) une forte majorité des populations en dessous du seuil de pauvreté (50 % vivent avec moins deux dollars par jour) ; (iii) un très faible accès à l'eau potable (48 % de la population) ; (iv) une couverture médicale faible limitée dans les zones rurales (30 %) ; (v) un taux très élevé de mortalité infantile (170/1000) ; et enfin (vi) un taux élevé de malnutrition chronique (45%). Du fait des migrations internes de populations et des conséquences de la guerre, il est estimé que le taux de prévalence du VIH/SIDA est passé de 3,5 % à 5,5 % entre 1997 et 2001 dans les couches de population entre 15 et 49 ans. La dégradation des conditions sanitaires et de l'environnement a également entraîné une recrudescence du paludisme.

1.3 Après plusieurs décennies de conflit armé, la République d'Angola est en voie de retrouver un environnement favorable au développement socio-économique durable grâce aux accords de paix signés le 4 avril 2002. Quant au secteur de la santé, ces années de conflit ont conduit à la détérioration et à la dégradation du système de santé en général et des soins de santé primaires (SSP) en particulier. Les groupes vulnérables cibles, composés essentiellement des femmes, des veuves, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des réfugiés en provenance des pays voisins, des handicapés et mutilés de guerre, sont les principales victimes du délabrement du système de santé publique.

1.4 La stabilisation progressive de la situation socio-politique et l'amélioration des conditions de sécurité vont mobiliser les bailleurs de fonds afin qu'ils initient des actions axées sur le développement durable et le renforcement des capacités nationales, conformes au Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2002-2005) qui constitue l'outil majeur de mise en œuvre de la politique nationale de santé. L'Angola n'a pas encore formulé un programme de développement à moyen terme soutenu par les Institutions de Bretton-Woods; toutefois le Gouvernement a défini dans le cadre du DRSP Intérimaire en cours de préparation une approche multidimensionnelle de réduction de la pauvreté. La stratégie repose essentiellement sur le renforcement de la croissance économique en tant que facteur indispensable de réduction de la pauvreté, le renforcement des capacités humaines, particulièrement, celles des personnes déplacées internes, les démobilisés de guerre afin qu'ils se prennent en charge et l'amélioration des infrastructures communautaires de base (écoles, postes et centres de santé, marchés). Le

présent projet est, d'une part en conformité avec la stratégie intérimaire (2001-2002) de la Banque en Angola qui a retenu les sous secteurs de la santé et de l'éducation parmi les actions prioritaires de son soutien aux efforts de réhabilitation des infrastructures sociales dans le pays, et, d'autre part, il est en parfaite concordance avec le DSRP intermédiaire du gouvernement qui a repris toutes les grandes lignes stratégiques du PNDS 2002-2005.

1.5 Les relations entre le Groupe de la Banque et l'Angola sont restées constantes pendant toute la période durant laquelle l'Angola était sous sanctions pour non-paiement des arriérés. Le Groupe de la Banque a maintenu le dialogue avec les autorités sur les objectifs de développement à moyen et long termes et sur la stratégie de réduction de la pauvreté du gouvernement en cours de préparation. Dans le cadre de cette stratégie intérimaire et au cours des deux dernières, le Groupe de la BAD a envoyé des missions de dialogue en Angola afin de recenser les besoins du pays dans les domaines stratégiques, notamment ceux relatifs à l'amélioration de l'accès des groupes vulnérables aux services sociaux de base. Trois missions se sont rendues successivement en Angola et deux de ces missions (préparation et évaluation) de ce projet ont bénéficié des ressources de la Coopération espagnole.

1.6 La Banque a démarré ses premières opérations en Angola en février 1983, et depuis, elle a financé onze (11) projets et six (6) études dans tous les secteurs. Dans le secteur social, la Banque a financé deux (2) études et cinq projets (3 projets dans le domaine de l'éducation, 2 études et 2 projets dans le secteur de la santé). L'analyse globale de l'exécution des deux projets « Médicaments essentiels » a mis en évidence les faiblesses des différents ministères (Santé, Finances et Plan) dans la gestion et le suivi des projets. Cette mauvaise gestion a contraint la Banque à annuler les soldes de tous les prêts et dons, et ce, en conformité avec les règles de procédures pour les opérations dont les décaissements sont suspendus pendant plusieurs années. La BM vient d'achever la revue analytique du système des marchés publics (avril 2002) avec la participation de la BAD. Il ressort de ce diagnostic que les capacités institutionnelles et les ressources humaines au niveau national sont faibles. Ces faiblesses majeures d'exécution identifiées seront prises en compte dans le montage du projet actuel qui bénéficiera d'une assistance technique.

2. LE SECTEUR

2.1 Situation sanitaire.

2.1.1 La guerre a eu un impact considérable sur tout le système de santé, notamment sur les infrastructures sanitaires physiques, les ressources humaines, les investissements et les ressources financières allouées au secteur. Selon le Multiple Indicators Cluster Survey (MICS) de l'UNICEF (avril 2002), les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont estimés respectivement de 170 et 250 pour 1000. L'Angola se caractérise par un profil épidémiologique dominé à plus de 80% par le paludisme, les IST/VIH/SIDA, la tuberculose, la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil), les maladies évitables par la vaccination et d'autres maladies parasitaires et infectieuses. Le paludisme qui est la première cause de morbidité serait à l'origine d'environ 200.000 décès par an. Quant à l'infection au VIH, le nombre annuel des personnes nouvellement infectées s'est multiplié par 6 entre 1990 et 2000 et au-delà dans les camps de cantonnement. En décembre 2000, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 284 000 et celui des orphelins du SIDA à 37.000. Selon le PNLS (2000-2002), 8 149 cas de SIDA ont été notifiés en 2 000 dans tout le pays. L'augmentation des cas d'IST/tuberculose, facteurs

favorisant la transmission du VIH, est en progression. La transfusion sanguine serait responsable d'environ 10% de toutes les infections.

2.1.2 En ce qui concerne la THA qui était presque éradiquée, des foyers importants viennent de se réveiller dans plusieurs provinces. Elle constitue un autre problème majeur de santé publique en Angola. En l'an 2000, plus de 10.000 personnes étaient atteintes par cette maladie. Chez les enfants de moins de cinq ans, le paludisme est la première cause de mortalité (70%), suivi par les maladies diarrhéiques (12%) et la rougeole (11%). Le taux de couverture vaccinale sur l'ensemble du pays est relativement moyen et ce, du fait de l'inaccessibilité des zones de combat aux agents vaccinateurs. Selon le MICS, les taux de couverture vaccinale sont respectivement de : 40% pour le DTCoq 3; 53,5% pour la rougeole ; 62,2% pour le tétanos néonatal et de 62,3% pour la Polio 3.

Santé de la reproduction

2.1.3 Les problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant, en particulier les femmes en âge de procréer et les veuves déplacées internes sont multiples. Les désertions des structures sanitaires par les personnels de santé ont fait que les grossesses n'étaient plus suivies, les examens prénataux et postnataux absents et le nombre des accouchements dans les structures insignifiant. Selon le MICS préparé par l'UNICEF pour 2001, la situation de la femme angolaise est précaire et ce, dans un contexte dominé par un indice synthétique de fécondité de 6,9 enfants par femme en âge de procréer, une utilisation insignifiante des méthodes de contraception moderne (3,5%), un taux de mortalité maternelle estimé à environ 1 854 pour 100 000 accouchements vivants, l'un des plus élevés de la sous-région et un risque élevé de contamination des IST/HIV/SIDA. L'UNICEF et le FNUAP appuient plusieurs programmes de santé de la reproduction à travers le pays (formation, équipements légers des HM, distribution des kits d'accouchement d'urgence).

Situation nutritionnelle

2.1.4 Les populations déplacées qui ont abandonné toutes les réserves alimentaires ont souffert, car leurs besoins alimentaires sont très au-delà des capacités d'interventions des agences d'aide alimentaire. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes ont été les plus affectés. Selon le rapport mondial sur le développement humain du PNUD (2002), la prévalence de la malnutrition dans la population entière est estimée à 51%. Les populations déplacées installées dans les zones de cantonnement accessibles aux aides d'urgence nutritionnelles ont bénéficié d'une prise en charge sanitaire et nutritionnelle acceptable. La nutrition des populations défavorisées a été l'une des priorités des Agences des Nations unies (PAM) et des ONG, avec comme objectifs principaux : (i) la réhabilitation des malnutris ; (ii) la prévention nutritionnelle ; et (iii) la promotion de la sécurité alimentaire par la consommation des aliments locaux.

Médicaments essentiels

2.1.5 Depuis l'indépendance, un système de gratuité des médicaments assurant leur distribution existe en Angola de telle sorte que la contribution des populations aux consultations curatives reste modeste. Cette situation a amené le gouvernement à appuyer le recours aux médicaments essentiels dans les formations en province. L'approvisionnement des HM, CS et PS du secteur public et de certains centres de santé privés (ONG) est assuré par plusieurs opérateurs privés de façon non coordonnée. La production locale soutenue en son temps par la Banque résultait de la volonté du

gouvernement de moderniser l'outil d'importation et de distribution de médicaments essentiels et de limiter la dépendance du pays en matière d'importation pour des produits de base.

Pathologies liées à l'environnement post conflit

2.1.6 La guerre civile a créé des problèmes humanitaires et sociaux spécifiques en Angola. De nombreux cas de viols et d'agressions sexuelles chez les femmes dans les zones des déplacés internes et des camps ont entraîné des cas d'IST et diverses affections gynécologiques. Ces victimes qui sont physiologiquement et psychologiquement fragilisées ont des besoins sanitaires très au-delà des capacités d'intervention des autorités sanitaires provinciales. Les ONG ont apporté à ces femmes non seulement des soins médicaux, mais également des soutiens psychologiques importants. Les mutilés de guerre suite aux mines antipersonnelles présentent des handicaps physiques et moteurs importants qui nécessitent des soins spécialisés tels que les services de traumatologie et d'orthopédie. L'arrivée massive de déplacés internes provenant des zones de conflit a contribué à exacerber la situation sanitaire, notamment avec l'apparition de nouvelles pathologies (gastro-entérites, infections respiratoires aiguës, dermatoses, parasitoses intestinales, malnutrition, kwashiorkor chez les enfants).

2.2 Politique nationale de santé

2.2.1 La politique nationale de santé est défini dans le PNDS 2002-2005 qui analyse de manière critique la situation actuelle de tout le système de santé. Le PNDS constitue ainsi l'outil majeur pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé dont les objectifs à atteindre ont été expliqués afin que le système de santé puisse répondre favorablement aux besoins des populations qui ont beaucoup souffert des effets de la guerre. Les discussions sur les perspectives futures du système ont abouti à la conclusion commune que le PNDS devait viser à sa reconstruction après plusieurs décennies de guerre civile. Les objectifs sectoriels de santé qui sont repris dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté intérimaire, préparé par le gouvernement après un large processus consultatif reflètent les axes stratégiques d'intervention. Ces objectifs visent principalement à : (i) réduire les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile et le taux de mortalité maternelle ; (ii) améliorer l'état nutritionnel de l'ensemble de la population, et en particulier celui des femmes en âge de procréer, des enfants de moins de cinq ans et des personnes déplacées vivant dans les zones de cantonnement ; et (iii) mettre en place une politique de réinsertion des déplacés.

2.2.2 La réhabilitation du système de santé et sa modernisation, passent par : (i) la mise en place d'un système efficace de santé de base dans les provinces et notamment pour les groupes cibles vulnérables ; (ii) le redéploiement des agents de santé disponibles ; (iii) la mise en place des stratégie de surveillance épidémiologique, et (iv) le renforcement des moyens de prévention et d'éradication des maladies évitables par les vaccinations, mais aussi, la THA, le paludisme, la tuberculose et les IST/VIH/SIDA.

2.3 Organisation du système de santé

2.3.1 Le système national de santé angolais est structuré en trois niveaux, central, provincial et périphérique. A chaque niveau, il existe des structures de gestion, des structures de prestations des soins, des structures de formation et des unités de recherches opérationnelles. Luanda, siège de toutes les institutions, héberge toutes les

structures sanitaires nationales qui sont relayées au niveau des provinces, puis des municipalités et des communes. Le MS, niveau central, a une compétence stratégique de définition et de conduite de la politique générale et sectorielle de santé, de normalisation et de supervision, de la redistribution des ressources selon des critères de coordination de la coopération technique et d'harmonisation des règles de procédures.

2.3.2 Au niveau intermédiaire, la pyramide sanitaire comprend les hôpitaux provinciaux (HP) et les hôpitaux de municipalité (HM). Ces formations sanitaires de niveau intermédiaire servent de structure de référence située au niveau de la capitale de la province et de la municipalité (District sanitaire). Au niveau de la base, les centres de santé (CS) et les postes de santé (PS) jouent leur rôle de première référence, malgré l'absence de personnel ayant les qualifications requises, le manque d'équipements et de médicaments essentiels génériques. Cette structure pyramidale est accompagnée d'une réelle politique de déconcentration des responsabilités aux Délégations provinciales de santé (DPS) au niveau des provinces et des municipalités.

Répartition des structures sanitaires

2.3.3 Selon la Direction nationale de la santé publique (DNSP), l'Angola compte 3 hôpitaux généraux et spécialisés à Luanda, 18 hôpitaux provinciaux, 228 hôpitaux de municipalité et environ 1453 postes et centres de santé. Compte tenu de la situation socio-politique, environ 120 hôpitaux de municipalité et 706 postes et centres de santé sont effectivement fonctionnels. De 1980 à 2000, le nombre de lits a baissé, passant de 11 918 à 7 410 lits et l'on estime qu'environ 30% de la population vit à moins de 5 kilomètres d'une structure sanitaire fonctionnelle. Cependant les équipements sanitaires sont vétustes et les bâtiments présentent des signes de délabrement avancé, du fait de manque d'entretien préventif.

2.3.4 Actuellement, en Angola, les secteurs privés et les ONG entretiennent un réseau dense et diversifié de centres de soins. Les grandes sociétés d'exploitation pétrolière et les grandes entreprises agro-industrielles gèrent des cliniques privées qui ont une clientèle limitée au personnel travaillant dans lesdites entreprises et à leur famille. Le secteur privé conventionnel reste concentré à Luanda et dans les capitales provinciales. Les structures confessionnelles et caritatives sont plus présentes dans les municipalités, les communes et les zones rurales. Pendant ces années de guerre et du fait de la fermeture de plusieurs postes et centres de santé publics, les populations rurales ont eu recours à la médecine traditionnelle qui a non seulement remplacé la médecine conventionnelle, mais a joué un rôle important dans la délivrance des SSP par les plantes. Le MS qui encourage cette médecine en expansion vient de mettre en place un comité inter-ministériel de réflexion afin de l'intégrer dans la politique nationale de santé.

2.4 Ressources humaines

Le MS qui compte environ 45 000 cadres et agents de santé, toutes catégories confondues bénéficie d'une importante assistance technique étrangère. Les personnels non qualifiés (auxiliaires de santé et agents de santé communautaires) et administratifs représentent environ 55%. Les zones urbaines sont les mieux dotées en personnel. Selon la DNRH, sur les 656 médecins angolais, 85% sont en poste dans quatre provinces (Luanda, Huila Cabinda et Benguela), et parmi les 85%, Luanda en compte 73% pour environ 30% de la population totale. En ce qui concerne les centres de formation, il y a une Faculté de Médecine, relevant du Ministère d'Education, un Institut Supérieur des

Soins Infirmiers à Luanda, une Ecole Technique Professionnelle de Santé (ETPS) pilote à Lubango, 8 Ecoles des infirmiers spécialisés et environ 30 centres de formation d'auxiliaires de santé.

2.5 Financement du secteur

2.5.1 Le financement du secteur de la santé est assuré par l'Etat, le secteur privé, (notamment les sociétés pétrolières) et les bailleurs de fonds. Le budget du MS est déterminé par la disponibilité des ressources et non par une évaluation analytique de besoins définis en fonction des plans opérationnels annuels. L'analyse du budget alloué au Ministère de la santé depuis 1999 indique une nette augmentation par rapport au budget général. Cette augmentation va s'accroître dans la mesure où le budget de la défense va baisser en raison du processus de paix en cours dans le pays. Le tableau ci-dessous présente une évolution du Budget de la santé pendant les trois dernières années.

Tableau 2.1
Evolution du budget du ministère de la santé
(en \$ US courants)

Lignes budgétaires	1999	2000	2001
Ministère (niveau central)	72 237 458	57 961 681	80 010 267
Délégations provinciales (HP et HM)	91 246 645	98 267 570	182 235 571
Hôpitaux nationaux et de référence	32 347 874	49 884 528	52 467 049
Commission nationale de santé.	11 842 500	22 759 552	17 010 920
Autres (secteur privés et Aide extér.)	19 453 166	58 764 682	50 119 993
TOTAL SANTE	227 127 643	287 638 013	381 843 800
BUDGET GOUVERNEMENT	4 835 089 755	6 146 609 694	5 058 580 111
Ratio Budget Santé/Budget National	4,69 %	4,67 %	7,55 %

Source : Ministère des Finances (2002)

Plan national de développement sanitaire (2002-2005)

2.5.2 L'analyse du budget du ministère depuis la mise en œuvre de la politique de décentralisation montre qu'il est réparti de la manière suivante : (i) l'administration centrale pour les dépenses de fonctionnement des directions nationales, des services centraux et programmes nationaux de santé, (ii) les directions provinciales de santé gérées par les Gouverneurs des provinces ; (iii) les hôpitaux nationaux, provinciaux et municipaux qui bénéficient de l'autonomie de gestion et (iv) les instituts nationaux de formation et autres institutions publiques de recherche. Il ressort de cette analyse qu'une part des ressources allouées à la santé est, conformément aux principes de la décentralisation, directement affectée aux budgets des gouverneurs provinciaux qui en assurent la gestion.

2.5.3 Du fait des conditions socio-économiques des populations le gouvernement avait recommandé que les prestations délivrées dans les services de santé soient gratuites. Cette situation se justifie par l'extrême pauvreté des populations qui sortent de plusieurs décennies de guerre. Dans la réalité et vu les conditions actuelles des personnels de santé affectés dans les provinces et les municipalités qui ne perçoivent pas régulièrement leurs salaires, les malades sont contraints de payer de manière informelle pour chacun des actes et services délivrés par les agents, la somme demandée dépendant de chaque agent de santé. Les recommandations de plusieurs études commanditées par le gouvernement, ainsi que par certains bailleurs et ONG, exigent la mise en place d'une tarification pour les prestations qui ne rentrent pas dans le cadre des SSP. Avec la reprise économique, le gouvernement a mis sur pied un comité de réflexion sur le système de recouvrement des prestations dans les structures sanitaires provinciales de référence.

2.6 Contraintes du secteur

2.6.1 Les problèmes qui affectent le secteur de la santé largement attribuables à plusieurs décennies de conflit, ont non seulement, conduit à une détérioration de toutes les composantes de l'offre des services de santé, mais aussi, à : (i) une inorganisation du système ; (ii) une résurgence des grandes endémies ; (iii) une insuffisance des ressources financières ; et (iv) une insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines.

2.6.2 **Contraintes liées à l'organisation fonctionnelle et institutionnelle.** Compte tenu de la situation qui prévalait dans le pays, divers facteurs ont interféré dans l'organisation structurelle et le fonctionnement des services de santé. Les principaux facteurs sont l'absence d'une définition harmonisée du contenu fonctionnel de chaque formation (PS, CS et HM) et une déficience du système de référence et de contre-référence. Le projet va contribuer à l'amélioration des prestations et de la qualité des soins par le biais de la mise en oeuvre de stratégies qui rendent les services plus accessibles à la population.

2.6.3 **Contraintes liées aux ressources humaines.** Plusieurs décennies de crise socio-politique ont eu pour conséquences : (i) la déserte du personnel des zones à risque et la fuite vers les zones de sécurité ; (ii) l'existence de déséquilibres qualitatifs et quantitatifs entre les provinces ; et (iii) l'abandon de la gestion des PS et CS aux infirmiers auxiliaires sans formation adéquate. Un programme de formation et de recyclage de plusieurs infirmiers et techniciens de santé spécialisés est prévu dans le projet.

2.6.4 **Contraintes liées à la surveillance épidémiologique** La généralisation de la guerre et le manque de structures de surveillance ont favorisé le relâchement du contrôle des vecteurs, du dépistage et de la surveillance épidémiologique, ce qui a entraîné une résurgence des grandes endémies.

2.6.5 **Contraintes financières** : . Les ressources financières allouées au secteur de la santé sont insuffisantes au vu de l'ampleur des besoins recensés. En Angola, les ressources allouées aux directions nationales et centrales sont gérées par le MS, et les ressources allouées aux DPS par les Gouverneurs des provinces. Il se révèle donc impossible de savoir avec précision les ressources allouées aux DPS, ainsi que leurs affectations réelles.

2.6.6 **Contraintes liées aux communications.** Toutes les provinces ne sont pas encore facilement accessibles, du fait de la dissémination importante des mines antipersonnelles. Les voies de communications usuelles ne sont pas praticables. Plusieurs ONG de déminage travaillent actuellement dans l'ouverture de plusieurs axes de communications.

2.7 Principaux bailleurs de fonds du secteur

2.7.1 Pendant plusieurs années, toutes les provinces du pays ont bénéficié d'une aide extérieure importante et très diversifiée. Les programmes d'aide d'urgence humanitaire ont été les grands bénéficiaires reléguant au second plan les programmes de développement durable et les réhabilitations des infrastructures sanitaires. Cette situation a rendu les programmes opérationnels incertains et totalement dépendants des bailleurs de fonds. Toutefois, on note qu'au MS, il n'existe pas de données relatives à la totalité de l'aide extérieure qui provient des bailleurs et ONG rendant difficile la détermination avec précision l'enveloppe totale de l'aide extérieure au cours des dernières années.

2.7.2 Selon la Direction Nationale des Etudes, de la Planification et des Statistiques (DNEPS), les principaux bailleurs bilatéraux et multilatéraux de fonds sont : l'UE (27%), les Etats Unis, à travers l'USAID (18%), la coopération suédoise à travers l'ASDI (10 %), le Royaume Uni, à travers l'OXFAM (9%), les pays de l'Union Européenne (16%), le HCR (5%) et la Norvège (5%). Les autres intervenants, y compris l'OMS, l'UNICEF et les ONG représentent 10%. Les appuis ciblent majoritairement les provinces et les projets sont généralement mis en œuvre par les ONG. Les actions développées les plus visibles et durables sont essentiellement l'appui aux SSP, au recyclage et à la formation continue des personnels de santé. Les bailleurs de fonds ont initié essentiellement des projets afin d'aider les populations à faire face aux problèmes de santé auxquels elles sont confrontées. La répartition de l'aide extérieure en 2000 et 2001 par bailleur et par domaine d'intervention est résumée comme suit.

Tableau 2.2
Principaux Bailleurs de fonds du secteur
(en millier de \$ EU)

BAILLEURS	Principaux Domaines d'Intervention		
	2000	2001	
UNION EUROP	17 250	7457	Réhabilitation des infrastructures et appui aux programmes de SIDA, lutte contre le HIV/SIDA, IST
ASDI (SUEDE)	1 639	3303	Santé de la reproduction
USAID	1 000	17 475	Lutte contre le paludisme et appui aux programmes nationaux (santé de la reproduction, Sida, Tuberculose
BELGIQUE	1 122	1 057	Lutte contre la trypanosomiase
ROYAUME UNI	449	2 827	Appui aux divers programmes (SSP, Paludisme
ITALIE	365	1 689	Réhabilitation des infrastructures et Nutrition
HCR	186	1 828	Aide alimentaire aux déplacés et aux démobilisés
FRANCE	205	739	Réhabilitation des infrastructures et appui à la santé de la mère et enfant et à la trypanosomiase
PORTUGAL	125	149	Formation, Appui aux programmes nationaux
AUTRES & ONG OMS et UNICEF	4 513	9 928	Réhabilitation des infrastructures, SSP, Renforcement institutionnel, Formation, Vaccination, assainissement

Source : PNDS (2002-2005)

3 LE SOUS-SECTEUR

L'Angola est divisé en 18 Provinces, y compris celle de Luanda, capitale du pays. Les provinces côtières qui disposent de ressources minières et pétrolières ont bénéficié de quelques projets spécifiques des bailleurs de fonds, et ce, du fait de leurs richesses naturelles. Les partenaires au développement ont appuyé plusieurs programmes de santé, allant des projets de réhabilitation des infrastructures aux programmes nationaux prioritaires de lutte contre les grandes endémies. Les provinces intérieures et du Sud-est (Moxico, Malanje, Uige, Huambo et Bié) n'ont pas eu les mêmes avantages, du fait de leur enclavement et de leur inaccessibilité. Seules quelques ONG (MSF/B, MSF/E, CUAMM) et organisations caritatives ont soutenu ces provinces en y ouvrant des centres de soins. La province de Uige fait partie des provinces intérieures, presque inaccessibles du fait des combats acharnés qui s'y sont déroulés pendant plusieurs années. En dehors de la capitale Uige, toute la province est restée longtemps sous le contrôle administratif et politique de l'ex-mouvement rebelle UNITA.

3.1 Province de Uige

Le projet qui sera mis en œuvre dans la province de Uige, la plus grande de l'Angola est située à plus de 400 km de Luanda, dans le Nord-est du pays. Elle compte 16 municipalités dont 15 sont restées sous administration de l'ex-mouvement rebelle UNITA pendant quelques années. Elle a connu de combats très intenses et violents. La population y est estimée à 1,3 million (2002, UNICEF), soit le dixième de la population totale de l'Angola. Les infrastructures sanitaires ont connu des destructions massives et l'impact de la guerre sur le système de santé est nettement perceptible, car, environ 80% des infrastructures sanitaires de la province se trouvent dans un état délabré. Les indicateurs socio-économiques sont faibles, notamment, les taux de mortalité infantile et maternelle qui sont les plus élevés du pays, respectivement de 350 pour 1000 et 3000 pour 100 000 accouchements vivants. Les longues périodes d'insécurité ont favorisé la résurgence des maladies transmissibles, tels que les IST/VIH/SIDA, les maladies évitables du PEV, le paludisme, la tuberculose et la trypanosomiase. Cette province n'a pas bénéficié du soutien des bailleurs de fonds en dehors de quelques ONG internationales (CUAMM, Médecins sans Frontières Belgique et Espagne, CICR, Caritas, Save the Children) et nationales qui ont mis en place des programmes des SSP dans quelques municipalités et communes accessibles.

3.2 Infrastructures sanitaires et utilisation des services de santé

3.2.1 La province de Uige compte 35 infrastructures sanitaires fonctionnelles, réparties comme suit : 1 hôpital provincial avec 342 lits (3 médecins angolais généralistes et 5 coopérants, en poste à HPU, soit un médecin angolais pour 650 000 habitants) ; 3 hôpitaux de municipalité et environ 30 postes et centres de santé. Cette province, outre le manque d'infrastructures sanitaires, souffre du manque de cadres qualifiés. Le gouvernement devrait dans le cadre de ce projet s'engager à redéployer dans la province au moins une dizaine de médecins et une cinquantaine d'infirmiers qualifiés afin d'améliorer la couverture sanitaire.

3.2.2 **Utilisation des services.** La province de Uige ne compte que 3 hôpitaux de municipalité opérationnels (Uige, Negage et Songo) sur 16. L'hôpital provincial de Uige (HPU) a réalisé, en 2001, 4 057 accouchements, 275 césariennes et 2 628 admissions urgentes dans les services de gynécologie. Les services de pédiatrie ont enregistré 41 612 consultations pédiatriques, 7 035 cas de transfusion sanguine dont 88% dans les services de Pédiatrie. Seulement 21% du sang transfusé à l'hôpital de Uige est testé pour le HIV et à Songo, la transfusion est directe. Le tableau 3.1 ci-dessous présente les activités réalisées dans les trois centres hospitaliers opérationnels de la province.

Tableau 3.1
Activités dans les principaux hôpitaux de Uige 2001

Activités 2001	UIGE	NEGAGE	SONGO
Admission totale	6628	8772	901
Consultations enfants	41612	13011	12930
Accouchements	4057	707	436
Césariennes	275	48	0
Transfusions sanguines	7305	S.D	276
Test HIV	1505	SD	0
% Sang testé	21%		0%

Source CUAMM Angola Rapport des activités 2001

3.2.3 Le choix des structures sanitaires intermédiaires se justifie par le fait que les ONG

travaillant dans la province ont concentré leurs activités sur les structures sanitaires de base. Les hôpitaux des municipalités qui dépendent du Ministère de la santé ont eu plusieurs services inopérants (santé de la mère et de l'enfant, surveillance épidémiologique) et sont restés sans soutien financier adéquat. Le projet vise à relancer les services de santé au niveau intermédiaire de la pyramide (principalement l'hôpital provincial et les hôpitaux de municipalités) afin qu'ils jouent pleinement leur rôle de centre de référence, de gestion des ressources disponibles, de planification des services de surveillance épidémiologique et d'animation des activités de santé communautaire. La province de Uige, une des plus touchées par les combats du fait de la présence permanente de l'administration de l'ex-mouvement rebelle UNITA à Negage, ne compte que 3 médecins généralistes angolais pour une population d'environ 1,3 millions d'habitants, tous en poste à l'hôpital provincial. Ce projet amènera le gouvernement à y redéployer au moins 10 médecins et trois spécialistes (pédiatre, chirurgien et gynécologue). Les réhabilitations des infrastructures sanitaires seront envisagées dans les zones de sécurité afin que ces structures sanitaires secondaires et intermédiaires puissent posséder un plateau technique incluant une capacité : (i) d'hospitalisation suffisante au regard de la population couverte et (ii) chirurgicale permettant la prise en charge des cas urgents simples. Les réhabilitations physiques vont s'accompagner d'un appui au fonctionnement des services de santé qui vont soutenir les actions opérationnelles actuelles des ONG dont les activités sont plus concentrées sur les CS et PS.

Supprimé : comptent respectivement 5

Supprimé : 1,5 millions d'habitants et 3 médecins pour 1,9

Supprimé : aux deux hôpitaux provinciaux.

Supprimé : 20

3.3 Maladies transmissibles

3.3.1 La mise en place d'un plan opérationnel et stratégique en période de crise socio-politique n'est pas toujours évidente, du fait des conditions de travail rendues très difficiles. Les enquêtes épidémiologiques de routine ne sont pas faites régulièrement. Cet environnement d'instabilité concourt à l'absence d'un programme annuel réel de travail réaliste, car, la guerre civile a entraîné : (i) la destruction des voies de communications, (ii) l'absence quasi totale des services publics des grandes endémies ; (iii) l'insuffisance des moyens financiers alloués à la prévention favorisant l'explosion des maladies infectieuses ; (iv) l'inaccessibilité aux zones de combats et (v) la résurgence des endémies autrefois maîtrisées.

3.3.2 A Uige, les combats fréquents ont empêché les services des grandes endémies à se déployer dans les zones endémiques. Aussi, la THA qui sévissait de manière endémique a connu une recrudescence dans la province. Les moyens mis pour son dépistage sont insignifiants, ce qui a entraîné qu'en 2001, moins de 4% de populations exposées ont été contrôlées. Le taux d'incidence est de l'ordre de 1%, un taux qui attendra 2% si les mesures de contrôle ne sont pas prises. Sans intervention radicale, l'épidémie poursuivra son expansion actuelle.

3.3.3 Les données accessibles relatives aux taux de séro-prévalence du VIH/SIDA présentent des incohérences. Cependant, elles montrent une augmentation constante du taux de prévalence, particulièrement dans les zones de cantonnement. Afin d'étendre les moyens de diagnostic, le projet réhabilitera le centre provincial de sang afin de sécuriser le sang destiné à la transfusion sanguine et de contrôler la transmission du VIH/SIDA. Des kits de dépistage, des réactifs et consommables, nécessaires à son bon fonctionnement seront fournis par le projet.

3.3.4 Le paludisme constitue un réel problème de santé publique pour les autorités angolaises, car il est la première cause de mortalité et de morbidité du pays. Environ 60%

des admissions d'adultes et 80% d'enfants à l'hôpital de Uige en 2001 souffraient de la malaria. En partenariat avec l'USAID, le projet appuiera l'UNICEF dans sa stratégie de vulgarisation et de distribution des moustiquaires imprégnées à l'insecticide (MII). En outre, le projet renforcera les laboratoires de diagnostic et financera l'organisation de séances de recyclage pour les agents de santé communautaire pour la prise en charge des malades et les conseils appropriés et pertinents aux populations.

3.3.5 La couverture de DTP-3 est de 18% et celle de la coqueluche de 33% (UNICEF 2001). Sur les 16 municipalités de la province, seulement 4 (Uige, Negage, Songo et Maquela do Zombo) réalisent des activités de vaccination. Le projet va renforcer l'approvisionnement en vaccins et financer le recyclage des infirmiers vaccinateurs et frigoristes avec le concours des associations caritatives et ONG qui vaccinent régulièrement les enfants éligibles à la vaccination dans la province.

3.3.6 La situation de l'endémie tuberculeuse dans le pays est préoccupante. Elle est encore plus alarmante à Uige, avec 5500 nouveaux cas détectés (3500 confirmés) et 4500 en contrôle à l'hôpital provincial en 2001. La lutte contre la tuberculose repose sur deux piliers essentiels : (i) la vaccination préventive au BCG, faite systématiquement chez les nouveaux nés ; et (ii) le dépistage des cas, le traitement supervisé et la cure efficace des patients. Le manque d'un programme fonctionnel spécifique de dépistage et de traitement de la tuberculose intégré aux SSP amène à penser que la maladie est sous-diagnostiquée et que de nombreux tuberculeux qui restent dans leurs villages deviennent des foyers de contagion permanente. Le projet se propose de réhabiliter le laboratoire provincial de dépistage et de le doter de réactifs et consommables. Deux cadres bénéficieront de bourses de formation à l'étranger et des agents de santé communautaires seront formés dans la prise en charge des malades.

3.4 Santé de la reproduction

À l'hôpital provincial de Uige, on a enregistré plus de 4 000 accouchements en 2001, 707 à l'hôpital de Negage et 436 à l'hôpital de Songo. Pendant la même période, on a enregistré 275 césariennes à Uige et 48 à Negage (Tableau 3.1). Le ratio césariennes/accouchements est passé de 1,6% en 1996 à 6,8% en 2001. L'absence de services de santé fonctionnels et l'insécurité ont réduit sensiblement la proportion des accouchements assistés dans les centres de santé et les hôpitaux de municipalité, ce qui a eu pour conséquences une morbidité et une mortalité maternelle considérables. Le taux de mortalité maternelle est d'environ 1 900 pour 100 000 accouchements vivants, l'un des plus élevés de la sous-région. Le projet appuiera les districts sanitaires dans lesquels le FNUAP intervient dans les services de la santé et de la mère et de l'enfant (kits d'urgence pilules, préservatifs, équipements légers d'accouchement).

4. LE PROJET

4.1 Conception et bien fondé du projet

4.1.1 Le présent projet qui cadre avec la stratégie intérimaire de la Banque (2000-2001) en Angola et la politique sectorielle en matière de santé correspond également aux axes stratégiques du DSRP intérimaire du gouvernement ainsi qu'à ceux définis par le vaste programme de réhabilitation et de reconstruction du système de santé mis en place par les autorités nationales et les principaux bailleurs de fonds. De manière plus particulière, suite aux contacts avec les autorités nationales et les principaux bailleurs de fonds

oeuvrant dans le pays, le projet a été conçu de manière à s'intégrer pleinement dans le contexte post-conflit du pays et ce, tant par les activités visées que par la zone d'implantation. En outre, l'approche participative, en organisant des consultations avec les autorités administratives centrales et provinciales et les populations directement concernées, a permis de les priorités correspondant aux besoins réels. En termes de politique de santé, le projet est conforme aux axes prioritaires du gouvernement définis dans le PNDS 2002-2005 qui visent à : (i) réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies ; (ii) faciliter le retour des populations déplacées qui engorgent les villes ; (iii) appuyer les soins de santé de la mère et de l'enfant et (iv) renforcer les stratégies de lutte contre les grandes endémies.

4.1.2 Prenant en charge le souci de coordination de l'aide, la conception du présent projet est le résultat de plusieurs séances de travail et de concertation avec les plus importants bailleurs de fonds du secteur (UE, France, Suède et USAID), les Agences spécialisées des Nations unies (OMS, UNICEF, FNUAP, PAM et PNUD), les ONG et les confessions religieuses qui financent et exécutent plusieurs projets en Angola. Quant la mise en œuvre effective du projet, les responsables d'exécution s'inspireront de l'expérience et des enseignements tirés du premier projet de la Banque exécuté dans le secteur, le projet « Médicaments essentiels » approuvé en 1986. L'examen des rapports disponibles sur son exécution révèle que les principaux problèmes rencontrés étaient, entre autres : (i) la faiblesse des ressources humaines affectées au projet ; (ii) les difficultés de communications entre le pays et la Banque ; (iii) la méconnaissance des règles de procédure de la Banque en matière d'acquisition des biens, travaux et services et (iv) les fréquentes suspensions des décaissements suite aux sanctions. Pour remédier à ces types de problème, la cellule du présent projet sera renforcée par de l'assistance technique et une mission de lancement sera organisée avec plusieurs experts de la BAD.

4.2 Zone du projet et bénéficiaires

4.2.1 **Zone du projet** : Le présent projet couvrira toute la province de Uige. Cette province a été retenue après une concertation étroite avec les autorités nationales et les principaux bailleurs de fonds et ce, essentiellement pour deux raisons : i) afin de prendre en charge les priorités post-conflit du pays, cibler une province qui a été particulièrement touchée par la guerre civile, ce qui était de manière évidente le cas de la province de Uige ; ii) coordonner avec tous les acteurs du système de santé afin d'éviter toute duplication et ce, notamment en privilégiant l'intérieur du pays, étant donné la forte concentration des interventions tout autour de Luanda. Les réalisations physiques du projet seront principalement exécutées dans les 6 municipalités suivantes de la province de Uige: Negage, Songo, Uige, Maquela do Zombo, Quimbele et Damba. Ces six municipalités couvrent environ 66% de la province et ont une population estimée à 830 000 habitants (Tableau 3.1). En terme de formations sanitaires fonctionnelles, l'HPU (gouvernement) et le HM de Negage (UNITA) étaient les seules formations de référence. Le CS de Songo, avec 40 lits, est le troisième en importance. Quant à Maquela do Zombo (87 000 habitants), Quimbele (72 000 hab.) et Damba (50 000 hab), sont vétustes et dégradés.

4.2.2 **Bénéficiaires** : Les catégories de population de la province, principales victimes des conséquences de la guerre civile, notamment les femmes, les veuves, les orphelins, les personnes déplacées cantonnées et les mutilés de guerre seront les principaux bénéficiaires du projet. De manière plus générale, les populations des 6 municipalités estimées à environ 830 000 seront les bénéficiaires directs des réalisations du projet, notamment les prestations médicales de qualité ; les examens prénataux et postnataux ;

la sensibilisation et la mobilisation sociale contre les maladies transmissibles. Les enfants de moins de cinq ans seront vaccinés régulièrement et leur taux de couverture vaccinale progressera. Les différentes formations et séminaires locaux et le recyclage des agents communautaires de santé ayant travaillé dans les zones anciennement contrôlées par l'UNITA seront organisés à Uige et dans les municipalités concernées.

Tableau 3.2
Populations de Uige par Municipalité

Municipalité	Population	Municipalité	Population
UIGE	245809	BUENGAS	54605
NEGAGE	228906	DAMBA	50012
SONGO	121446	BEMBE	31391
PURI	114917	MILUNGA	25924
MAQUELA DO ZOMBO	86922	CANGOLA	25367
MUCABA	74528	QUITEXE	23429
QUIMBELE	71785	BUNGO	17004
SANZA POMBO	56429	AMBUILA	9963
		UIGE Total	1293438

4.3 Contexte stratégique

4.3.1 Le projet qui se situe dans un contexte post-conflit prendra en charge au niveau de la province identifiée les conséquences néfastes de la guerre sur le système de santé. Le gouvernement a pris en compte ces préoccupations dans les axes stratégiques prioritaires contenus dans le PNDS 2002-2005 qui, tous, convergent vers la revalorisation de l'ensemble du système de santé. Il ressort de l'analyse conduite que les besoins en matière de santé sont différents en fonction de l'impact de la crise vécue et de la réponse humanitaire déjà apportée. La préparation de ce projet a pris en compte le contexte politique actuel, marqué par le processus de paix en cours qui doit permettre la relance de la croissance économique. A cet égard, il convient de relever que plusieurs bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux qui intervenaient plus dans l'aide humanitaire d'urgence sont en train de s'orienter vers des projets de développement à caractère plus durable.

4.3.2 Et c'est ainsi que le présent projet est parfaitement complémentaire aux interventions des autres bailleurs de fonds dans le secteur santé et répond aux préoccupations des autorités angolaises, à savoir, l'amélioration qualitative et quantitative du système de santé.

4.4 Objectif du projet

L'objectif sectoriel du projet est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de l'ensemble des populations en général, et en particulier, celui des femmes en âge de procréer, des enfants de moins de cinq ans et des personnes déplacées. Le projet, qui sera exécuté dans la Province de Uige, a pour objectifs spécifiques : (i) l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaires ; (ii) l'appui aux programmes nationaux de santé (IST/SIDA, tuberculose, paludisme, trypanosomiase, PEV et santé de la reproduction) ; et (iii) le renforcement des ressources humaines.

4.5 Description du projet

4.5.1 Afin d'atteindre les objectifs cités, le projet comprend quatre composantes qui sont les suivantes : (i) Amélioration de la qualité des services de santé ; (ii) Appui aux programmes nationaux de santé ; (iii) Développement des ressources humaines ; et (iv) coordination et gestion du Projet.

4.5.2 Pour sa mise en œuvre, le projet financera les réalisations et les activités à travers les sept catégories de dépense suivantes : **A.** Etudes et supervision; **B.** Réhabilitation et Construction ; **C.** Equipements médicaux, fournitures et médicaments essentiels ; **D.** Formation **E.** Assistance technique ; **F.** Fonctionnement ; **G.** Audit.

4.5.3 La liste exhaustive des acquisitions pour chaque composante et catégorie de dépense est présentée dans les coûts détaillés inclus dans le document d'exécution du projet (DEP), ainsi que les programmes architecturaux détaillés. Les activités détaillées du projet par composante sont décrites ci-après

Composante I : Amélioration de la qualité des services de santé

4.5.4 Cette composante a pour objectifs d'améliorer la qualité des services de l'HPU et de cinq hôpitaux de municipalité et de rehausser les plateaux techniques des services gynéco-obstétriques et de pédiatrie.

4.5.5 Dans le cadre de cette composante, le projet financera : (i) la réhabilitation complète des services de gynécologie obstétrique et de pédiatrie, les services de laboratoire de dépistage et le centre provincial de sang de Uige et la construction d'une clôture de l'HPU. Seront également réhabilités : (i) un incinérateur, l'adduction d'eau (forage et château d'eau), (ii) 5 hôpitaux de municipalité de la province (Damba, Maquela de Zombo, Negage, Quimbele et Songo) verront les services de santé mère-enfant (pédiatrie, maternité et bloc de chirurgie gynéco-obstétrique) réhabilités. Chaque HM disposera un logement d'astreinte de 72 mètres carrés pour le personnel de santé et sera doté d'une clôture afin de prévenir la divagation des animaux. Ces cinq HM vont bénéficier d'équipements médicaux, de mobilier, d'une dotation de médicaments essentiels, de consommables et réactifs de laboratoire et de 10 motos pour les activités de vaccination mobile et pour les agents chargés de la vigilance épidémiologique.

4.5.6 Le projet financera les études nécessaires au génie civil, ainsi que la supervision des travaux de la réhabilitation de l'HPU, de 5 HM et de logements. La coordination et la gestion des études et des travaux de construction/réhabilitation seront assurées par un Bureau d'études recruté sur les ressources du projet. Afin de redynamiser les activités de l'HPU comme structure de référence pour les HM, CS et PS, une ambulance sera acquise pour le transfert des parturientes dystociques, des enfants nés prématurés, des enfants anémiés nécessitant une transfusion et malnutris et le suivi de toutes les grossesses exigeant un suivi hospitalier dans un service gynéco-obstétrical.

Composante II : Appui aux programmes nationaux prioritaires de santé

4.5.7 Cette composante a pour objectif le contrôle et la prévention des maladies transmissibles chez les femmes en âge de procréer, les enfants et les personnes déplacées, et ce, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux et les ONG.

A Prévention des IST/VIH/SIDA

4.5.8 Dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA et autres infections, le projet financera la réhabilitation du centre provincial de sang de l'HPU, afin qu'il puisse contrôler le sang collecté et destiné aux différents services hospitaliers. Les travaux d'extension et d'adaptation des bâtiments existants de manière à avoir un laboratoire de bactériologie, un laboratoire d'immuno-hématologie seront réalisés. Pour la sécurité transfusionnelle, le projet va acquérir un véhicule spécialisé en collecte et transport de sang, des équipements complets de dépistage, des consommables et des réactifs pharmaceutiques.

4.5.9 Dans le cadre de la mobilisation sociale, le projet financera des programmes de sensibilisation des populations, en particulier, les femmes en âge de procréer, les adolescents et les élèves des lycées et collèges sur les IST/VIH/SIDA. Une formation locale d'environ 50 chefs traditionnels et leaders religieux en sensibilisation des maladies transmissibles sera organisée dans la province. Des matériels didactiques et supports audiovisuels pour la sensibilisation et l'IEC ainsi que des modules pour les émissions radiophoniques et télévisuelles seront acquis dans le cadre de la mobilisation sociale.

4.5.10 Dans les zones de cantonnement des soldats de l'UNITA, le projet soutiendra deux types d'activités : (i) la distribution gratuite des préservatifs aux groupes vulnérables (soldats démobilisés et adolescents déscolarisés) pendant cette période de transition selon la stratégie proposée par l'USAID et (ii) les séances d'IEC focalisées sur les changements du comportement sexuel, la prévention et la prise en charge des malades. Ces activités seront exécutées par les ONG travaillant déjà dans le domaine. Les ONG internationales (MSF/B, MSF/E, OXFAM, CUAMM) de la province sont très sollicitées par les bailleurs de fonds du secteur (USAID, UNICEF, OMS, Suède, Belgique, Italie et France) du fait de leur bonne organisation et de leur capacité opérationnelle.

B Lutte contre le Paludisme

4.5.11 Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le projet appuiera les efforts de l'UNICEF en finançant l'acquisition de 25 000 moustiquaires déjà imprégnés qui seront distribués en appliquant un taux de 20% de recouvrement selon le système mis en place par l'UNICEF. Le projet appuiera des actions sur l'environnement en recyclant des agents d'assainissement des 5 municipalités du projet qui seront chacun dotés du matériel de travail suivant : un Kit pour les séances d'IEC sur l'hygiène et l'assainissement du milieu, un lot de matériels d'assainissement en vue de promouvoir la construction et l'utilisation des latrines et des puisards dans les ménages et dans les écoles. Les agents de santé seront localement formés par les ONG dans les domaines suivants : (i) prise en charge des cas graves de paludisme ; (ii) techniques de manipulation des microscopes et équipements de laboratoire ; (iii) méthodologie de prescription des antipaludéens et (iv) organisation des campagnes de sensibilisation. Le projet financera l'initiation des organisations et associations féminines en techniques d'imprégnation de moustiquaires.

C Appui au PEV

4.5.12 En matière de lutte contre les maladies cibles du PEV, le projet, à travers l'UNICEF financera l'acquisition de 500 000 doses supplémentaires des différents antigènes du Programme de vaccination. Des techniciens de maintenance de la chaîne de froid seront localement formés et des infirmiers vaccinateurs (15) recyclés et ce, en partenariat avec les ONG qui ont une grande capacité de vaccination dans le domaine.

D Appui aux programmes de lutte contre la Tuberculose et la Trypanosomiase humaine africaine

4.5.13 Dans le cadre de cette composante, le projet appuiera au niveau de la province les programmes nationaux suivants: programme national de lutte contre la Tuberculose et le programme national de lutte contre la Trypanosomiase. En plus du laboratoire provincial qui sera réhabilité et équipé, le projet renforcera les moyens requis pour la lutte anti-vectorielle, les enquêtes et la surveillance épidémiologique. Une dotation de médicaments sera acquise pour la prise en charge des malades. Afin de relancer les activités de surveillance épidémiologique, de dépistage et du contrôle des maladies transmissibles dans la province, le projet financera l'acquisition d'un véhicule 4X4, qui sera affecté au service provincial des grandes endémies. Chaque HM réhabilité sera doté de deux motos pour assurer les stratégies avancées de vaccination et les activités de surveillance épidémiologique dans les municipalités et communes.

E Santé de la reproduction

4.5.14 Dans le cadre de santé de la reproduction, le projet réhabilitera les services de la santé « Mère-Enfant » de l'HPU, le laboratoire d'analyses pour les examens prénataux et équipera 5 blocs gynéco-obstétriques de 5 HM pour les soins obstétricaux, et ce, en partenariat avec le FNUAP. Le projet renforcera le professionnalisme chez les sages-femmes, matrones et auxiliaires de santé (infirmières) à travers l'octroi de trois bourses de spécialisation de 18 mois aux sage-femmes en service dans la province et de plusieurs formations locales. Des modules de formation sur la croissance démographique seront édités et diffusés afin que le taux de croissance démographique de la province qui est actuellement au-dessus de la moyenne puisse se stabiliser. Le projet appuiera l'USAID dans son programme de vulgarisation et de distribution des préservatifs dans les familles nombreuses. Les accoucheuses traditionnelles (environ 500 dans la province) seront recyclées, et ce, en partenariat avec les ONG et le FNUAP. Elles bénéficieront d'une trousse d'accouchement d'urgence dont la composition est déterminée par le FNUAP après leur formation.

4.5.15 Afin de relancer les soins de santé de la mère et de l'enfant dans les HM, le projet financera la formation de 5 médecins généralistes en soins obstétricaux d'urgence dans les services de gynécologie obstétrique de l'hôpital général de Luanda (ou dans une clinique privée) en vue de leur opérationnalité dans les HM qui seront réhabilités et équipés en trousse d'urgence de consultation prénatale et postnatale proposées par le FNUAP.

4.5.16 Trois études en direction des groupes vulnérables sont envisagées : (i) une enquête sur la prévalence du IST/VIH/SIDA sera faite par le PNLS sur les soldats démobilisés et cantonnés dans les zones de regroupement ; (ii) une enquête sur les enfants dont les parents sont sidéens en vue de leur intégration dans la vie sociale et de la prise en charge des frais de scolarité par le gouvernement ; et (iii) une enquête sur les phénomènes de résistance aux antipaludéens rencontrés chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sera faite par le programme national de lutte contre le paludisme. Les résultats de ces études seront présentés et discutés au cours des ateliers de consensus qui réuniront les représentants des Ministère de la santé, des Finances, du Plan, des organisations communautaires, des chefs religieux, des ONG et des bailleurs de fonds.

Composante III : Développement des ressources humaines

4.5.17 L'objectif de cette composante est le renforcement quantitatif et qualitatif des personnels de santé dans la province de Uige. Dans le cadre de cette composante, le FAD, en concertation avec les autres partenaires au développement et les ONG financera deux types de formation : (i) la formation des médecins et cadres moyens de santé à l'étranger qui a pour but l'amélioration des prestataires des soins et (ii) la formation locale et les séminaires de recyclage des agents communautaires de santé afin qu'ils fournissent aux populations rurales et particulièrement aux femmes des soins de santé de qualité.

4.5.18 Les domaines concernés par la formation à l'étranger sont les suivants : (i) un médecin épidémiologiste pour 18 mois ; (ii) un administrateur en santé pour 18 mois ; (iii) un médecin en planification pour 18 mois, (iv) un médecin paludologue pour 18 mois ; (v) deux techniciens supérieurs en épidémiologie (grandes endémies) pour 12 mois ; (vi) trois sage-femmes en gynécologie obstétrique pour 18 mois ; (vii) trois infirmiers anesthésistes (réanimation) pour 6 mois ; (viii) trois infirmiers radiologistes pour 6 mois ; (ix) trois techniciens de laboratoire pour 6 mois ; (x) trois infirmiers hématologistes pour 6 mois ; (xi) un technicien en maintenance des équipements biomédicaux pour 6 mois et (xii) un technicien en maintenance des infrastructures pour 6 mois. Afin de pallier le manque de médecins dans la province de Uige en général et en particulier dans les HM, 10 médecins devront être redéployés par la DNRH au plus tard 24 mois le démarrage afin de porter le ratio médecin/habitants à 1/100 000. Afin de renforcer les soins obstétricaux urgents des HM 5 médecins bénéficieront d'une formation de six mois environ, en soins obstétricaux d'urgence dans les services gynéco-obstétricaux de l'hôpital central de Luanda.

4.5.19 La Direction nationale des Ressources Humaines du MS, avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF, sera chargée de la gestion des activités de formation à l'étranger. L'OMS se chargera de l'identification des instituts de formation (qualifications académiques) et des candidats éligibles aux programmes de formation. Tous les cadres nationaux qui bénéficieront de bourses dans le cadre du projet signeront un engagement avec la DNRH de rentrer travailler dans la province pendant cinq ans avant de solliciter une affectation dans une autre province. Il sera également recommandé qu'au moins 50% de bourses soient accordées aux femmes.

4.5.20 En ce qui concerne les formations locales et les séminaires de recyclage des agents qui seront organisés dans la province pendant 10 jours environ, les domaines identifiés seront les suivants : (i) 50 chefs de postes et centres de santé en surveillance épidémiologique ; (ii) 20 techniciens en chaîne de froid ; (iii) 50 agents de santé communautaire et des leaders des organisations féminines en nutrition (production locale) ; (iv) 25 infirmiers vaccinateurs ; (v) recyclage de 50 infirmiers de l'ex mouvement rebelle UNITA ; (vi) recyclage de 250 accoucheuses traditionnelles ; (vii) sensibilisation de 50 chefs traditionnels, leaders des communautés, chefs religieux et leaders d'organisations des femmes sur les maladies transmissibles, l'environnement, la nutrition, l'assainissement et l'hygiène corporelle des enfants ; et (viii) formation de 50 techniciens d'assainissement des 18 municipalités de la province. La Délégation provinciale de la santé (DPS) de Uige sera chargée de l'organisation pratique de ces formations. Les ONG locales et internationales qui appuieront ces formations seront sélectionnées en fonction de leurs performances jugées satisfaisantes par la Banque.

Composante IV : Coordination et gestion du projet

4.5.21 Le gouvernement mettra des cadres nationaux à la disposition de la Cellule de coordination du projet, des fonctionnaires détachés : un coordonnateur du projet, (un architecte ou ingénieur), un médecin de santé publique pour les activités de lutte contre les grandes endémies, un technicien de génie civil et un expert comptable tous basés à Uige, ainsi qu'un cadre de la DNEPS à Luanda qui sera chargé de la logistique, du fait de la localisation décentralisée de la CCGP et des difficultés actuelles de communications.

4.5.22 Dans le souci de pallier aux faiblesses et insuffisances relevées lors de l'exécution de précédents projets déjà mentionnées, le projet financera les services d'une assistance technique de 60H/mois composée : d'un expert en genre pour 12 mois, d'un expert en passation des marchés pour 18 mois, d'un ingénieur biomédical pour l'acquisition et l'installation des équipements et la formation des utilisateurs pour 18 mois et d'un expert en formation et en élaboration des programmes de formation pour 12 mois.

4.5.23 Des moyens logistiques et bureautiques seront affectés à la cellule pour l'exécution des missions qui lui seront assignées. Ainsi, trois véhicules seront acquis pour la cellule, dont à Uige 2 véhicules 4x4 et pour le bureau de suivi des activités qui sera créé au MS, à Luanda 1 véhicule. Ces véhicules sont justifiés en raison de la multiplicité des sites du projet, de l'importance des missions de supervision et de suivi des chantiers, de la mise en place des antennes municipales de surveillance épidémiologique et des activités de formation/sensibilisation. Les missions diverses et complexes du logisticien de Luanda, notamment les nombreuses formalités douanières au port de Luanda nécessitent l'affectation d'un véhicule.

4.6 Impact environnemental

4.6.1 Le présent projet est classé dans la catégorie environnementale II, signifiant que les impacts négatifs potentiels identifiés pourront être réduits par l'application systématique de mesures d'atténuation/optimisation et un suivi environnemental adéquat. Ce projet contribuera à l'amélioration de l'environnement à travers le plaidoyer « environnement » du volet formation/sensibilisation (IEC) qui appuiera des mesures visant l'assainissement et l'hygiène du milieu. La participation des communautés bénéficiaires à la réalisation des ouvrages destinés à abriter les formations sanitaires sera bénéfique à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne la prise en compte des préoccupations environnementales tels la gestion des déchets et le reboisement..

4.6.2 Les activités de construction/réhabilitation des formations sanitaires prévues dans le cadre du projet pourront engendrer des impacts négatifs directs en ce qui concerne la localisation de ces infrastructures et leur fonctionnement. Ces impacts négatifs seront toutefois limités et pourront être atténués par l'application de mesures appropriées. En effet, les travaux seront réalisés conformément aux normes requises d'hygiène et d'assainissement en la matière et en fonction des caractéristiques physiques des sites. Des dispositions seront ainsi prises pour éviter les problèmes d'érosion, de ravinement et de stagnation des eaux de pluie ou d'inondation. Les sites des hôpitaux seront végétalisés, de même que l'évacuation des eaux résiduaires et de ruissellement qui sera convenablement assurée. Les déchets biomédicaux seront traités dans des incinérateurs construits par le projet dans l'enceinte de l'hôpital. Le suivi environnemental sera assuré par le personnel de santé exerçant au sein des structures et qui aura, pour ce faire, été formé à travers le volet « environnement » du projet. La surveillance environnementale

des chantiers de construction sera assurée par les maîtres d'ouvrage délégués qui y impliqueront directement le personnel de santé. Une dotation budgétaire est prévue pour le suivi environnemental.

4.7 Coûts du projet

4.7.1 L'estimation du coût du projet a été établie (mois d'août 2002) à partir des informations recueillies auprès des responsables des projets sociaux de la BM et du PNUD, des ONG et des autres bailleurs de fonds finançant des projets similaires. Les prix unitaires ont été affinés en tenant compte des prix fournis par des entrepreneurs consultés sur place. Le coût total estimatif du projet est de 7,22 millions d'UC dont 5.71 en devises et 1,52 million d'UC en monnaie locale. Il est net d'impôts, mais comprend des provisions pour imprévus physiques (5 à 10%) et hausses de prix (5%) pour les travaux et biens qui seront réalisés dans le cadre du projet. Les tableaux ci-dessous 4.1 et 4.2 présentent la ventilation des coûts estimatifs par composante et par catégorie des dépenses.

Tableau 4.1
Coût du projet par composante

COMPOSANTES	Millions \$ US			Millions UC			% Devises
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	
1 Amélioration de qualité des services de santé	2.93	0.96	3.89	2.20	0.72	2.92	75.42%
2 Appui aux programmes nationaux prioritaire de santé	2.53	0.12	2.65	1.90	0.09	1.99	95.38%
3 Développement des ressources humaines	0.55	0.27	0.82	0.41	0.21	0.62	66.49%
4 Coordination et gestion du projet	0.86	0.43	1.29	0.64	0.33	0.97	66.32%
Coût de base total	6.86	1.79	8.65	5.16	1.34	6.50	79.33%
Aléas et imprévus	0.45	0.14	0.59	0.34	0.11	0.45	76.18%
Hausse des prix	0.28	0.09	0.37	0.21	0.07	0.28	75.84%
Coût total du projet	7.59	2.02	9.61	5.71	1.52	7.22	79.00%

Tableau 4.2
Coût du projet par catégorie de dépense

CATÉGORIES DE DÉPENSES	Millions \$ US			Millions UC			% Devises
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	
A. Études et Supervision	0.28	0.03	0.31	0.21	0.02	0.23	90%
B. Réhabilitation / Construction	2.19	0.94	3.13	1.65	0.71	2.35	70%
C. Equip.biomed / Mat. / Fourn/Med.	3.21	0.15	3.36	2.41	0.11	2.53	96%
D. Formation/Sensibilisation/IEC	0.51	0.27	0.78	0.38	0.21	0.59	65%
E. Assistance technique	0.54	0.06	0.60	0.41	0.05	0.45	90%
F. Fonctionnement	0.08	0.33	0.41	0.06	0.25	0.31	20%
G. Audit	0.05	0.01	0.06	0.04	0.00	0.05	90%
Coût de base total	6.86	1.79	8.65	5.16	1.34	6.50	79.33%
Aléas et imprévus	0.45	0.14	0.59	0.34	0.11	0.45	76.18%
Hausse des prix	0.28	0.09	0.37	0.21	0.07	0.28	75.84%
Coût total du projet	7.59	2.02	9.61	5.71	1.52	7.22	79.00%

4.8 Source de financement et calendrier des dépenses

4.8.1 Le projet sera conjointement financé par le FAD et le gouvernement comme indiqué dans les tableaux 4.3, 4.4 et 4.5 ci-après

Tableau 4.3
Coût du projet par source de financement
(en millions d'UC)

SOURCES	DEVISES	%tage	M.L.	%tage	TOTAL	%tage
FAD	5.71		0.80		6.50	
% Total		100.00%		52.35%		90.00
GOVERNEMENT	0.00		0.72		0.72	
% Total		0.00%		47.65%		10.00%
TOTAL	5.70	100.00%	1.52	100.00%	7.22	100.00%

Tableau 4.4
Coût du projet par source de financement et par composante
(en millions d'UC)

COMPOSANTES	FAD			GVT M.L.	TOTAL			% Comp.
	Devises	M.L.	Total		Devises	M.L.	Total	
1 Amélioration de qualité des services de santé	2.49	0.51	3.00	0.313	2.49	0.82	3.31	45.80%
2 Appui aux programmes nationaux prioritaire de santé	2.06	0.00	2.07	0.10	2.06	0.10	2.16	29.96%
3 Développement des ressources humaines	0.46	0.00	0.46	0.23	0.46	0.23	0.69	9.53%
4 Coordination et gestion du projet	0.70	0.28	0.98	0.08	0.70	0.37	1.06	14.71%
<u>Coût total du projet</u>	<u>5.71</u>	<u>0.80</u>	<u>6.50</u>	<u>0.72</u>	<u>5.71</u>	<u>1.52</u>	<u>7.22</u>	<u>100%</u>

Tableau 4.5
Coût du projet par source de financement et par catégorie de dépense
(en millions d'UC)

CATEGORIES DE DEPENSES	FAD			GVT M.L.	TOTAL			% Catég.
	Devises	M.L.	Total		Devises	M.L.	Total	
A. Études et Supervision	0.23	0.03	0.25	0.00	0.23	0.03	0.25	3.48%
B. Réhabilitation / Construction	1.88	0.51	2.39	0.30	1.88	0.81	2.69	37.25%
C. Equip.biomed / Mat. / Fourn. Med. Essentiels	2.62	0.00	2.62	0.12	2.62	0.12	2.75	38.03%
D. Formation/Sensibilisation/IEC	0.43	0.00	0.43	0.23	0.43	0.23	0.656	9.08%
E. Assistance technique	0.43	0.05	0.48	0.00	0.43	0.05	0.48	6.68%
F. Fonctionnement	0.07	0.21	0.28	0.07	0.07	0.28	0.35	4.81%
G. Audit	0.04	0.00	0.05	0.00	0.04	0.00	0.05	0.66%
<u>Coût total du projet</u>	<u>5.71</u>	<u>0.80</u>	<u>6.50</u>	<u>0.72</u>	<u>5.71</u>	<u>1.52</u>	<u>7.22</u>	<u>100.00%</u>

4.8.2 Le projet sera financé conjointement par le Fonds africain de développement et le gouvernement angolais. Les ressources FAD financeront toutes les composantes et catégories des dépenses. Le montant du prêt FAD qui est de 6,5 millions d'UC représente 90% du coût total du projet. Il sera utilisé pour couvrir 100% du coût en devises (5,71 millions d'UC) et 52,35% en monnaie locale (0,80 million d'UC). La contribution du gouvernement de 0.72 million d'UC, représentant 10% du coût total du projet, financera

les travaux de génie civil, les équipements et la formation. La participation de la Banque au financement du coût en monnaie locale se justifie par le fait qu'avec la fin de la guerre civile, le gouvernement fait des efforts substantiels vers le développement durable et la mobilisation des ressources internes et externes pour le financement du secteur social.

4.8.3 L'exécution du projet se déroulera sur une période de 4 ans conformément à la liste des biens, travaux et services présentés en annexe IV et aux calendriers des dépenses par composante, par catégorie de dépense et par source de financement présentés aux tableaux 5.2, 5.3 et 5.4 ci-dessous :

Tableau 5.2
Calendrier des dépenses par composante
(en millions d'UC)

<u>COMPOSANTES</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>Total</u>
1 Amélioration de qualité des services de santé	0.00	1.68	1.58	0.05	3.31
2 Appui aux programmes nationaux prioritaire de santé	0.00	0.45	1.28	0.43	2.16
3 Développement des ressources humaines	0.00	0.13	0.41	0.14	0.69
4 Coordination et gestion du projet	0.28	0.44	0.24	0.10	1.06
<u>Coût total du projet</u>	<u>0.28</u>	<u>2.70</u>	<u>3.52</u>	<u>0.73</u>	<u>7.22</u>

Tableau 5.3
Calendrier des dépenses par catégorie de dépense
(en millions d'UC)

<u>CATÉGORIES DE DÉPENSES</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>Total</u>
A. Études et Supervision	0.01	0.09	0.12	0.03	0.25
B. Réhabilitation / Construction	0.10	1.01	1.31	0.27	2.69
C. Éqip.biomed / Mat. / Fourn. Med. Essentiels	0.11	1.03	1.34	0.28	2.75
D. Formation/Sensibilisation/IEC	0.03	0.25	0.32	0.07	0.66
E. Assistance technique	0.02	0.18	0.24	0.05	0.48
F. Fonctionnement	0.01	0.13	0.17	0.03	0.35
G. Audit	0.00	0.02	0.02	0.00	0.05
<u>Coût total du projet</u>	<u>0.28</u>	<u>2.70</u>	<u>3.52</u>	<u>0.73</u>	<u>7.22</u>

Tableau 5.4
Calendrier des dépenses par sources de financement
(en millions d'UC)

<u>SOURCES</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>Total</u>
FAD	0.25	2.43	3.17	0.65	6.50
GOUVERNEMENT	0.03	0.27	0.35	0.07	0.72
<u>TOTAL</u>	<u>0.28</u>	<u>2.70</u>	<u>3.52</u>	<u>0.73</u>	<u>7.22</u>

5 EXECUTION DU PROJET

5.1 Organe d'exécution

5.1.1 **Agence d'exécution** : La cellule de coordination et de gestion du projet (CCGP) sera localisée à Uige, à près de 400 km au Nord de Luanda, dans des locaux fonctionnels affectés par le Gouvernement qui pourront être réhabilités par le projet. En dépit de cette localisation décentralisée, hors de Luanda, la structure sera sous la responsabilité de la Direction nationale des Etudes, de la Planification et des Statistiques, responsable de la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Au niveau provincial, cette structure travaillera en étroite collaboration avec la Direction provinciale de la santé de Uige. La CCGP sera dirigée par un Coordinateur du projet, un ingénieur de génie civil ou bien un architecte et comprendra du personnel national affecté par le Gouvernement et de l'assistance technique. Quant à sa composition, outre le coordonnateur, elle comprendra : un médecin de santé publique pour les activités de lutte contre les grandes endémies et la formation, un technicien de génie civil, un expert comptable et du personnel de soutien (2 secrétaires, 2 chauffeurs et 1 huissier). Elle sera renforcée par une assistance technique de 60 P/M, répartie de la manière suivante : un expert en passation des marchés pour 18 mois, un ingénieur biomédical qui supervisera l'acquisition, l'installation des équipements, ainsi que la formation des utilisateurs pour 18 mois, un expert en genre 12 mois et un expert en formation et en élaboration des programmes de formation pour 12 mois.

5.1.2 Le MS affectera un fonctionnaire à la DNEPS qui sera en charge du suivi du projet à Luanda, du fait de la localisation décentralisée de la CCGP et des difficultés actuelles de communication. Le fonctionnaire de la CCGP en poste à Luanda sera chargé entre autres, de : (i) l'organisation de la logistique des différentes missions en Angola; (ii) la participation pour le compte de la BAD aux réunions organisées par les PAD ; et (iii) suivi des dossiers auprès des différents ministères impliqués dans le projet, notamment les formalités douanières liées aux importations des biens qui seront acquis dans le cadre de projet. Afin de lui faciliter ses déplacements, des équipements bureautiques et logistiques seront mis à sa disposition, notamment, un véhicule léger et des moyens de communication.

5.1.3 Compte tenu de la complexité et de la diversité des activités du projet, le Coordonnateur du projet, (un architecte ou bien un ingénieur de génie civil) devra : (i) avoir une bonne connaissance de l'organisation et de la gestion du système de santé angolais ; (ii) posséder des capacités de coordination des projets sociaux ; et (iii) avoir une bonne maîtrise des règles de procédure des institutions multinationales de développement en matière de gestion des projets, d'au moins cinq ans. Ses fonctions principales se résument comme suit : (i) suivre les études techniques et de supervision des travaux de génie civil ; (ii) assurer la programmation et le suivi de toutes les activités du projet ; (iii) assister le MS dans la sélection des candidats à la formation à proposer à l'OMS qui assurera l'organisation matérielle des activités de formation; (iv) assister les ONG dans l'organisation des formations locales et séminaires ; (v) assurer avec l'appui du comptable la gestion financière de toutes les ressources du projet par source de financement, par composante et par catégorie ; (vi) assurer l'élaboration des DAO pour l'acquisition des travaux, biens et services du projet ; (vii) rédiger et soumettre au FAD et au comité de pilotage les rapports périodiques d'activités du projet ; (viii) organiser les visites régulières des sites des projets et contrôler l'évolution des travaux de réhabilitation et de construction.

5.2 Dispositions institutionnelles

5.2.1 Afin de faire participer toutes les Directions nationales impliquées dans l'exécution du projet, un comité de pilotage et de suivi (CPS) sera créé au MS et présidé par le DNEPS. Ce CPS qui sera élargi aux autres partenaires du secteur, aux Agences des Nations unies (OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD, PAM) et ONG se réunira chaque trimestre pour le suivi de l'exécution du projet et discutera des différents rapports préparés par la CCGP. Au niveau de la Province de Uige, un comité technique provincial (CTP) sera créé et élargi également aux PAD et ONG présents dans la province, aux confessions religieuses, aux organisations féminines et aux leaders des communautés. Ce CTP qui se réunira une fois par mois sur convocation du Coordonnateur du projet sera chargé de veiller sur la bonne exécution des composantes du projet. Au niveau des municipalités, les comités communaux de gestion des postes et centres de santé seront également mis en place afin qu'ils participent à la prise de décision au niveau de leurs structures sanitaires respectives ainsi qu'au suivi des activités du projet.

5.2.2 Quant aux modalités pratiques d'exécution physique des composantes du projet les responsabilités seront réparties de la manière suivante :

- (i) l'exécution de la première composante sera mise en œuvre par des entreprises de génie civil recrutées selon les règles de procédures avec la contribution des directions nationales et provinciales des travaux publics et de la construction du Ministère des travaux et de la construction. Les Directions nationales du MS interviendront dans l'acquisition des équipements médicaux et des médicaments essentiels et consommables. L'assistance technique et le BE qui sera recruté pour la supervision de tous les travaux apporteront leur appui au suivi des travaux.
- (ii) la deuxième composante relative à l'appui aux programmes nationaux prioritaires de santé bénéficiera de l'appui des Agences des Nations unies (OMS, UNICEF, FNUAP) et du réseau des ONG dans l'exécution des activités qui leur sont familières. Ces ONG internationales (MSF/B, MSF/F, OXFAM, CUAMM) de la province sont très sollicitées par les bailleurs de fonds du secteur (USAID, UNICEF, OMS, Suède, Belgique, Italie et France) du fait de leur bonne organisation et de leur capacité opérationnelle. Les activités liées au PEV et la distribution des moustiquaires imprégnées seront confiées à l'UNICEF. L'acquisition des Kits d'urgence d'accouchement, ainsi que la formation locale des matrones et accoucheuses traditionnelles sera confiée au FNUAP. L'OMS sera chargée du suivi des activités liées à la lutte contre les IST/VIH/SIDA, la tuberculose et la trypanosomiase et de la formation à l'étranger. Les ONG et les organisations féminines seront chargées de la mobilisation sociale et de l'IEC.
- (iii) quant à la troisième composante, l'OMS travaillera avec la DNRH du MS pour la sélection des candidat(e)s et pour le choix des institutions selon le type de formation. Quant aux différentes formations locales et séminaires prévues dans la province, elles seront confiées aux ONG internationales de la province (MSF/E, MSF/B, CICR) qui présentent des capacités adéquates pour lesdites formations.

5.3 Calendrier d'exécution et de supervision

L'exécution du projet se déroulera sur une période de 4 ans conformément au tableau 5.1 ci-dessous et dont le détail est donné à l'annexe V.

Tableau 5.2
Calendrier d'exécution

<u>ACTIVITÉS</u>	<u>DATES</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Approbation par le Conseil	11 / 2002	FAD
Signature du prêt	01 / 2003	FAD / Gouvernement
Approbation par l'assemblée Nationale	02 / 2003	Gouvernement
Mise en vigueur du prêt	06 / 2003	Gouvernement / FAD
Recrutement AT pour la gestion des activités du projet	07 / 2003 – 11 / 2003	FAD / CCGP
Recrutement du cabinet comptable	07 / 2003 – 11 / 2003	FAD / CCGP
Création du CCGP	11 / 2003	FAD / CCGP
Acquisition des mobiliers, équipements et véhicules CCGP	07 / 2003 – 10 / 2003	FAD / CCGP
Sélection des bureaux d'études	10 / 2003 – 12 / 2003	FAD / CCGP
Préparation des DAO pour les réhabilitations et constructions	01 / 2004 – 04 / 2004	Bureaux d'études
Approbation des DAO et lancement des AO pour les réhabilitations et constructions	05 / 2004 – 08 / 2004	FAD / CCGP
Passation des marchés de réhabilitation / construction	09 / 2004 – 11 / 2004	FAD / CCGP
Travaux de réhabilitation et construction	12 / 2004 – 11 / 2005	Entreprises
Préparation des DAO pour les biens des hôpitaux	12 / 2004 – 02 / 2005	FAD / CCGP
Approbation des DAO et lancement des AO pour les biens	03 / 2005 – 06 / 2005	FAD / CCGP
Analyse et passation des marchés pour les biens	07 / 2005 – 09 / 2005	FAD / CCGP
Mise en place des biens	10 / 2005 – 01 / 2006	Fournisseurs
Elaboration dossier formations / sensibilisations	07 / 2004 – 12 / 2004	CCGP / Ag. NU/ ONG
Formations / sensibilisations toutes composantes	01 / 2005 – 06 / 2006	CCGP / Ag. NU/ ONG
Établissement listes matériel médical / médicaments essentiels	09 / 2004 – 05 / 2005	FAD / CCGP / Ag. NU
Livraison du matériel médical / médicaments essentiels	06 / 2005 – 11 / 2006	FNUAP / UNIPAC
Revue à mi-parcours	2005	Govt / FAD / CCGP
Fonctionnement	11 / 2003 – 11 / 2006	CCGP

5.4 Dispositions relatives aux acquisitions des biens et services

5.4.1 Les dispositions relatives à l'acquisition des biens, travaux et services sont résumées dans le Tableau 5.1 ci-après et détaillées dans le document d'exécution du projet (DEP). Toutes les acquisitions des biens, travaux et services financées par le FAD se feront conformément aux règles de procédures de la BAD pour l'acquisition des biens, travaux et services et aux règles de procédure de la Banque pour l'utilisation des Consultants, en utilisant les dossiers-types d'appel d'offres appropriés de la Banque.

Tableau 5.5
Acquisition des biens et services

CATÉGORIES DE DÉPENSES	En milliers d'UC					
	AOI	AON	Autre	Liste restreinte	Financement Autre que FAD	Total
<u>1. Travaux de génie civil</u>						
- Réhab Hôpital Provincial de Uige	0.93 [0.82]				0.11	0.93 [0.82]
- Réhab Hôpital Negage de Uige		0.47 [0.42]			0.05	0.47 [0.42]
- Réhab Hôpital Municipal de Damba		0.30 [0.26]			0.04	0.30 [0.26]
- Réhab Hôpital Municipal de Zombo		0.30 [0.26]			0.03	0.30 [0.26]
- Réhab Hôpital Municipal de Quibele		0.30 [0.26]			0.03	0.30 [0.26]
- Réhab Hôpital Municipal de Songo		0.30 [0.26]			0.03	0.30 [0.26]
- Aménagement CCGP		0.10 [0.09]			0.01	0.10 [0.09]
<u>Sous-total Réhabilitation / Construction</u>	0.93 [0.82]	1.76 [1.57]	-	-	0.30	2.69 [2.39]
<u>2. Biens</u>						
- Equipemet CCGP		0.08 [0.03]			0.05	0.08 [0.03]
- Mobilier non médical des HM		0.07[0.00]			0.07	0.07[0.00]
- Médicaments essentiels			1.72 [1.72]*			1.72 [1.72]
- Equipement / Matériel / Fournitures	0.88 [0.88]					0.88 [0.88]
<u>Sous-total Equipements / Fournitures</u>	0.88 [0.88]	0.15 [0.03]	1.72 [1.72]		0.12	2.75 [2.63]
<u>3. Services de Consultants</u>						
- Etudes et supervision / travaux de génie civil				0.20 [0.20]		0.20 [0.20]
- Eeenquêtes (3)				0.05 [0.05]		0.05 [0.05]
- Formation à l'étranger			0.40 [0.26]**		0.14	0.40 [0.26]
- Formation / sensibilisation locale/IEC			0.26 [0.17]***		0.09	0.26 [0.17]
- Assistance technique				0.48 [0.48]		0.48 [0.48]
- Audit				0.05 [0.05]		0.05 [0.05]
<u>Sous-total services Consultants</u>	-	-	0.66 [0.43]	0.78 [0.78]	0.23	1.44 [1.21]
<u>4. Divers</u>						
- Fonctionnement			0.35 [0.28]***		0.07	0.35
<u>Sous-total Divers</u>	-	-	0.35 [0.28]	-	0.07	0.35 [28]
<u>Coût total du projet (en millions d'UC)</u>	1.81 [1.70]	1.91 [1.60]	2.73 [2.42]	0.78 [0.78]	0.72	7.22 [6.50]

[..] : Part financée par le FAD/FAT

AOI : Appel d'offres international ;

AON : Appel d'offres national

* : Consultation de fournisseurs à l'échelon international

** : Liste restreinte d'ONG locales et étrangères installées dans le pays

*** : Négociation directe avec les prestataires de formation

**** : Fonds de roulement

5.4.2 **Dispositions particulières** : Le DEP devra stipuler dans son introduction que les dispositions du FAD relatives aux acquisitions des biens, travaux et services seront intégralement appliquées.

5.4.3 **Travaux de génie civil** (2,69 millions d'UC)

L'acquisition des travaux de réhabilitation de l'HPU de dont le montant est estimé à 0,93 million d'UC se fera selon les procédures d'appel d'offres international (AOI).

L'acquisition des travaux de réhabilitation de l' Hôpital Negage de Uíge dont le montant est estimé à 0,47 million d'UC et ceux des hôpitaux municipaux de Damba, Zombo, Quimbele et Songo dont le montant est estimé à 0,30 million d'UC million pour chaque hôpital ainsi que les travaux d'aménagement des locaux de la CCGP estimés à 100 000 UC, se feront selon les procédures d'appel d'offres national (AON). Le choix de ce mode d'acquisition se justifie par les montants peu élevé des marchés et l'existence d'un nombre suffisant d'entrepreneurs locaux pouvant garantir une compétitivité.

5.4.4 **Biens** (2,75 millions d'UC)

Le marché de fourniture des équipements/matériels et fournitures des 6 hôpitaux, d'une valeur de 0,88 million d'UC chacun, sera attribué conformément aux procédures d'AOI.

Les marchés de fourniture des équipements de la CCGP et du mobilier non médical des hôpitaux d'une valeur de 80 000 UC et 70 000 d'UC respectivement, seront attribués conformément aux procédures d'AON.

Le marché de fourniture des médicaments essentiels et génériques et des réactifs de laboratoire et consommables dont le coût est estimé à 1,72 million d'UC, sera attribué conformément à la procédure d'Appel d'offres international restreint (y compris l'UNIPAC). Ce mode d'acquisition est retenu du fait de la spécificité des biens à acquérir.

5.4.5 **Services des Consultants** (1,44 million d'UC)

L'acquisition des services de consultants, d'un montant total de 0,78 million d'UC pour : (i) les études et la supervision des travaux de génie civil ; (ii) les bureaux et les consultants chargés des enquêtes ; (iii) le cabinet comptable et d'audit ; et (iv) le Bureau d'études qui fournira les 4 assistants techniques de la CCGP de Uíge se fera conformément aux Règles de procédure de la Banque en matière d'utilisation des consultants.

L'acquisition des services de consultants d'un montant total de 0,26 million d'UC pour (i) la formation locale des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles et les activités d'IEC, d'imprégnation des moustiquaires, (ii) les activités ciblées en santé de la reproduction en vue de la réduction de la mortalité maternelle se fera par consultation sur la base de listes restreintes d'ONG locales et étrangères installées dans le pays.

Négociation directe entre la Direction nationale des ressources humaines du MS et les prestataires des formations à l'étranger (montant total de 0,40 million d'UC) du fait des faibles montants concernés, et ce, sur la base d'une convention dont les ressources serviront exclusivement au financement des dépenses relatives à la logistique de ces formations (documentation, subsistance, location de salles etc). Au cas où de petits équipements nécessiteraient d'être acquis pour ces formations locales, la CCGP devra les acquérir par consultation de fournisseurs à l'échelon national, compte tenu du faible montant desdits équipements.

5.4.6 **Fonctionnement** (0,35 million d'UC)

Les marchés pour l'acquisition des biens ainsi que les dépenses ne faisant pas l'objet d'acquisition (essence, assurance, frais de communication, primes diverses) pour être passés par la CCGP sans avis préalable de non-objection du FAD. Les documents relatifs à ces acquisitions, y compris les demandes de cotation et les rapports d'évaluation de marchés seront tenus à la CCGP pour revue périodique par les missions de supervision du FAD.

5.4.7 **Note d'information générale sur l'acquisition** : Le texte portant information sur les procédures d'acquisition des biens, travaux et services sera discuté et adopté des négociations avec le Gouvernement et sera émis pour publication dans « Development Business » et les journaux locaux, dès l'approbation par le Conseil d'Administration de la proposition du prêt .

5.4.8 **Procédures d'examen** : Les documents suivants seront soumis à l'examen et à l'approbation de la Banque avant d'être publiés :

- (i) Dossiers d'appel d'offres ou Lettres d'invitation des Consultants ;
- (ii) Rapports d'évaluation des offres des entreprises et fournisseurs ou des propositions des Consultants comportant les recommandations sur l'attribution des marchés ;
- (iii) Projets de contrats, si ceux incorporés dans les Dossiers d'appel d'offres ont été modifiés.

5.5 **Dispositions relatives aux décaissements**

La méthode de décaissement direct est envisagée pour l'acquisition des biens et travaux ainsi que pour les études et les prestations des consultants. Pour ce qui concerne le fonctionnement, deux comptes bancaires seront ouverts dans une Banque commerciale à Luanda, l'un recevra les ressources du prêt FAD et l'autre les ressources de contrepartie. Au niveau de la province de Uige, un compte sera ouvert dans une Banque commerciale à Uige destiné au fonctionnement des activités de la CCGP. Les ressources seront transférées depuis Luanda sur la base d'un programme de dépenses élaboré par la CCGP et préalablement approuvé par le FAD. La Direction des études et de la planification du Ministère du Plan et la Direction nationale des études, de la planification et des statistiques du MS seront chargées de la gestion du compte de Luanda, tandis que celui de Uige sera co-géré par le Coordonnateur et le comptable du projet.

5.6 **Suivi et évaluation**

5.6.1 **Rapports d'activités**. La Cellule de coordination et de gestion du projet préparera des rapports d'activités trimestriels dans le mois qui suivra la fin de chaque trimestre. On y trouvera : (i) un état d'avancement du programme au regard des calendriers convenus des exécutions et des décaissements; (ii) les principaux indicateurs de performance, et (iii) les programmes de travail et les prévisions de dépenses pour le trimestre à venir et pour l'ensemble du projet. Les rapports auront pour principal objectif de fournir des informations opportunes et à jour sur l'état d'avancement des composantes, en mettant en évidence les problèmes rencontrés et en formulant les recommandations nécessaires. Le Gouvernement établira un rapport d'achèvement dans les 6 mois qui suivront la date de clôture du projet conformément aux directives du FAD.

5.6.2 **Suivi** : Le FAD effectuera des missions de supervision sur les différents sites conformément aux directives du Groupe de la Banque. Lors du lancement, un séminaire sera organisé au cours duquel les rôles des différents intervenants seront déterminés. Une revue à mi-parcours est prévue qui aura pour objectifs de mesurer les progrès réalisés et ce, par rapport aux objectifs fixés et de proposer des mesures correctives si besoin est. Le calendrier prévisionnel des missions sera indiqué dans le document d'exécution du projet. Lors des exercices de revue du portefeuille, l'état du projet sera examiné. Les rapports et les conclusions qui résulteraient de ces missions seront présentés aux organes d'exécution du projet afin qu'ils prennent les mesures appropriées.

5.7 Rapports financiers et Audit

Les dispositions relatives à la comptabilité, aux rapports financiers et aux audits sont envisagées afin que l'exécution financière du projet soit transparente. Un comptable qui sera affecté à la cellule du projet se chargera de superviser le système comptable et de gestion financière. En outre, il aura pour tâche de tenir à jour un système comptable distinct par source de financement, par composante et par catégorie de dépenses et de vérifier l'utilisation du compte spécial. Un auditeur indépendant jugé acceptable par le Fonds devra être recruté avant le démarrage effectif des activités du projet qui sera chargé d'auditer les comptes et états financiers du projet tous les six mois. Les rapports d'audit qui seront examinés et commentés par le gouvernement seront par la suite transmis au FAD.

5.8 Coordination de l'aide

5.8.1 Dans le cadre de la conception de ce projet, les missions d'identification, de préparation et d'évaluation ont toujours eu des discussions avec des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, notamment l'UE et plusieurs ONG internationales et locales, les Agences des Nations unies, notamment, le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et la FAO, les Coopérations française, italienne, américaine, suédoise et une mission de la Banque mondiale. Tous les interlocuteurs rencontrés ont apprécié l'approche participative adoptée par la Banque et ont exprimé à la mission leur disponibilité à une collaboration effective. Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, la CCGP s'inspirera des expériences des partenaires au développement, en l'occurrence notamment de l'UE et de la Coopération française dans les réhabilitations physiques et lutte contre la trypanosomiase, de la coopération suédoise dans la santé de la reproduction et celle du FNUAP pour la réduction de la mortalité maternelle. D'autres bailleurs de fonds financent des activités de lutte contre le IST/VIH/SIDA, le paludisme, la trypanosomiase et la tuberculose.

5.8.2 Sur le plan structurel dans le secteur la coordination de l'aide manque de cadre juridique. On note ainsi l'absence, au sein du MS, d'une structure chargée de coordonner toute l'aide internationale et d'assurer la cohérence des différentes interventions. Avec le projet de création d'un bureau de liaison à Luanda, le projet discutera avec les autres bailleurs de la création d'une structure de coordination de l'aide. Cette structure qui aura à sa tête un responsable, assurera la coordination des opérations des différents bailleurs sur le terrain et déterminera les axes stratégiques d'intervention. Elle sera le cadre idéal de concertation, de dialogue et de rencontres périodiques entre les différents intervenants du secteur.

6. PERENNITE ET RISQUES DU PROJET

6.1 Charges récurrentes

6.1.1 Pour un projet qui est principalement orienté vers les réhabilitations et la remise à niveau des services existants, les charges récurrentes additionnelles engendrées seront limitées et concerneront en majeure partie l'entretien des bâtiments, la maintenance des équipements et l'amélioration de l'environnement médical. Lors des discussions avec les responsables provinciaux, il nous a été révélé que les hôpitaux provinciaux reçoivent annuellement du Ministère des finances 600 000 \$ EU environ pour le fonctionnement, l'entretien préventif et l'alimentation des malades hospitalisés. Les frais d'entretien des équipements et des bâtiments réhabilités ramenés aux dépenses sont estimés à 1,5% pour l'entretien des infrastructures et à 2% pour les équipements, matériel et mobilier. Ces charges récurrentes additives représenteront environ 1,5% du budget de la province de Uige.

6.1.2 . En ce qui concerne les cinq HM qui seront réhabilités comme structures de référence dans les municipalités et communes, ils vont bénéficier des ressources budgétaires conséquentes du gouvernement et de l'appui des ONG qui travaillent dans les communes respectives. Ces ressources additionnelles vont permettre la prise en charge des charges récurrentes, notamment celles relatives à l'achat des médicaments, l'entretien des bâtiments, du mobilier et des équipements non-médicaux. Les frais de fonctionnement des HM qui sont estimés à 30 000 \$ environ proviennent principalement du gouvernement provincial, des communautés et des ONG. Ces ressources servent principalement à l'achat des médicaments génériques, à l'entretien des bâtiments et à la maintenance des équipements

6.2 Durabilité du projet

6.2.1 Les acquis du projet seront importants, car, le présent projet qui est complémentaire aux projets financés par les autres partenaires au développement dans d'autres provinces va améliorer directement l'état de santé des populations estimées à 1,3 million de personnes. Les réhabilitations des infrastructures sanitaires secondaires, le renforcement des équipements médicaux de base et l'amélioration qualitative et quantitative des personnels de santé augmenteront l'utilisation des services par les groupes vulnérables. Avec la participation des ONG et l'implication des organisations féminines, la prise en charge des principaux problèmes de santé tels que l'utilisation des moustiquaires imprégnées dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la sensibilisation des populations sur les IST/VIH/SIDA, la disponibilité de médicaments génériques pour la prise en charge des malades entraîneront des actions pérennes. Enfin, le manque de médecins dans la province de Uige en général et en particulier dans les HM sera jugulé par l'affectation de 10 médecins par la DNRH et la formation de cinq médecins en soins obstétricaux urgents. Les populations qui se porteront mieux participeront à la relance économique dans la province, et en particulier, à l'augmentation de la productivité agricole afin de trouver une solution aux problèmes de malnutrition et réduire leur pauvreté.

6.2.2 La pérennité des infrastructures sanitaires réhabilitées et des équipements médicaux acquis restera un problème réel, car, elle doit découler de la qualité des travaux qui seront réalisés. Les travaux de génie civil seront confiés à des entreprises et expérimentées, avec une longue expérience dans les travaux de réhabilitation. A cet effet, la commission de sélection qui sera mise en place devrait être très rigoureuse. En outre, la

pérennité trouvera une solution avec les rallonges budgétaires envisagées par le gouvernement suite à l'augmentation progressive du budget qui sera dorénavant alloué au secteur. Enfin, il ressort de la réunion de concertation tenue avec les responsables des HM et les responsables des communautés qu'une stratégie sera discutée avec les bénéficiaires afin qu'elles : (i) s'organisent dans la surveillance afin de préserver les structures sanitaires des actes de vandalisme et de toute autre forme de sabotage ; (ii) fournissent de la main d'œuvre pour les travaux mineurs d'entretien des infrastructures sanitaires ; et (iii) créent au niveau de chaque structure sanitaire un comité de gestion de santé qui sera chargé des activités de sensibilisation et d'actions préventives auprès des malades.

6.3 Principaux risques et mesures d'atténuation

6.3.1 L'exécution correcte des activités et la réalisation des objectifs du projet dépendent essentiellement de la pérennité du processus de paix en cours dans le pays. Les résultats de ces négociations sont attendus dans la mesure où ils vont maintenir un climat de réconciliation et un environnement permettant le financement des projets durables. Toutefois, les hypothèses et risques suivants devront être vérifiés pour ce faire :

6.3.2 Les mines anti-personnelles sont un risque réel, car elles ont été utilisées et disséminées un peu partout à Uige, ce qui limitera sensiblement le déplacement dans toute la province. Il en est de même pour les voies et moyens de communications qui n'ont pas été entretenus. Des actions de déminage sont actuellement en cours avec l'appui des organismes spécialisés. La CCGP travaillera en étroite collaboration avec le PNUD et le PAM qui sont chargés de superviser régulièrement les zones accessibles.

6.3.3 Les dotations budgétaires allouées au secteur dans les provinces sont, non seulement insuffisantes pour leurs besoins, mais mises à la disposition de l'autorité administrative provinciale (le Gouverneur) pour être gérées. L'utilisation réelle de ces ressources pour les problèmes de santé échappe donc aux responsables provinciaux de la santé. En partenariat avec les autres bailleurs du secteur, la Banque participera au dialogue engagé avec les partenaires au développement qui souhaitent que les ressources budgétaires soient directement versées aux directions provinciales de santé.

6.3.4 Le manque du personnel dans les nouvelles structures réhabilitées est un risque réel. Ce risque sera atténué dans la mesure où la DNRH envisage un vaste programme de redéploiement et de revalorisation des salaires des personnels de santé. Dans cette perspective, l'une des conditions stipule l'engagement à redéployer 10 médecins dans la Province de Uige, au plus tard 24 mois après le démarrage du projet. En outre, elle stipule l'engagement à réaffecter tous les Cadres nationaux bénéficiaires de programmes de bourses de formation à l'étranger dans la province pendant cinq ans.

6.3.5 Il a été noté que la capacité d'exécution et de gestion des projets sociaux est faible et devient un risque réel pour des structures gouvernementales. Ce risque sera minimisé par la décentralisation de la CCGP et son renforcement par de l'assistance technique. Des activités d'IEC, de mobilisation sociale, de formation et de lutte contre les maladies seront confiées aux Agences des Nations unies et aux ONG qui travaillent dans la province.

7 BENEFICES DU PROJET

7.1 Impact économique

7.1.1 De par ses composantes et activités, notamment sur les maladies infectieuses, le projet vise la prévention de la propagation des maladies transmissibles telles que les IST/VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, la trypanosomiase et les maladies cibles du PEV. La réduction de la prévalence de ces maladies aura un impact économique considérable sur le pays. En ce qui concerne particulièrement les IST/VIH/SIDA, le projet sera très bénéfique pour les groupes exposés aux infections tels que les femmes enceintes, les veuves, les professionnels du sexe, les soldats démobilisés et les adolescents. Les secteurs productifs tels que l'agriculture, les entreprises et le secteur informel enregistrent peu d'absence et verront leur production progressée. Les coûts directs de la maladie qui sont l'achat des médicaments, les frais de consultation et d'hospitalisation qui réduisent le revenu des ménages serviront à améliorer les conditions de vie dans tous les domaines. Il en est de même pour les coûts indirects évalués en jours de travail perdus et en baisse de la productivité qui compromettent la sécurité alimentaire.

7.1.2 En sauvant des vies et en réduisant l'état morbide des populations, le projet accroît la productivité des populations, et par delà, leur contribution au développement socio-économique du pays. Le renforcement des capacités du personnel de santé contribuera à l'amélioration quantitative et qualitative des professionnels qui, à leur tour, amélioreront les prestations fournies aux populations en général et aux groupes vulnérables en particulier. Ainsi en contribuant à l'amélioration de la santé des populations démunies, le projet contribuera directement à la réduction de la pauvreté et à l'accroissement de la productivité.

7.2 Impact social

7.2.1 Le projet qui a pour objectif l'amélioration de la santé des populations sans discrimination de sexe répond favorablement au contexte actuel du pays qui vient d'amorcer sa transition vers la paix. Les investissements qui seront réalisés en termes de réhabilitation et d'équipements médicaux permettront au système d'accroître son dispositif curatif et préventif en matière d'offres de soins. La formation des agents de santé de même que celle des cadres du système sanitaire constituera un élément important de motivation de ces personnels. L'affectation d'une ambulance à l'hôpital de Uige, l'acquisition de deux véhicules pour la surveillance et la vigilance épidémiologique et de 10 motos pour les structures sanitaires périphériques vont augmenter le taux d'utilisation des services de santé. Environ une cinquantaine d'organisations féminines seront sensibilisées dans la prévention et la lutte contre le paludisme, les IST/VIH/SIDA, les maladies transmissibles et les maladies-cibles du PEV. Afin d'améliorer l'environnement des accouchements en milieu rural, des accoucheuses traditionnelles seront recyclées aux techniques modernes d'accouchement à domicile avec l'assistance du FNUAP

7.2.2 A la fin du projet, les réalisations prévues dans le cadre de projet auront un impact notoire sur les groupes vulnérables, en particuliers sur les femmes par : (i) la réduction du taux de la mortalité maternelle et (ii) le rapprochement des services de santé prénatale et postnatale des femmes et des enfants qui constituent environ 65% de la population de la province. La réhabilitation des services obstétricaux en partenariat avec le FNUAP dans les municipalités, la formation des sages femmes et le recyclage des accoucheuses traditionnelles permettront une meilleure prise en charge des femmes en âge de procréer.

De plus, la mise à la disposition de l'UNICEF de 25 000 moustiquaires imprégnées pour distribution aux populations démunies avec recouvrement minimal, en particulier les femmes, réduira le nombre des cas d'anémie dus au paludisme.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

8.1 Conclusions

8.1.1 Le présent projet qui sort du cadre d'aide d'urgence humanitaire soutenue longtemps par plusieurs agences du fait de la guerre civile Il va contribuer à l'atteinte des objectifs du Plan national de développement sanitaire et répondre ainsi à un besoin réel des populations de la province de Uige qui a été une des plus affectées par la guerre civile. En outre, il s'inscrit parfaitement dans la stratégie de la Banque en Angola et correspond à la politique de la Banque en matière de santé dans les pays régionaux membres. Ce projet de réhabilitation des services de santé s'inscrit également dans un programme de développement durable auquel plusieurs bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux contribuent.

8.1.2 Les infrastructures sanitaires ciblées par le projet offriront des services de santé de meilleure qualité aux groupes vulnérables qui disposeront entre autres, d'un personnel stable, qualifié et compétent, de bâtiments réhabilités, d'équipements performants et plus appropriés, ainsi que de médicaments essentiels. Toutes les actions menées vont soutenir la politique du gouvernement en matière de réinsertion et de retour des populations déplacées dans leurs municipalités d'origine.

8.2 Recommandations et conditions d'approbation du prêt

8.2.1 Il est recommandé d'accorder à la République d'Angola, un prêt de 6,5 millions d'UC qui sera subordonné aux conditions générales et particulières qui sont les suivantes :

A Conditions préalables à l'entrée en vigueur

8.2.2 L'entrée en vigueur du prêt est subordonnée à la réalisation par l'Emprunteur des conditions prévues à la section 5.01 des Conditions Générales applicables aux Accords de Prêt et Accord de Garantie du Fonds.

B. Conditions préalables au premier décaissement

8.2.3 Outre l'entrée en vigueur de l'Accord de prêt, les décaissements se feront après satisfaction des conditions suivantes :

- a) Fournir au Fonds la preuve de l'affectation des locaux fonctionnels à la cellule de coordination du projet à Uige (paragraphe 5.1.1) ;
- b) Fournir au Fonds la preuve de la nomination d'un coordonnateur du projet, un architecte ou un ingénieur en génie civil et de l'affectation d'un cadre du ministère de la santé de la Direction nationale des études, de la planification et des statistiques à Luanda, responsable du suivi logistique du projet dont les CV seront préalablement approuvés par le FAD. (paragraphe 4.5.21 et 5.1.1) ;

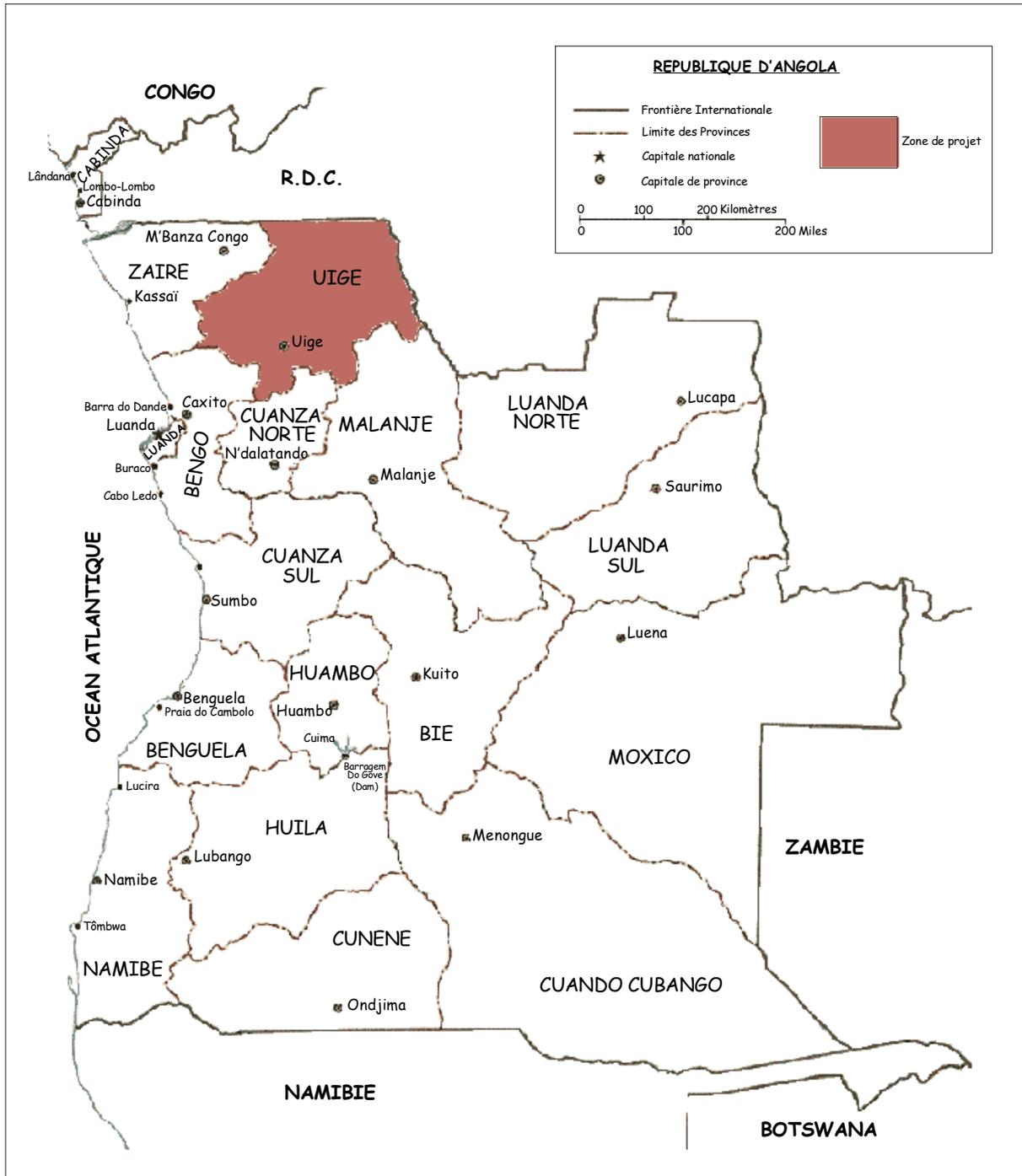
- c) Fournir au Fonds les preuves de l'ouverture de deux comptes dans une Banque à Luanda, l'un recevra les ressources du Fonds et l'autre les ressources de contrepartie et d'un compte dans une Banque à Uige dans lequel seront transférées depuis Luanda les ressources destinées au fonctionnement de la cellule du projet (paragraphe 5.5.1) ;
- d) Fournir au Fonds la preuve de la désignation du Directeur des études et de la planification du Ministère du Plan et du Directeur national des études, de la planification et des Statistiques du Ministère de la santé en qualité de gestionnaires du compte de Luanda (paragraphe 5.5.1) ; et
- e) S'engager à ; (i) redéployer 10 médecins dans la Province de Uige, au plus tard 24 mois après le démarrage du projet ; (ii) recruter au moins 50% des femmes bénéficiaires des bourses de formation à l'étranger ; et (iii) réaffecter tous les Cadres nationaux bénéficiaires de programmes de bourses de formation à l'étranger à rester dans la province pendant cinq ans (paragraphe 4.5.18 et 4.5.19).

C. Autres conditions

8.2.4 L'Emprunteur devra en outre :

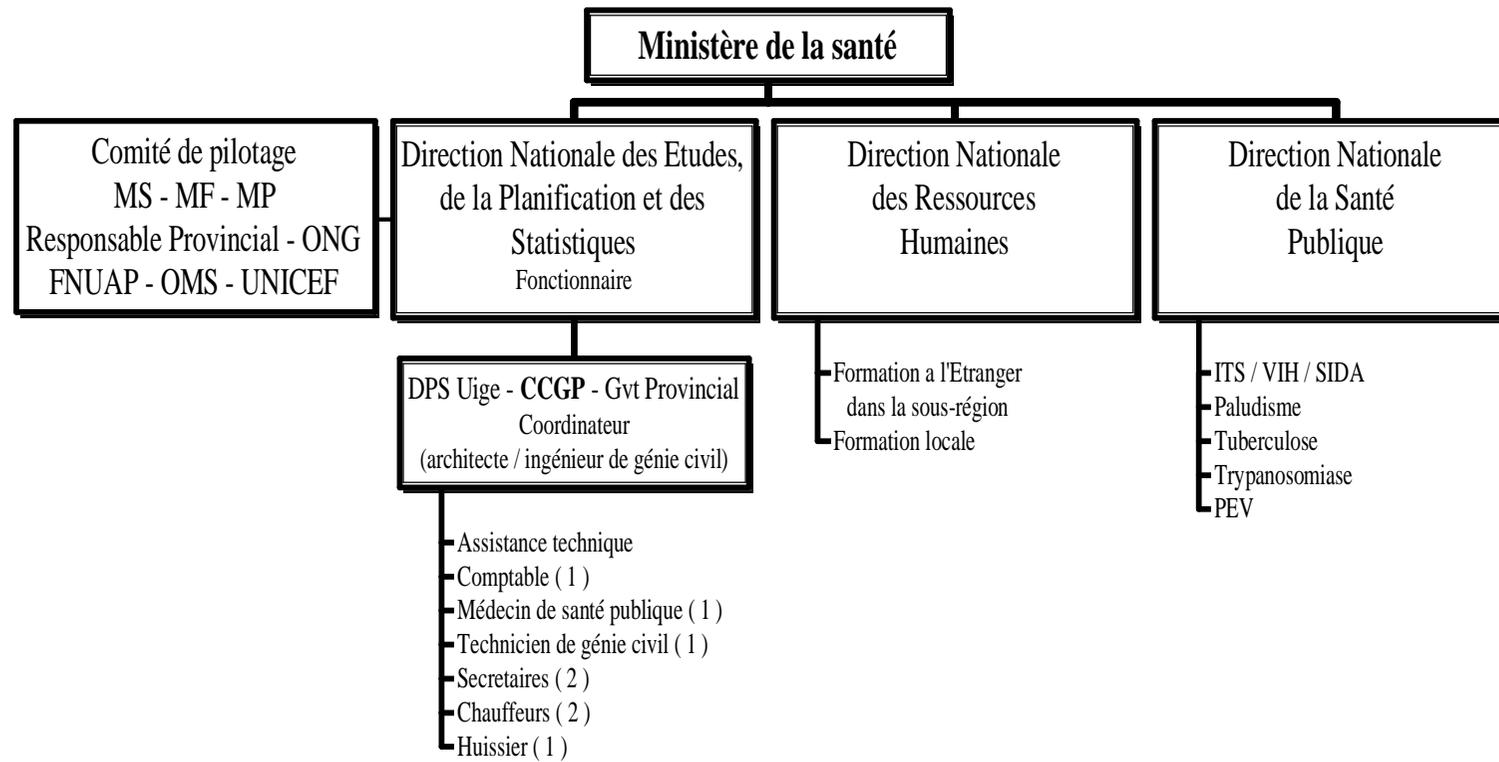
- a) Soumettre à l'approbation du Fonds, au plus tard six mois avant le départ des candidat(e)s à la formation, les qualifications et/ou l'expérience des candidat(e)s aux bourses de formation, y compris les renseignements académiques sur les instituts de formation retenus (paragraphe 4.5.19) ;
- b) Transmettre au Fonds, au plus tard six mois avant le départ en formation, les engagements individuels signés par candidat(e)s, d'intégrer les structures sanitaires de la province de Uige pour une durée minimale de cinq ans (paragraphe 4.5.19) ;
- c) Transmettre au Fonds, au plus tard six mois après le démarrage du projet la preuve du redéploiement de 10 médecins généralistes dans la Province de Uige. (paragraphe 4.5.18) ;
- d) S'engagement à budgétiser au début de chaque année fiscale, sa contribution annuelle au projet selon le plan de financement (Tableau 5.4) ; et.
- e) Fournir au Fonds la preuve de l'attribution d'au moins 50% de bourses aux femmes lors de la revue à mi-parcours et la preuve du redéploiement de 5 médecins dans la Province de Uige, après le démarrage du projet (paragraphe 5.6.2, 4.5.18, 4.5.19 et 6.3.4)

REPUBLIQUE D'ANGOLA
PROJET DE REHABILITATION DES SERVICES DE SANTE
(Zone de projet)



Cette carte a été fournie par le personnel de la Banque Africaine de Développement exclusivement à l'usage des lecteurs du rapport auquel elle est jointe. Les dénominations utilisées et les frontières figurant sur cette carte n'impliquent de la part du Groupe de la BAD et de ses membres aucun jugement concernant le statut légal d'un territoire ni aucune approbation ou acceptation de ses frontières.

ORGANIGRAMME DE LA STRUCTURE D'EXECUTION



ANGOLA : PROJET DE REHABILITATION DES SERVICES DE SANTE

NOTE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE

Brève description du projet

Le projet vise à contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire des populations angolaises en général, et en particulier, celui des femmes en âge de procréer, des enfants de moins de cinq ans et des personnes déplacées dans la Province de Uige. Les objectifs spécifiques du projet sont les suivants : (i) l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaires ; (ii) l'appui aux programmes nationaux de santé (IST/HIV/SIDA, la tuberculose, la trypanosomiase, le paludisme, le PEV, la santé de la reproduction ; et (iii) le renforcement des ressources humaines. Le projet finance, entre autres, les études techniques et la supervision, les travaux de réhabilitation et de construction des infrastructures et les travaux de réhabilitation des VRD dans l'hôpital provincial et les cinq hôpitaux de municipalités.

Principaux impacts environnementaux et sociaux

Les activités de mise en œuvre de ce projet, bien qu'apparemment inoffensives, comportent des impacts environnementaux associés aux travaux de réhabilitation et de construction, ainsi qu'à ceux d'hygiène et d'assainissement. Les mesures d'hygiène et d'assainissement au niveau des communautés comportent notamment l'élimination des déchets ménagers solides et liquides, le système d'adduction d'eau courante et potable et le contrôle des déchets des toilettes utilisées par les populations. Ces mesures préventives ont pour objectif de lutter contre les maladies liées à l'eau et la santé environnementale et de combattre facilement les maladies diarrhéiques, le choléra et le paludisme. Les communautés seront étroitement associées à la mise en œuvre de ces actions.

Programme d'optimisation et d'atténuation des impacts

Il est prévu dans chaque site du projet, la construction d'un incinérateur pour l'élimination des déchets solides et biomédicaux, en particulier les seringues usagées et les gants. En plus, l'amélioration des VRD et des systèmes d'évacuation adéquats permettra l'élimination des déchets liquides et toxiques. Toutefois, il sera demandé aux architectes et techniciens de génie civil de veiller à ce que l'érection des bâtiments soient conforme aux exigences liées aux sites, du fait de la nature et de l'utilisation desdits bâtiments, la proximité avec les habitations privées, ainsi que les aménagements extérieurs afin de lutter contre l'érosion (plantation d'arbres ou de pelouse). Enfin, le volet formation des agents de santé communautaires devrait aussi comporter un aspect pratique concernant l'éducation pour la conservation de l'énergie (eau et électricité) et de l'environnement.

Programme de contrôle et suivi environnemental

Le projet financera les études nécessaires au génie civil, ainsi que la supervision des travaux de la réhabilitation des HP, HM et les logements. La coordination et la gestion des études et des travaux de construction/réhabilitation seront assurées par un Bureau d'études recruté sur les ressources du projet. Le manuel de procédures d'exécution du projet contiendra des directives exigeant que les entreprises attributaires des marchés de construction/réhabilitation des infrastructures procèdent au préalable à une évaluation environnementale dont les résultats (mesures d'atténuation et/ou d'optimisation) seront pris en compte dans la conception finale et la réalisation desdits ouvrages. Les mesures environnementales envisagées par les soumissionnaires feront partie des critères d'appréciation des offres de travaux. Le principe de contrôle périodique aussi bien des infrastructures sanitaires que des produits usés et du matériel médical selon les règles architecturales et sanitaires feront l'objet d'un cahier de charges avec une liste exhaustive d'éléments qui seront régulièrement évalués.

Renforcement des capacités et appui institutionnel

En plus du suivi de l'application des mesures visant l'atténuation correcte des impacts les plus significatifs du projet, la conception du projet intègre également des mesures destinées au renforcement des capacités institutionnelles. Ainsi, le projet offrira, à travers un certain nombre d'activités, l'occasion d'améliorer d'élever le niveau de connaissance des problèmes environnementaux soulevés par la réalisation des infrastructures socio-sanitaires.

Consultation du public

Il importe d'associer étroitement les populations à la conception des sous-projets d'infrastructures les concernant, au moins à travers des séances formelles d'information du public avant le début des travaux. Les séances auront lieu sur chacun des localités-sites en présence des autorités locales administratives et traditionnelles, et seront ouvertes à toutes les populations désireuses d'être informées, ainsi que les ONG intervenant dans la région et/ou dans le secteur. Les mesures environnementales y seront également exposées et discutées avec les bénéficiaires. Leurs avis seront recueillis et portés dans un compte-rendu de réunion.

Estimation des coûts

Une dotation budgétaire de 50 000 UC est prévue pour les activités de suivi environnemental et de formation des techniciens d'assainissement

Calendrier d'exécution et rapports

Les différents rapports périodiques sur l'état d'avancement du projet feront également le point sur l'état d'exécution du suivi environnemental.

Liste des biens et services

CATEGORIES DE DEPENSES	Millions de \$ EU			Millions d'UC				Millions d'UC		
	Devises	M.L.	Total	FAD			GVT	Devises	M.L.	Total
				Devises	M.L.	Total	M.L.			
A. Études et Supervision										
Total	0.26	0.03	0.29	0.21	0.02	0.23	0.00	0.21	0.03	0.23
%tage	89.11%	10.89%	100.00%	89.11%	9.90%	99.01%	0.99%	89.11%	10.89%	3.22%
B. Réhabilitation / Construction										
Total	2.29	0.98	3.27	1.82	0.50	2.32	0.28	1.82	0.78	2.60
%tage	70.00%	30.00%	100.00%	70.00%	19.35%	89.35%	10.65%	70.00%	30.00%	35.93%
C. Équip.biomed / Mat. / Fourn. Med. Essentiels										
Total	3.34	0.16	3.50	2.65	0.00	2.65	0.12	2.65	0.12	2.78
%tage	95.50%	4.50%	100.00%	95.50%	0.00%	95.50%	4.50%	95.50%	4.50%	38.44%
D. Formation										
Total	0.57	0.31	0.87	0.45	0.00	0.45	0.24	0.45	0.24	0.69
%tage	65.00%	35.00%	100.00%	65.00%	0.00%	65.00%	35.00%	65.00%	35.00%	9.58%
E. Assistance technique										
Total	0.58	0.06	0.64	0.46	0.05	0.51	0.00	0.46	0.05	0.51
%tage	90.00%	10.00%	100.00%	90.00%	10.00%	100.00%	0.00%	90.00%	10.00%	7.05%
F. Fonctionnement										
Total	0.09	0.37	0.46	0.07	0.22	0.29	0.07	0.07	0.29	0.37
%tage	20.00%	80.00%	100.00%	20.00%	60.00%	80.00%	20.00%	20.00%	80.00%	5.08%
G. Audit										
Total	0.06	0.01	0.06	0.05	0.01	0.05	0.00	0.05	0.01	0.05
%tage	90.00%	10.00%	100.00%	90.00%	10.00%	100.00%	0.00%	90.00%	10.00%	0.70%
Coût Total	7.19	1.92	9.11	5.70	0.80	6.50	0.72	5.70	1.52	7.22
%tage total	78.95%	21.05%	100.00%	78.95%	11.09%	90.04%	9.96%	78.95%	21.05%	100.00%

ANNEXE VI

RESUME DES OPERATIONS DE LA BANQUE

SECTOR/PROJECT	SOURCE	DATE OF APPR.	DATE OF SIGNAT.	DATE OF EFFECTI VENESS	AMOUNT (UA Mil.)	DISBURS.		BALANCE	STATUS
						AMT	%		
AGRICULTURE									
1. Artisanal fisheries	ADB	11/27/1986	6/2/1988	7/17/1989	15.40	0.61	3.96	14.79	Cancelled
2. Cabinda rural development	TAF	11/22/1989	12/12/1989	11/24/1992	0.68	0.17	25.00	0.51	Cancelled
3. Small and Medium-Scale Farmers Support Program	ADF	12/17/1990	12/20/1991	9/14/1992	17.57	-	0.00	17.57	Cancelled
4. Cunéné agr. And livestock rehab.	ADF	12/17/1990	12/20/1991	9/10/1992	17.59	-	0.00	17.59	Cancelled
S/TOTAL					51.24	0.78	1.52	50.46	
TRANSPORT									
1. Cabatuquila-Marimba road studies and general transport study	ADF	2/24/1983	5/12/1983	9/12/1987	3.42	0.44	12.87	2.98	Cancelled
2. Caiã-Lucapa road study	ADF	2/13/1985	5/9/1985	2/13/1991	0.92	0.31	33.70	0.61	Cancelled
S/TOTAL					4.34	0.75	17.28	3.59	
PUBLIC UTILITIES									
1. Telecommunications I	ADB	10/18/1983	11/28/1983	8/16/1984	30.24	17.36	57.41	12.88	Cancelled
2. Telecommunications II	ADB	6/12/1990	8/1/1990	10/28/1992	44.96	0.61	1.36	44.35	Cancelled
3. Drainage network rehabilitation and DWSS study	ADB	9/24/1991	12/20/1991	7/16/1992	8.85	-	0.00	8.85	Cancelled
	ADF	9/24/1991	12/20/1991	7/16/1992	4.14	0.14	3.38	4.00	Cancelled
	TAF	9/24/1991	12/20/1991	7/16/1992	1.52	-	0.00	1.52	Cancelled
4. Electricity I	ADB	11/25/1991	1/30/1992	-	47.25	-	0.00	47.25	Cancelled
S/TOTAL					136.96	18.11	13.22	118.85	
INDUSTRY									
1. Institutional support to BPC	TAF	10/17/1989	12/19/1989	6/13/1990	1.36	0.49	36.03	0.87	Cancelled
S/TOTAL					1.36	0.49	36.03	0.87	
SOCIAL									
1. Training of middle managers	ADB	3/16/1983	5/12/1983	6/17/1986	14.50	13.65	94.14	0.85	Cancelled
	ADF	3/16/1983	5/12/1983	6/17/1986	9.21	9.11	98.91	0.10	Cancelled
2. Health project study	ADF	8/25/1983	5/11/1984	8/26/1984	1.20	1.19	99.17	0.01	Cancelled
3. Health project	ADB	9/22/1986	11/6/1986	6/13/1987	12.20	11.27	92.38	0.93	Cancelled
	ADF	9/22/1986	11/6/1986	6/13/1987	14.83	12.88	86.85	1.95	Cancelled
4. Health sect. Study & inst. Strenght	TAF	12/16/1989	12/19/1989	6/16/1990	1.51	0.42	27.81	1.09	Cancelled
5. Health project supplementary loan	ADB	9/24/1991	12/20/1991	7/13/1992	4.25	2.00	47.06	2.25	Cancelled
6. Education II	ADB	8/24/1992	-	-	26.94	-	0.00	26.94	Cancelled
	ADF	8/24/1992	-	-	14.08	-	0.00	14.08	Cancelled
7. Education II	ADF	12/5/2001	3/28/2002	-	8.73	-	0.00	8.73	Loan agreement not yet effective
	TAF	12/5/2001	3/28/2002	-	0.90	-	0.00	0.90	
S/TOTAL					108.35	50.52	46.63	57.83	
MULTISECTOR									
1. Technical assistance for the preparation and implementation of the program for the rehab. And reconstruction of the national economy	TAF	3/14/1990	5/30/1990	2/13/1991	1.48	0.45	30.41	1.03	Cancelled
S/TOTAL					1.48	0.45	30.41	1.03	
GRAND TOTAL					303.73	71.10	23.41	232.63	