

FONDS AFRICAIN DE DÉVELOPPEMENT

GHA/PSHH/200201

LANGUE : FRANÇAIS

ORIGINAL : ANGLAIS

RÉPUBLIQUE DU GHANA

**PROJET DE RÉHABILITATION
DES SERVICES DE SANTÉ III**

RAPPORT D'ÉVALUATION

DEPARTEMENT DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

AOÛT 2002

OCDS

TABLE DES MATIÈRES

Fiche d'information, équivalences monétaires, poids et mesures,
liste des tableaux, liste des annexes, liste des abréviations,
fiche de données de base, matrice du projet, résumé

	(i-x)
1. GENESE HISTORIQUE DU PROJET	1
2. LE SECTEUR DE LA SANTE	2
2.1 La situation sanitaire au Ghana	2
2.2 Le cadre de stratégie sanitaire	3
2.3 Organisation des services de santé	4
2.4 Le personnel du secteur de santé	6
2.5 Le financement des services de santé	6
2.6 Intervention des organismes des bailleurs dans le secteur sanitaire	8
2.7 Rôle des bailleurs dans le deuxième Programme de travail Quinquennal (2002-2006)	10
3. LE SOUS-SECTEUR SANITAIRE	11
3.1 Les services de santé de district	11
3.2 Les services de transfusion sanguine	15
4. LE PROJET	16
4.1 Conception et formulation du projet	16
4.2 Zone et bénéficiaires du projet	17
4.3 Contexte stratégique	18
4.4 Objectif du projet	19
4.5 Description du projet	19
4.6 Impact environnemental	22
4.7 Coût du projet	22
4.8 Sources de financement et calendriers des dépenses	24
5. EXECUTION DU PROJET	25
5.1 Organe d'exécution	25
5.2 Dispositions institutionnelles	26
5.3 Calendriers de supervision et d'exécution	27
5.4 Dispositions relatives aux acquisitions	28
5.5 Dispositions relatives au décaissement	31
5.6 Suivi et évaluation	31
5.7 Rapports financiers et audits	32
5.8 Coordination de l'aide	32
6. DURABILITE ET RISQUES DU PROJET	33
6.1 Charges recurrentes	33
6.2 Durabilité du projet	33
6.3 Risques majeurs et mesures d'atténuation	34
7. AVANTAGES DU PROJET	34
7.1 Avantages économiques	34
7.2 Avantages sociaux	35
8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	36
8.1 Conclusions	36
8.2 Recommandations et conditions d'approbation du prêt	37

Ce rapport a été établi suite à la une mission d'évaluation conjointe FAD/Fonds nordique de développement (FND)/PNUD effectuée au Ghana du 24 mars au 19 avril 2002. La mission comprenait M. Pap J. Williams, spécialiste sanitaire principal et chef de mission (OCSD.I), Mme Nina Okagbue, analyste santé (OCSD.I), le directeur régional, Division Afrique, du FND, un représentant du PNUD, un consultant spécialiste de la santé (FND), un consultant spécialiste du genre (OCSD.I) et un consultant spécialiste des opérations (OCSD.I). Toute demande d'information doit être adressée à M. R. Cressman, chef de division, OCSD.I, poste 4112 ou Mme Z. El Bakri, directeur, OCSD, poste 4041.

BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT

01 BP 1387 ABIDJAN 01

Tel. : (225) 20-20-44-44

Fax : (225) 20-21-77-53

Télex : 23717

Fiche d'Information

Date : mai 2002

Les renseignements ci-dessous ont pour but de fournir quelques indications générales à tous fournisseurs, entrepreneurs, consultants et autres personnes, intéressés par la fourniture des 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 et de l'emprunteur.

1. **PAYS**.....: République du Ghana
2. **TITRE DU PROJET**: Troisième Projet-Santé
3. **LOCALISATION DU PROJET**.....: Districts de Wassa West (région occidentale) et Amansie East (région Ashanti), Accra (région du Grand Accra), Secondi/Takoradi (région occidentale), Kumasi (région Ashanti), Tamale (région Nord), et Ho (région de la Volta).
4. **EMPRUNTEUR**.....: République du Ghana
5. **ORGANE D'EXECUTION**.....: Ministère de la Santé (Mds)
Accra - Ghana
tél. : 223 66 9026
E-mail : piu@africaonline.gh

6. DESCRIPTION DU PROJET

Ce projet comporte les volets suivants :

- i. Le renforcement des systèmes de santé au niveau des districts
- ii. Un appui au Service national de transfusion sanguine
- iii. Le renforcement institutionnel et la gestion du projet

7.	COÛT TOTAL	:	29,37 millions d'UC
	i. Devises	:	22,12 millions d'UC
	ii. Monnaie locale	:	7,26 millions d'UC

8. PRÊT DU GROUPE DE LA BANQUE

Prêt FAD	:	17,63 millions d'UC
Don FAT	:	1 million d'UC

9. AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Fonds nordique de développement	:	8,8 millions d'UC
PNUD	:	0,4 million d'UC
Gouvernement ghanéen	:	2,85 millions d'UC

10. **DATE D'APPROBATION DU PRÊT** : A préciser

11. **DATE ESTIMATIVE DE DÉMARRAGE
DU PROJET ET DUREÉ D'EXECUTION** : **Janvier 2003, 5 ans**

12. MODALITÉS D'ACQUISITION DES BIENS, TRAVAUX ET SERVICES

Appel d'offres international (AOI)

Pour les travaux de génie civil relatifs à deux hôpitaux de district ; l'équipement et le mobilier pour des hôpitaux de district ; des équipements, des produits pharmaceutiques et des fournitures pour le programme de prévention VIH/sida.

Consultation de fournisseurs à l'échelon national (CFN)

Des produits pharmaceutiques et des fournitures destinés aux services de santé du district ; du matériel pour la gestion du projet.

Liste restreinte : pour l'assistance technique ; les auditeurs ; les établissements étrangers de formation ; les services spécialisés.

13. SERVICES DE CONSULTANTS

Les services de consultants seront nécessaires pour les études et la surveillance des travaux de génie civil pour deux hôpitaux de district.

ÉQUIVALENCES MONÉTAIRES, POIDS ET MESURES
(Mai 2002)

Monnaie nationale	Cedi (GHC)
1 UC	9 201,7 GHC
1 UC	1,24691dollar E-U
1 dollar E.-U.	7 600 GHC

Exercice budgétaire

1^{er} janvier – 31 décembre

Poids et Mesures

Système métrique

LISTE DES TABLEAUX

	Page
2.1 Dépenses et financement des soins de santé (1996-2001)	7
2.2 Contribution des bailleurs à l'ASG du Ghana pour l'année 2000	9
2.3 Montants indicatifs alloués par les bailleurs au deuxième Programme de travail quinquennal (2002-2006)	10
3.1 Répartition du personnel de santé dans les deux districts	13
4.1.a Résumé du coût total du projet par volet-Toutes sources de financement	22
4.1.b Résumé des coûts du projet par volet - FAD	23
4.2.a Résumé des coûts du projet par catégorie de dépenses-Toutes sources	23
4.2.b Résumé des coûts du projet par catégorie de dépenses - FAD	23
4.3 Sources de financement (Toutes sources)	24
4.4 Calendrier des dépenses par catégorie et source de financement	25
5.1 Principales dates butoirs des étapes de l'exécution	27
5.2.a Dispositions relatives aux acquisitions	28
5.2.b Détails des autres modes d'acquisition	29

LISTE DES ANNEXES

	Nombre de Page
I CARTE DU GHANA COMPORTANT LES SITES DU PROJET	1
II RESUME DES OPERATIONS DU GROUPE DE LA BANQUE	1
III ORGANIGRAMME DU PROJET	1
IV DETAIL DES COUTS ESTIMATIFS	4
V CALENDRIER D'EXECUTION	2
VI LISTE PROVISOIRE DES BIENS ET SERVICES	1

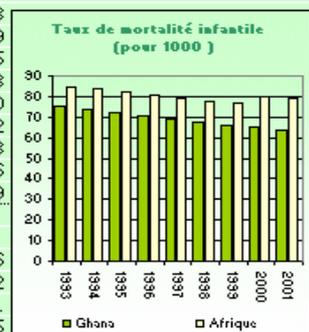
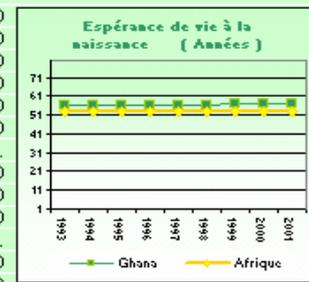
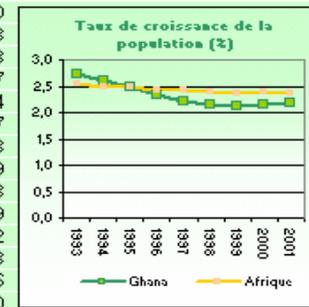
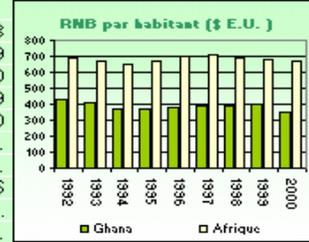
ABRÉVIATIONS

ACV	Accidents cardio-vasculaires/Agence danoise de développement international
ASG	Approche sectorielle globale
AT	Assistance technique
AVCI	Années de vie perdues corrigées de l'incapacité
BAD	Banque africaine de développement
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
CEP	Cellule d'exécution du projet
CGP	Cellule de gestion du projet
DANIDA	Agence danoise de développement international
DFID	Department for International Development (UK)/ <i>Département du développement international (Royaume-Uni)</i>
EMU	Estate Management Unit/ <i>Cellule de gestion de domaine</i>
FAD	Fonds africain de développement
FND	Fonds nordique de développement
FSN	Fonds spécial du Nigeria
GHS	Ghana Health Service/ <i>Service de santé du Ghana</i>
GOG	Gouvernement ghanéen
IEC	Information, Éducation et Communication
JICA	Japan International Cooperation Agency/ <i>Agence japonaise de coopération internationale.</i>
MIS	<i>Système de gestion de l'information</i>
MOF	Ministère des Finances
MOH	Ministère de la Santé
NBTS	Service national de transfusion sanguine
OM	Operations Manual/Manuel des opérations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCC	Commission de coordination du projet
PECIME	Integrated Management of Childhood Illnesses/ <i>Prise en charge intégrée des maladies d'enfance</i>
PEL	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
QPPR	Rapport d'activités trimestriel sur le projet
RAP	Rapport d'achèvement du projet
S&E	Suivi et évaluation
SBTS	Système de transfusion sanguine sécurisée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SSP	Soins de santé primaires
TBA	Accoucheuse traditionnelle
TI	Technologie d'information
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Ghana

INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES COMPARATIFS

Année	Ghana	Afrique	Pays en	Pays	
			dévelop-	dévelop-	
Indicateurs de Base					
Superficie ('000 Km ²)		239	30 061	80 976	54 658
Population totale (millions)	2001	19,7	811,6	4 940,3	1 193,9
Population urbaine (% of Total)	2001	41,1	38,0	40,4	76,0
Densité de la population (au Km ²)	2001	82,7	27,0	61,0	21,9
Revenu national brut (RNB) par habitant (\$ EU)	2001	350	671	1 250	25 890
Participation de la Population Active - Total (%)	2000	49,2	43,1
Participation de la Population Active - Femmes (%)	2000	49,4	33,8
Valeur de l'indice sexospécifique de dévelop. humain	2000	0,544	0,476	0,634	0,916
Indice de développement humain (rang sur 174 pays)	2000	129	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	2,2	2,4	1,5	0,2
Taux d'accroissement de la population urbaine (%)	2001	4,6	4,1	2,9	0,5
Population âgée de moins de 15 ans (%)	2001	40,5	42,4	32,4	18,0
Population âgée de 65 ans et plus (%)	2001	3,3	3,3	5,1	14,3
Taux de dépendance (%)	2001	78,0	85,5	61,1	48,3
Rapport de Masculinité (hommes pour 100 femmes)	2001	98,8	99,4	103,3	94,7
Population féminine de 15 à 49 ans (%)	2001	24,6	23,6	26,9	25,4
Espérance de vie à la naissance - ensemble (ans)	2001	57,0	52,5	64,5	75,7
Espérance de vie à la naissance - femmes (ans)	2001	58,3	53,5	66,3	79,3
Taux brut de natalité (pour 1000)	2001	32,9	37,3	23,4	10,9
Taux brut de mortalité (pour 1000)	2001	10,5	14,0	8,4	10,3
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	2001	63,4	79,6	57,6	8,9
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000)	2001	102,0	116,3	79,8	10,2
Taux de mortalité maternelle (pour 100000)	1998	210	641	491	13
Indice synthétique de fécondité (par femme)	2001	4,3	5,1	2,8	1,6
Femmes utilisant des méthodes contraceptives (%)	1998	22,1	...	56,0	70,0
Indicateurs de Santé et de Nutrition					
Nombre de médecins (pour 100000 habitants)	1996	6,4	36,7	78,0	287,0
Nombre d'infirmières (pour 100000 habitants)	1996	72,0	105,8	98,0	782,0
Naissances assistées par un personnel de santé qualifié	1998	44,0	38,0	58,0	99,0
Accès à l'eau salubre (% de la population)	2000	64,0	60,4	72,0	100,0
Accès aux services de santé (% de la population)	1999	76,0	61,7	80,0	100,0
Accès aux services sanitaires (% de la population)	2000	63,0	60,5	44,0	100,0
Pourcent. d'adultes de 15-49 ans vivant avec le VIH/SI	2001	3,4	5,7
Incidence de la tuberculose (pour 100000)	2000	56,6	105,4	157,0	24,0
Enfants vaccinés contre la tuberculose (%)	2000	94,5	63,5	82,0	93,0
Enfants vaccinés contre la rougeole (%)	1996	84,0	58,2	79,0	90,0
Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (%)	1999	24,9	25,9	31,0	...
Apport journalier en calories par habitant	1999	2 590	2 408	2 663	3 380
Dépenses publiques de santé par habitant (en % du PIB)	1998	1,8	3,3	1,8	6,3
Indicateurs d'Éducation					
Taux brut de scolarisation au (%)					
Primaire - Total	1996	75,0	80,7	100,7	102,3
Primaire - Filles	1996	69,8	73,4	94,5	101,9
Secondaire - Total	1996	30,9	29,3	50,9	99,5
Secondaire - Filles	1996	24,0	25,7	45,8	100,8
Personnel enseignant féminin au primaire (% du total)	1997	36,0	40,9	51,0	82,0
Analphabétisme des adultes - Total (%)	2001	27,4	37,7	26,6	1,2
Analphabétisme des adultes - Hommes (%)	2001	18,9	29,7	19,0	0,8
Analphabétisme des adultes - Femmes (%)	2001	35,7	46,8	34,2	1,6
Dépenses d'éducation en % du PIB	1998	4,2	3,5	3,9	5,9
Indicateurs d'Environnement					
Terres arables en % de la superficie totale	1999	15,8	6,0	9,9	11,6
Taux annuel de déforestation (%)	1995	1,3	0,7	0,4	-0,2
Taux annuel de reboisement (%)	1990	2,0	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

1. CONTEXTE DU PROJET

Un examen du secteur de santé du Ghana fait apparaître que malgré les progrès notables enregistrés sur les cinq dernières années, la performance et la qualité globales des prestations de santé restent toujours marquées par des disparités interrégionales. La médiocre qualité et les insuffisances des services de santé, l'absence dans le secteur sanitaire d'un programme de développement des ressources humaines, de même que la pauvreté, sapent les efforts que fait le gouvernement pour réduire les inégalités d'accès à des soins de santé de base de qualité, en particulier des communautés défavorisées.

Le présent projet constitue une intervention conjointe du Fonds africain de développement, du Fonds nordique de développement et du PNUD en appui à l'exécution de la deuxième phase de l'Approche sectorielle globale (ASG) pour le secteur de la santé ghanéen. Il se fonde sur les domaines prioritaires recensés par l'État et les partenaires au développement dans le cadre du deuxième Programme de travail quinquennal (2002-2006) du Ministère de la Santé (MdS), programme qui représente la stratégie de mise en œuvre de l'ASG ainsi que du volet Santé publique de la stratégie gouvernementale de réduction de la pauvreté (GPRS). Son objectif de développement est d'aider à la croissance économique nationale et au développement social ainsi qu'à la réalisation des Objectifs de développement du millénaire, notamment par l'amélioration de la santé maternelle, la réduction des mortalités maternelle et infantile, la lutte contre le VIH/sida et le paludisme, et le développement de partenariats au profit d'une meilleure santé générale.

Ce projet s'appuie également sur les recommandations d'une étude d'investissement financée FAD, qui a formulé des propositions de projets pour deux hôpitaux nationaux d'enseignement et cinq hôpitaux de district. Les estimations de coûts détaillés établies par l'étude ont fait apparaître, pour les huit établissements sanitaires, un besoin de financement de 47 millions d'UC. L'étude a également fait ressortir la nécessité de renforcer les services de santé au niveau des districts d'Amansie et Wassa West dans l'Ashanti et la région occidentale du pays, notamment en appuyant le développement des ressources humaines et la lutte contre les maladies endémiques.

Les enseignements tirés de l'exécution du premier Programme de travail quinquennal ont conduit à renforcer l'accent stratégique que place le deuxième Programme quinquennal sur la garantie d'accès, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité et la promotion du partenariat pour le développement de la santé au plan national. A cet égard, les services de santé dans les régions et les districts poursuivront leurs programmes d'assurance-qualité en assurant à tous des prestations de santé générales de qualité, financièrement abordables et accessibles, tout en coopérant avec les autres partenaires et en maintenant les niveaux d'efficacité de leurs prestations de soins.

2. OBJECTIF DU PRÊT ET DU DON

Le prêt FAD d'un montant de 17,63 millions d'UC et le don FAT de 1 million d'UC, qui couvrent respectivement 62,1 % et 3,5 % du coût total du projet, serviront au financement de 72,9 % du coût en devises (15 millions d'UC et 1 million d'UC), et 40,9 % du coût en monnaie locale (2,63 millions d'UC).

3. OBJECTIF SECTORIEL ET OBJECTIFS DU PROJET

L'objectif sectoriel est d'améliorer le niveau d'ensemble de la santé dans le pays et de réduire les inégalités dans le domaine de la santé au Ghana. L'objectif spécifique du projet est d'arriver à une plus large couverture du pays par des prestations de santé de base qui soient de qualité.

4. BRÈVE DESCRIPTION DU PROJET

Pour la réalisation de ses objectifs, le projet comportera les grands axes suivants :

1) Le renforcement des systèmes de santé de districts

Ce volet, qui est financé à la fois sur les ressources du FAD et du FAT, prévoit principalement le renforcement des services de santé de districts. Les ressources au titre de ce volet permettront de délocaliser les hôpitaux de district de Bekwai et de Tarkwa situés respectivement à Amansie East dans la région de l'Ashanti, et à Wassa West dans la région occidentale. Les deux hôpitaux seront équipés en matériels et fournitures adéquats. La gestion sanitaire et le personnel de santé de district seront renforcés par un programme de formation et une assistance technique, qui comporteront également des formations sous-régionales pour la prévention de la mortalité maternelle. L'institutionnalisation effective du programme national de maintenance des établissements et équipements de santé dans les deux districts recevra un appui financier.

Le programme de lutte contre le VIH/sida au niveau des districts et au niveau national sera appuyé par les ressources de ce volet, afin d'améliorer la gestion des maladies sexuellement transmissibles et de sécuriser les transfusions sanguines. La production de guides de traitements et la formation à leur utilisation par les soignants et les praticiens de la planification familiale seront financées sur les ressources du volet. Le programme de lutte contre le paludisme bénéficiera d'un appui sous forme de financement de la formation du personnel à la gestion des cas et aux actions IEC pour la promotion et la protection sanitaires dans les districts d'Amansie East et de Wassa.

2) L'appui aux services nationaux de transfusion sanguine

Le résultat attendu de la mise en œuvre de ce volet est la sécurité et la rationalisation du service de transfusion sanguine du pays. Un nouveau centre de transfusion sanguine sera construit à Accra au sein du centre hospitalier universitaire de Korle Bu. Quatre centres régionaux de transfusion seront en outre créés au sein des hôpitaux régionaux existants. Ils seront pleinement pourvus d'équipements modernes et de consommables suffisant à couvrir les premières années de fonctionnement. Un programme de formation approfondie, soutenu par une assistance technique appropriée, sera centré sur le transfert de savoir-faire aux homologues et aux agents de santé nationaux. Le financement de ce volet est assuré par le Fonds nordique de développement.

3) La gestion du projet

Dans le cadre de l'exécution du projet, des améliorations importantes s'imposent en ce qui concerne la capacité du MdS à gérer, coordonner, et assurer le suivi et l'évaluation des investissements majeurs effectués dans le secteur. L'appui à un renforcement substantiel des capacités revêt donc une importance capitale. Ce volet sera financé conjointement par le

FAD, le FND et le PNUD et permettra l'acquisition d'une assistance technique du PNUD pour la gestion globale du projet. Les résultats attendus en termes de processus de ce volet seront donc l'acquisition de compétences effectives de gestion par le personnel de contrepartie du MdS.

5. COÛTS DU PROJET

Le coût total du projet est estimé à 29,37 millions d'UC dont 22,12 millions d'UC (73,3 %) en devises et 7,26 millions d'UC (24,7 %) en monnaie locale.

6. SOURCES DE FINANCEMENT

Le projet sera financé conjointement par le FAD/FAT, le Fonds nordique de développement, le PNUD et le Gouvernement ghanéen. Le prêt FAD (17,63 millions d'UC) et le don FAT (1 million d'UC) serviront à financer les biens, travaux et services, ainsi que les coûts d'exploitation et les frais divers. La contribution FAD/FAT, qui représente 65,6 % du coût total, servira à couvrir 72,9 % des coûts en devises et 40,9 % des coûts en monnaie locale. La contribution de 8,8 millions d'UC du Fonds nordique de développement, qui représente 31,3 % du coût total du projet, couvrira 32,3 % des coûts en devises et 24,5 % des coûts en monnaie locale, et financera l'intégralité du volet 2. La contribution du PNUD, d'un montant de 0,4 million d'UC, soit 1,8 % du coût en devises, sera consacrée au financement des services spécialisés. La contribution du Gouvernement ghanéen, de 2,85 millions d'UC, représentant 10 % du coût total du projet, servira à couvrir certaines parties des travaux prévus et des frais d'exploitation au titre des volets 1 et 3.

7. EXÉCUTION DU PROJET

Le projet sera exécuté sur une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2003. L'organe d'exécution du projet sera le ministère de la Santé (MdS). L'assistance technique destinée au renforcement des capacités de gestion du MdS sera fournie par le PNUD.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le projet appuiera la GPRS en mettant à la disposition des pauvres des services de santé de qualité et financièrement abordables. Il constitue un complément aux actions que mène l'État pour le renforcement des capacités, la lutte contre le VIH/sida et le paludisme, et dans le cadre d'une approche du développement national qui part de la base au sommet, en prêtant une plus grande attention à la nécessité de toucher les pauvres et les groupes vulnérables aux niveaux des districts. Le projet est donc réalisable, souhaitable et prend en compte les domaines prioritaires majeurs du deuxième Programme de travail quinquennal pour le secteur de santé, la Vision et les politiques sociales du Groupe de la Banque, ainsi que sa stratégie-pays pour le Ghana.

Il est recommandé d'accorder à la République du Ghana un prêt FAD d'un montant qui n'excède pas 18 millions d'UC ainsi qu'un don FAT d'un montant maximal de 1 million d'UC aux fins d'exécuter le projet décrit dans le présent rapport.

<p>sanguine renforcés</p> <p>Résultats</p> <p>3. Gestion du projet :</p> <p>Les capacités du ministère de la Santé d'exécuter des projets de développement ont été renforcées.</p>	<p>transfusion sanguine sécurisée qui fonctionnent au niveau central à Accra, et dans quatre centres régionaux-Secondi/Takoradi, Tamale, Kumasi et Ho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 agents sanitaires formés à la gestion des services de transfusion sanguine dans les centres de transfusion des quatre régions. - 25 agents sanitaires formés au traitement sécurisé du sang ; - 220 infirmiers (ères) formés à la pratique de la transfusion sanguine sans risque ; - 100 agents sanitaires formés à l'utilisation clinique sécurisée du sang et des produits sanguins ; - 8 agents sanitaires formés aux techniques informatiques pour les services de transfusion sanguine ; - Formation à la gestion du Coordonnateur national des services de transfusion sanguine ; - 4 administrateurs sanitaires formés au marketing régional du sang et des produits sanguins ; - 20 laborantins formés à la manipulation sécurisée du sang et des produits sanguins. <p>Complète exécution du projet avant la fin de 2008.</p>	<p>Renseignements provenant du suivi du projet</p> <p>Renseignements provenant du suivi du projet</p>																																																							
<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude et Supervision - Travaux de génie civil - Mobilier - Équipement - Produits pharmaceutiques /fournitures - Formation - Assistance technique - Gestion du projet 	<p>Intrants</p> <p><u>Plan de financement</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Source</u></th> <th colspan="2"><u>Montant en UC</u></th> <th><u>%</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prêt FAD</td> <td>17,63</td> <td>62,1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Don FAT</td> <td>1</td> <td>3,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prêt FND</td> <td>8,8</td> <td>31,3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PNUD</td> <td>0,40</td> <td>1,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GOG : Contribution</td> <td>28,40</td> <td>2,85</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Dotations par catégories</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Catégorie</u></th> <th colspan="2"><u>Coût (millions UC)</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Biens</td> <td>7,10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Travaux</td> <td></td> <td>11,87</td> </tr> <tr> <td>C. Services</td> <td></td> <td>4,50</td> </tr> <tr> <td>D. Frais d'exploitation</td> <td></td> <td>0,51</td> </tr> <tr> <td>E. Divers</td> <td>0,14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coût de base</td> <td></td> <td>24,13</td> </tr> <tr> <td>Aléas d'exécution</td> <td></td> <td>2,41</td> </tr> <tr> <td>Aléas pour hausse des prix</td> <td></td> <td>2,84</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>29,37</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Source</u>	<u>Montant en UC</u>		<u>%</u>	Prêt FAD	17,63	62,1		Don FAT	1	3,5		Prêt FND	8,8	31,3		PNUD	0,40	1,5		GOG : Contribution	28,40	2,85	10	<u>Catégorie</u>	<u>Coût (millions UC)</u>		A. Biens	7,10		B. Travaux		11,87	C. Services		4,50	D. Frais d'exploitation		0,51	E. Divers	0,14		Coût de base		24,13	Aléas d'exécution		2,41	Aléas pour hausse des prix		2,84	Total	29,37		<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité publique - Livres et quittances de décaissement du Groupe de la Banque - Rapports d'audit - Rapports d'activités - Rapports de revues de portefeuille - Rapport d'achèvement de projet de l'emprunteur ; - RAP de la Banque - Rapports de fins de mission - Dossier du projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Exécution des activités conformément aux délais - Mise à disposition sans difficultés des fonds de contrepartie
<u>Source</u>	<u>Montant en UC</u>		<u>%</u>																																																						
Prêt FAD	17,63	62,1																																																							
Don FAT	1	3,5																																																							
Prêt FND	8,8	31,3																																																							
PNUD	0,40	1,5																																																							
GOG : Contribution	28,40	2,85	10																																																						
<u>Catégorie</u>	<u>Coût (millions UC)</u>																																																								
A. Biens	7,10																																																								
B. Travaux		11,87																																																							
C. Services		4,50																																																							
D. Frais d'exploitation		0,51																																																							
E. Divers	0,14																																																								
Coût de base		24,13																																																							
Aléas d'exécution		2,41																																																							
Aléas pour hausse des prix		2,84																																																							
Total	29,37																																																								

1. GENESE ET HISTORIQUE DU PROJET

1.1. Un examen du secteur de la santé du Ghana fait apparaître que malgré les progrès considérables enregistrés au cours des cinq dernières années, la performance et la qualité globales des prestations de santé restent toujours marquées par des disparités interrégionales. La médiocre qualité et les insuffisances des services de santé, l'absence dans le secteur sanitaire d'un programme de développement des ressources humaines, de même que la pauvreté sapent les efforts que fait le gouvernement pour combler le déficit d'équité en matière d'accès à des soins de santé de base de qualité, en particulier pour les communautés défavorisées.

1.2. Le Ghana a une population de 19,5 millions d'habitants et son croît démographique est de 2,7 pour cent par an. Le groupe d'âge à partir de 65 ans constitue 3,2 pour cent de la population totale, et les moins de 15 ans en constituent 41,4 pour cent. La densité démographique est en moyenne de 52 habitants par kilomètre carré. La plus grande partie de la population se trouve concentrée dans la partie sud du pays, les plus fortes densités étant enregistrées dans les zones urbaines et les zones de production cacaoyère. Les régions les plus peuplées sont l'Ashanti (2 millions), la région orientale (1,7 million), et le Grand Accra (1,5 million). Le Ghana est un pays pauvre dont le PIB par habitant est de 400 dollars E.-U.

1.3. Le projet envisagé représente la troisième phase de la suite donnée par le FAD à une demande d'assistance du Gouvernement ghanéen pour le renforcement des systèmes de santé de district du pays. C'est un financement conjoint du Fonds africain de développement, du Fonds nordique de développement et du PNUD pour exécuter les réalisations prioritaires telles que déterminées par l'État et les partenaires au développement dans le deuxième Programme de travail quinquennal du ministère de la Santé (2002-2006). Ce programme a été élaboré en tant que stratégie d'exécution de l'ASG et du volet Santé de la stratégie gouvernementale de réduction de la pauvreté (GPRS). Il forme le cadre général des programmes de travail annuels utilisés par les régions et les districts pour piloter le processus budgétaire ASG et s'assurer que les stratégies sanitaires s'intègrent aux priorités du développement. L'objectif de développement du Programme quinquennal est de contribuer à la croissance économique nationale et au développement social en réduisant les inégalités d'accès aux services de santé liées au genre et à la localisation géographique, et en renforçant les partenariats en faveur du développement de la santé au plan national.

1.4. Ce projet s'appuie également sur les recommandations d'étude d'investissement s financée par le FAD, qui a formulé des propositions de projets pour le secteur de la santé au Ghana dans le cadre d'un programme sectoriel d'ensemble. C'est ainsi que les estimations de coûts détaillés établies par cette étude ont fait apparaître des besoins de financement pour le renforcement des services de santé dans les districts d'Amansie et Wassa West, situés respectivement dans la région de l'Ashanti et dans la région occidentale, notamment par le développement des ressources humaines et la lutte contre les endémies.

1.5. Une mission préparatoire conjointe FAD/FND et PNUD s'est rendue au Ghana en novembre 2001 à la suite de la mission conjointe d'évaluation effectuée en avril 2002. Le Fonds fiduciaire japonais a soutenu financièrement ces deux missions FAD. Au cours de ces visites, la mission conjointe a visité tous les sites du projet, et elle a eu des discussions approfondies avec les bénéficiaires, le GOG et les autres principaux partenaires tels la Banque mondiale, DANIDA, JICA, l'UE, l'USAID, la GTZ et l'UNICEF. Un thème majeur

de ces discussions a été la ou les stratégies d'assistance à mettre en œuvre pour réduire les inégalités dans le domaine de la santé liées à la situation géographique, au genre et au niveau socio-économique. Le projet envisagé s'insère dans le concours qu'apportent actuellement le FAD et le Fonds nordique de développement aux efforts du Gouvernement ghanéen en matière de réduction de la pauvreté et de réalisation des Objectifs de développement du millénaire, notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de la santé maternelle, et la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies endémiques. Pour assurer la transparence et une approche participative, le MdS a présenté le projet envisagé aux autres partenaires au développement et parties prenantes lors d'une rencontre de tous les principaux partenaires du secteur de la santé organisée au cours de la mission d'évaluation d'avril 2002.

1.6. C'est en janvier 1990 que fut approuvée la première intervention du FAD dans le secteur de la santé au Ghana (projet Santé I). Elle était constituée d'un prêt de 13,88 millions d'UC pour la réalisation de deux hôpitaux nationaux d'enseignement, Korle-Bu et Komfo Anoke, et d'un hôpital régional, celui d'Effia Nkwanta. La dotation 1991 du FAD pour le Ghana n'a pu financer que trois hôpitaux de district sur les cinq demandés au titre du projet Santé II, c'est-à-dire, les hôpitaux de district de Yendi, Kibi et Keta. Ces deux projets ont été conduits à leur terme et les rapports d'achèvement de l'emprunteur ont été soumis. Au plan de leur exécution, l'emprunteur a enregistré des retards prolongés s'étendant de l'évaluation au démarrage des activités, ainsi que le versement hors-délais des fonds de contrepartie. La préparation du rapport de la Banque sur l'achèvement de ce projet est prévue pour le quatrième trimestre 2002. L'expérience antérieure de la Banque dans le secteur a permis de relever des faiblesses de gestion de projet et un rythme irrégulier de règlement des fonds de contrepartie, qui ont conduit à des retards d'exécution.

2. LE SECTEUR DE LA SANTÉ

2.1. La situation sanitaire au Ghana

2.1.1. Les taux de morbidité et de mortalité au Ghana ont pour cause, dans la plupart des cas, la mauvaise qualité de l'environnement et de l'assainissement, et ces issues sont largement évitables. Les trois causes principales de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. L'espérance de vie à la naissance, qui avoisinait 45 ans en 1957, a augmenté en passant à 55 ans au début des années 80, puis, en 2001, à 62 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes. Quoique le taux de mortalité infantile soit tombé de 81 à 61 pour mille naissances vivantes de 1988 à 1998, le taux actuel, de 50 pour mille naissances vivantes, est supérieur au niveau souhaitable. De surcroît, les taux bruts dissimulent d'énormes différences selon le genre, le niveau socio-économique et la situation géographique. Dans cette même période, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont baissé de 154 pour mille naissances vivantes à 110, ce qui est bien inférieur aux taux prévalant dans de nombreux pays voisins, qui se sont situés entre 150 et 250 pour mille naissances vivantes à la même période. Jusqu'à 40 pour cent des décès enregistrés d'enfants de moins de 15 ans sont dus à l'anémie et au paludisme. Les estimations concernant les taux nationaux de mortalité maternelle varient de 214 à 740 pour 100 000 naissances vivantes. Les taux de mortalité sont les plus élevés dans la ceinture nordique et parmi les femmes de faible niveau d'instruction. Les causes premières de mortalité maternelle sont l'hémorragie, l'hypertension pendant la grossesse, les fausses couches et avortements, la drépanocytose, les infections de l'appareil génital, l'anémie et les complications du travail. Contribuent également à ce nombre élevé inacceptable de décès de

mères la pauvreté, les taux élevés de fécondité, les grossesses trop précoces, ainsi que les grossesses non désirées chez les adolescentes. Pour les deux sexes, après 45 ans, les causes les plus fréquentes de décès signalés sont l'apoplexie cérébrale et l'hypertension.

2.1.2. Les maladies associées à la pauvreté comme la malnutrition grave, les naissances prématurées, les lésions néonatales, la gastro-entérite et la tuberculose sont ensemble responsables de 57 pour cent de la charge totale de morbidité au Ghana en termes d'années de bonne santé perdues par suite de maladie, d'incapacité et de décès. Le VIH/sida et les maladies cardio-vasculaires sont devenus des problèmes de santé majeurs. Sur la base d'un taux de séropositivité de 3 % de la population adulte, on estime que plus de 500 000 personnes, dont 40 000 enfants, sont infectées, tandis que 125 personnes développent chaque jour un VIH/sida. Des cas de méningite cérébro-spinale surviennent à des périodes sans épidémie, mais avec des taux de décès plus élevés. Les maladies non transmissibles au premier rang des problèmes de santé publique sont les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète sucré, les cancers, l'asthme et la drépanocytose. On note cependant que les cas signalés de diabète et d'hypertension sont en augmentation. Il existe par ailleurs de grandes différences régionales au plan des facteurs liés à une bonne santé, qui sont généralement plus défavorables dans le nord et le centre du pays et parmi les populations rurales. Par conséquent, le défi que doit relever le GoG est celui de la réduction des inégalités au plan des résultats cliniques ou issues sanitaires, grâce à la réduction des disparités géographiques d'accès aux soins de base de qualité et à une plus grande efficacité dans la dispense des services au niveau des districts, avec une attention particulière aux régions pauvres et mal desservies.

2.2. Le cadre de stratégie sanitaire

2.2.1. Aujourd'hui, la vision stratégique dans le domaine de la santé est axée sur l'amélioration de la situation sanitaire générale et à la réduction des inégalités en matière de santé au Ghana. Le deuxième Programme de travail quinquennal pour le secteur de la santé (2002-2006) - «*Partenariats pour la santé : réduire les inégalités*» - qui représente la deuxième phase de l'ASG, fait partie intégrante de la stratégie de réduction de la pauvreté du GoG. Comme cette stratégie, le Programme reconnaît l'importance cruciale pour la réduction de la pauvreté d'une amélioration de la santé des pauvres, car la mauvaise santé est à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté. Malgré les progrès enregistrés à l'aune des indicateurs majeurs de la santé lors de la mise en œuvre du dernier Programme quinquennal de travail, le nouvel axe de la politique sanitaire insiste particulièrement sur l'engagement renouvelé de réaliser une progression mesurable du niveau de santé national en s'attaquant aux inégalités de résultats. L'ensemble des interventions recensées par le GoG et les partenaires au développement seront concrétisées en utilisant cinq critères de performance intermédiaire déterminants, qui serviront de piliers. Ces critères sont : **élargir l'accès, améliorer la qualité, améliorer l'efficacité, recourir au partenariat** et à la coopération, et **augmenter la mobilisation des ressources**. Le Programme fait fonction de plan pour tout le secteur de la santé et décrit plus en détail les activités de santé financées sur ressources publiques, notamment celles de l'État central, celles financées par les donateurs et celles générées au plan interne. Il couvre à la fois les prestations de services actuelles et les nouvelles initiatives. Les modalités du Programme se retrouvent dans les programmes de travail et les budgets annuels encadrés par la GPRS et la stratégie à moyen terme révisée pour la Santé (MTHS).

2.2.2. Les critères de performance ci-dessus fonderont les interventions conçues dans le cadre de la MTHS en mettant l'accent sur le développement de systèmes à travers une approche sectorielle globale (ASG). Ce processus vise une approche plus cohérente et mutuellement plus solidaire dans les questions opérationnelles comme en politique sanitaire, prévoyant notamment des mesures qui conduisent à des procédures unifiées de planification, d'exécution et de suivi.

2.2.3. Au cours de l'exécution du premier Programme quinquennal de travail (1997-2001), les bailleurs et le MdS sont parvenus à un accord pour prendre, dans la mesure du possible, des dispositions d'exécution communes en ce qui concerne la planification et la budgétisation, et l'exécution, notamment à ce niveau pour l'acquisition des travaux de génie civil, des biens et de l'assistance technique, ainsi que la gestion financière (décaissement et gestion des fonds, comptabilité et audit, et rapports de progression). L'appui des partenaires au développement prend la forme d'appuis budgétaires et de projets d'investissement gérés par le ministère de la Santé dans le cadre du Cadrage des dépenses à moyen terme du ministère des Finances.

2.2.4. Les enseignements tirés de l'exécution du premier Programme quinquennal de travail ont conduit à renforcer l'accent stratégique que place le deuxième Programme quinquennal sur la garantie d'accès aux soins, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité, la promotion de partenariats et l'amélioration des finances. A cet égard, les services de santé dans les régions et les districts poursuivront leurs programmes d'assurance-qualité en assurant à tous des prestations de santé générales de qualité, abordables et accessibles, tout en coopérant avec les autres partenaires et en maintenant les niveaux d'efficacité de leurs prestations.

2.3. Organisation des services de santé

2.3.1. Le système de soins de santé au Ghana présente trois niveaux de structuration : les soins primaires, secondaires et tertiaires. Tous ces niveaux reliés les uns aux autres forment un réseau d'aiguillage des patients qui part des centres de santé ruraux au niveau des villages. 58 hôpitaux dans tout le pays sont placés sous la tutelle du MdS et assurent l'infrastructure sanitaire des dix régions du pays, qui se subdivisent en 110 districts au total. Ces établissements comprennent deux centres hospitaliers d'enseignement, huit hôpitaux régionaux, 38 hôpitaux de district et dix hôpitaux spécialisés. Le MdS, en plus des hôpitaux, fait fonctionner 82 centres de santé, 139 cliniques (centres de SMI et PF) et 190 postes sanitaires ruraux. Les missions religieuses gèrent au total 35 centres de santé dans tout le pays.

2.3.2. Au plan opérationnel, le ministère exerce ses fonctions de direction à trois niveaux –le niveau central ou national, celui des régions et celui des districts. La prestation de soins de santé au Ghana relève de la responsabilité du Conseil national du service de santé du Ghana (GHSC), qui réunit des représentants des principales parties intéressées dont les associations professionnelles, et qui a à sa tête un directeur général. Aux niveaux des régions et des districts, des Commissions de gestion sanitaire ont été établies. Elles sont chargées de la gestion d'ensemble des services de santé dans leurs zones respectives. Le MdS a la charge de la planification, de la mobilisation des ressources et des décaissements pour le secteur, du développement des ressources humaines, du suivi et de l'évaluation de la performance d'ensemble du secteur, de l'établissement de ses normes et directives, de la supervision, de l'appui technique et de la mobilisation des ressources.

2.3.3. Au niveau du district, la Commission de gestion sanitaire est composée du personnel de santé le plus ancien de l'hôpital du district, d'un(e) représentant(e) de l'Assemblée du district, d'un représentant de chacun des deux principaux groupes religieux, du secteur privé, des assemblées traditionnelles et de deux autres membres de la communauté dont au moins une femme. Au niveau régional, la répartition de la représentation est similaire. Une Équipe de gestion sanitaire du district (DHMT) a été créée dans chaque district. L'équipe rassemble les chefs de service de l'hôpital de district, qui sont chargés de superviser tous les services de santé au niveau du district et de mettre en œuvre les plans et politiques sanitaires.

La décentralisation

2.3.4. Dans le cadre de sa politique de réforme du secteur sanitaire, le GoG a lancé un programme de décentralisation axé sur la gestion politique, administrative et budgétaire des partenariats public et privé intervenant dans la prestation de soins et la promotion économique. L'objectif ultime du gouvernement est de transférer la prestation de soins du niveau national au niveau du district. Les services et fonctions sanitaires au Ghana ont été décentralisés. Les prestations de santé sont données à quatre niveaux : les centres de santé, les hôpitaux de district, les hôpitaux régionaux/de réception des patients acheminés et les hôpitaux nationaux de réception, le public et le secteur privé étant les principaux dispensateurs de soins.

2.3.5. Il a été créé des centres de gestion budgétaires pour promouvoir une décentralisation financière plus poussée au niveau des districts et pour améliorer à la fois l'accès des usagers aux services et l'implication de la communauté dans la planification et la prestation des services. Le MdS fait fonctionner, à la base du système de santé, un ensemble de postes et centres sanitaires dotés de personnels professionnels et auxiliaires dont le rôle est d'être le premier point de contact des malades. Les cas compliqués sont aiguillés sur les hôpitaux de district en première phase, puis vers les hôpitaux régionaux, d'enseignement ou spécialisés selon la complexité croissante du cas.

2.3.6. L'État a donc établi 110 Assemblées de district, 1 306 Conseils urbains, de zone et de ville, ainsi que 16 000 commissions unitaires. Une part substantielle des pouvoirs financiers et politiques leur a été transférée. Dans le passé, l'absence d'une séparation nette entre l'autorité centrale des Services de santé du Ghana et les hôpitaux d'enseignement médical au sommet de la pyramide d'aiguillage a entraîné une confusion des rôles et la méfiance mutuelle au niveau secondaire de prise en charge. L'autonomie du secteur de santé dans ses rapports avec les nouvelles collectivités décentralisées de district a été renforcée par des dispositions juridiques. Les nouvelles relations qui s'instaurent entre les Commissions sanitaires de district et les Assemblées les ont contraint à élaborer des plans sanitaires de district qui prennent en compte les priorités de la décentralisation. Le MdS produit en permanence des directives destinées à améliorer la collaboration avec les autorités locales, spécialement au niveau du district, et de nouvelles dispositions institutionnelles aideront à renforcer les systèmes administratifs défaillants et à élaborer, en l'encadrant, une politique d'aiguillage des patients vers des établissements privés comme publics, sur la base de la vision stratégique qui fait des systèmes sanitaires renforcés de district le support de l'offre à tous de soins de base et de qualité.

2.4. Le personnel du secteur de la santé

2.4.1. Le Ghana dispose de 29 établissements de formation sanitaire, trois écoles de médecine et neuf établissements de formation paramédicale sous la tutelle du MdS, neuf sous celle de l'Enseignement supérieur et huit qui appartiennent à des organisations non gouvernementales. Une centaine de médecins diplômés sortent des écoles de médecine chaque année, et la politique favorisant les candidatures aux écoles d'infirmiers a été couronnée de succès pour les infirmier(ères) diplômé(e)s, car le nombre d'élèves a été multiplié par quatre sur les cinq dernières années. Il n'empêche, les établissements de formation médicale sont sous-utilisés, les taux de déperdition sont élevés, et beaucoup de diplômés décident de ne pas travailler dans le secteur sanitaire. Conséquemment, le secteur ne reçoit qu'un nombre suffisant tout juste à remplacer les départs naturels. Le secteur sanitaire est confronté à un sérieux problème de pertes des effectifs de travailleurs en raison de l'émigration. Une étude récente (2001) révèle que 298 (61 %) des 489 médecins sortis diplômés sur une période de dix ans (1985-95) ont quitté le pays. Une perte de plus de 400 infirmier(ère) s a été signalée pour la seule année 2000, et des données anecdotiques font penser que 40 pour cent au moins de tous les étudiants diplômés en médecine ont quitté le pays. Il est nécessaire, pour le renforcement des services de santé de district et de leurs subdivisions, de mettre davantage l'accent sur les cadres aux niveaux inférieurs, les soins de base étant moins affectés par la fuite des cerveaux.

2.4.2. Un nombre estimatif de 13 400 médecins, infirmiers et infirmières d'état sont inégalement répartis dans tout le pays, les zones urbaines étant privilégiées. Le secteur privé et le secteur missionnaire compte un nombre supplémentaire de 570 médecins. Les deux centres hospitaliers universitaires (Korle Bu et Komfo Anokye), emploient à eux seuls plus de 45 % des médecins du pays alors que les trente hôpitaux de district en ont moins de 15 %. La partie sud du pays, où se concentrent les infrastructures sociales, attire la plus grande partie du personnel de santé qualifié, diminuant ainsi d'autant les possibilités d'assurer une meilleure disponibilité des soins de santé dans les zones rurales où vit plus de 65 % de la population. La qualité de la prestation des soins à ce niveau est en outre compromise par les insuffisances professionnelles du personnel en ce qui concerne la gestion de la santé maternelle et infantile, la faible maîtrise par les sages-femmes des techniques de réanimation, la mauvaise tenue des dossiers pour les consultations prénatales, et l'absence de soins de suivi post natal des femmes.

2.5. Le financement des services de santé

2.5.1. Les soins de santé au Ghana, dans le cadre de l'ASG, sont financés par l'État, les bailleurs, les ONG, les employeurs, les tarifs payés par les usagers et les œuvres de bienfaisance. Les dépenses de l'État et des bailleurs, selon les estimations, constituent 67 % des dépenses effectuées par habitant, le reste étant assuré par le secteur privé. Le cadre de financement du deuxième Programme quinquennal de travail prévoit une enveloppe indicative de 400 millions de dollars E.-U., qui comprend une dotation publique de 15 millions de dollars E.-U. au total sur le quinquennat. Les dépenses de santé en pourcentage du budget national total ont régulièrement augmenté, passant de 6,3 % en 1997 à 9,0 % en 2001, ce qui représente 1,6 % du PIB. Les charges récurrentes du MdS en pourcentage du total des charges de fonctionnement du GoG ont connu une augmentation remarquable (tableau 2.1.), de 7,0 % en 1996 à 11,4 % en 2000 à la suite de l'introduction d'un nouveau système de gestion financière pour l'ASG, prévu par le premier Programme quinquennal de travail en 1997.

Tableau 2.1
Dépenses et financement des soins de santé (1996-2001)
(en milliards de Cedis)

Source de financement	Année					2001(3 trimestres)
	1996	1997	1998	1999	2000	
Dotation budgétaire MdS	125,5	139,5	195	233,2	356,3	282,2
Financement interne (règlements des usagers)	9,1	27,7	33	47,6	72,2	86,9
Bailleurs de fonds	62,2	56,7	55,2	89,1	183,8	126,4
Total	295,8	325,5	360,2	397,7	644,0	49,5
Indicateurs						
% ch. récurrentes MdS/ch. récurrentes GoG (étroit)	7,0	8,4	8,7	9,5	11,4	n.d.
% MdS investissements/ investissements GOG	4,6	4,8	3,2	2,1	1,9	n.d.
% total MdS/total MdS	4,9	5,2	6,2	5,9	7,5	n.d.
% charges récurrentes/total MdS	49,6	56,0	71,7	84,0	83	n.d.
% financement usagers/total MdS	9,2	8,5	9,2	11,4	11,2	n.d.
% total MdS intérieur/PIB	1,3	1,2	1,3	1,4	1,6	n.d.
Total MdS par habitant (\$ US) (hors financements extérieurs).	4,62	4,18	4,93	4,82	4,29	n.d.
Total MdS par hab. (\$ US) (financement ext. Inclus).	10,16	8,14	7,81	6,83	6,44	n.a.

Sources : Mick Foster et autres, 2000, état financier 2000 du ministère de la Santé, Rapport financier du 30/9-01 pour le ministère Santé.

Note : Seules les ¾ des dépenses pour 2001 ont fait l'objet d'un rapport. La baisse des dépenses en dollars par habitant est due à la chute du taux de change.

2.5.2. Toutefois, des projections simples à partir des données financières des trois premiers trimestres de 2001 font penser à une baisse à la fois des dépenses de santé en pourcentage de la totalité du budget national et des pourcentages des charges récurrentes du MdS. L'explication probable en est pour partie les données lacunaires concernant les aides des bailleurs au titre de l'ASG, qui ne sont enregistrées qu'en fin d'année. C'est vraisemblablement aussi l'explication du bas niveau des dépenses d'investissements. Les dépenses de santé par habitant ont aussi décliné de 1999 à 2000, en partie à cause de l'effondrement du taux de change. Pendant cette période, le taux de change du cedi s'est déprécié de plus de 100 %. En cedis, la croissance réelle des dépenses de soins de santé a été plus forte que le taux de croissance démographique. Par ailleurs, en mars 2002, le gouvernement du Ghana atteignait tous les seuils numériques lui permettant d'aboutir au point de décision PPTE. La stabilité macroéconomique ainsi que ses politiques budgétaire et monétaire austères ont amené le taux de croissance réelle du PIB à 4,1 % (2001) en faisant descendre les taux d'inflation à 21 % (2002). L'allègement de la dette libère davantage de ressources à consacrer à la réduction de la pauvreté. Et selon les projections, après avoir pris en compte les ressources épargnées sous l'initiative PPTE, la part relative des dépenses publiques consacrées aux services sociaux s'élèvera à 31 %, et elle sera accompagnée d'une augmentation d'au moins 9 % de la part de l'État à l'enveloppe budgétaire de fonctionnement pour le secteur sanitaire. Les apports de fonds des bailleurs restent néanmoins nécessaires pour financer les objectifs énoncés par la Vision 2020 pour le Ghana, qui constitue la stratégie encadrant le développement national à long terme du pays, et qui prévoit de réduire les disparités d'accès aux services essentiels.

2.5.3. Dans un effort concerté pour accroître la mobilisation des ressources sous l'ASG, le GoG a introduit la tarification des services aux usagers, sous la dénomination officielle de Fonds générés au plan interne (IGF), dans l'ensemble des hôpitaux et cliniques d'État, en vue d'augmenter la disponibilité des produits pharmaceutiques et d'assurer un meilleur entretien à tous les niveaux. L'utilisateur paie le prix de la prescription plus une marge au Fonds renouvelable pour les produits pharmaceutiques mis en place dans les cliniques et hôpitaux d'État, ce qui augmente la quantité de produits pharmaceutiques disponibles à tous les niveaux de service. Les recettes générées par ces tarifs modérateurs dans les établissements sanitaires fournissent des ressources complémentaires pour l'acquisition de médicaments, de fournitures médicales et de services d'entretien. De 1997 à 1999, la contribution des tarifs-usagers aux dépenses totales pour la santé a été de 9,5 %. Dès l'an 2000, le financement des interventions sanitaires prioritaires dans le cadre de l'ASG à partir des recettes provenant des tarifs-usagers (financement IGF) avait plus que doublé et atteignait 11,2 % des dépenses totales en soins de santé. Ces volumes de recettes sont relativement importants pour le fonctionnement des établissements de santé, particulièrement aux premiers niveaux de soins, là où les fonds sont prélevés pour aider au financement des charges récurrentes de la prestation de services.

2.5.4. Pour que la tarification des services aux usagers ne devienne pas une barrière financière pour les pauvres, il est urgent d'institutionnaliser des dispositifs de protection et d'assurer une gestion opérationnelle efficace. En raison du progrès notable réalisé dans le cadre de l'approche sectorielle globale du secteur de santé, la stratégie gouvernementale de réduction de la pauvreté (GPRS) s'est traduite par l'engagement du ministère des Finances à augmenter la dotation en ressources du ministère de la Santé, et par une nouvelle répartition des ressources au sein du ministère en faveur des régions défavorisées. Dans le cadre du deuxième Programme quinquennal de travail, le gouvernement est décidé à éliminer les barrières financières aux prestations de santé que présentent les paiements en numéraire aux points de service. En conséquence, le GoG et les partenaires au développement se sont engagés à développer des dispositifs de paiement anticipé pour répondre aux besoins des pauvres et des groupes vulnérables, à passer en revue le dispositif d'exemption pour rendre plus accessibles les services de santé, à promouvoir un environnement réglementaire adapté à l'assurance médicale, à améliorer les protocoles de soins cliniques et les pratiques gestionnaires et à encourager un meilleur respect des règles par les prestataires de soins vis-à-vis des usagers indépendamment de leurs capacités de paiement.

2.6. Intervention des organismes de bailleurs dans le secteur de la santé

2.6.1. La priorité du développement national est de réduire les inégalités entre les zones urbaines et rurales en matière d'obtention de services de santé de base, en améliorant la capacité fonctionnelle des établissements de santé publique à fournir des soins de santé complets et de qualité. A cet égard, le GoG et ses partenaires au développement ont adopté l'ASG en tant que moyen d'exécuter le Programme quinquennal de travail. Le GoG, les partenaires au développement et les autres parties prenantes pourront ainsi travailler collectivement et en étroite coopération dans un cadre de développement d'ensemble cohérent. Tout en comptant que tous les apports des bailleurs seront progressivement intégrés et orientés à travers les appuis budgétaires, le Gouvernement ghanéen a choisi une approche souple pour donner le temps aux partenaires de s'adapter aux nouvelles dispositions. Par suite, le financement du Programme quinquennal se fait sous forme d'appuis budgétaires et de projets d'investissements. Le Programme de travail sera exécuté selon un processus

dynamique qui comporte en permanence l'affinement des besoins définis, l'ajustement des interventions, des coûts estimatifs ainsi que de la fourniture de ressources destinés aux besoins de développement des services de santé. Le tableau ci-après présente un résumé indicatif d'une sélection de financements en cours accordés par les bailleurs pour le secteur.

Tableau 2.2
Contributions des bailleurs à l'ASG du Ghana pour l'année 2000
(en millions de dollars E.-U.)

S/N	Bailleur	Fonds de santé millions \$ EU	Financements liés aux projets millions \$ EU	Total Millions \$ EU	Domaines appuyés
1	OMS	0	2,443	2,443	Faire reculer le paludisme, PEL & NDI.
2	BADEA	0	0,750	0,750	Consultants pré-passation contrat, génie civil, et formation
3	ACDI	0	0,400	0,400	Projet ouest-africain de lutte contre le VIH/sida
4	DANIDA	4.357	1,814	6,171	
5	DFID	11.550		11,550	
6	Gouvernement Pays-Bas	1.500	1,750	3,250	Financement de la santé aux plans régional et du district
7	Union européenne	2.310	3,630	5,940	Acquisition d'équipements, et d'assistance technique pour la lutte contre le VIH/sida.
8	GTZ	0	0,400	0,400	Programme régional de SSP
9	JICA	0	3,730	3,730	NID (vaccin polio) ; Elabor. système de formation sur site.; formation
10	FND	0.500	2,380	2,880	Réhabilitation des CMS et des MS régionaux ; AT ; équipements médicaux et fournitures ; Planification des investissements .
11	OPEP	0	0,500	0,500	Développement des SSP, y compris travaux de génie civil.
12	Plan International	0	0,450	0,450	Survie de l'Enfant ; SSP y compris Service de santé scolaire ; Eau et assainissement (appui indirect à la santé).
13	FNUAP	0	1,200	1,200	Contraceptifs et équipements de santé génésique.
14	UNICEF	0	2,000	2,000	Programme nutritionnel ; moustiquaires ; alimentation en eau dans les zones endémiques du ver de guinée.
15	USAID	0	1,000	1,000	Micronutriments ; planification familiale VIH/MST ; survie de l'enfant ; lutte contre les pathologies, etc.
16	BIRD	7,000	0	7,000	

Source : Ministère de la Santé , Accra, année 2001.

2.6.2. Dans l'esprit des dispositions de l'ASG, un certain nombre de bailleurs, à savoir la Banque mondiale, le Dfid, DANIDA, le FND, le gouvernement néerlandais et l'Union européenne ont fait passer tout ou partie de leurs appuis au secteur pour 2002-2006 par le budget central. D'autres partenaires, tels la Banque africaine de développement, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, la GTZ, l'USAID, le FAD et JICA financent des projets en cours, étudient l'éventualité d'appuis budgétaires ou préparent de nouveaux projets dans des domaines tels que la santé génésique, le VIH/sida, la santé de base, le développement des ressources humaines, le renforcement des capacités, le système de gestion des informations sanitaires, et la gestion des produits pharmaceutiques. Les interventions des bailleurs comprennent des appuis budgétaires périodiques et des financements sur projets qui transitent par le MdS, les districts et les ONG. Les partenaires au développement doivent autant que possible synchroniser leurs propres procédures de revue et de suivi avec celles qui ont été établies pour surveiller l'exécution du Programme de travail.

2.7. Rôle des bailleurs dans le deuxième Programme de travail quinquennal (2002-2006)

2.7.1. Les partenaires au développement financent 48 % de la totalité des coûts du Programme de travail pour le secteur sanitaire. Les principaux bailleurs, c'est-à-dire que mondiale, le DfID, les Pays-Bas, le FAD et DANIDA fourniront ensemble plus de la moitié de l'aide extérieure. Le tableau 2.3. présente les montants indicatifs des appuis des bailleurs au deuxième Programme quinquennal de travail dans le cadre de l'ASG. Le financement du Programme quinquennal se fait sous forme d'appuis budgétaires et de projets d'investissements. Tout en comptant que tous les apports des bailleurs seront progressivement intégrés et orientés à travers les appuis budgétaires, le gouvernement ghanéen a choisi une approche souple pour donner le temps aux partenaires de s'adapter aux nouvelles dispositions. Le Programme de travail sera exécuté selon un processus dynamique qui comporte en permanence l'affinement des besoins définis, l'ajustement des interventions, des coûts estimatifs et de la fourniture de ressources pour les besoins de développement des services de santé.

Tableau 2.3
Montants indicatifs alloués par les bailleurs au deuxième
Programme de travail quinquennal (2002-2006)
(en millions de dollars E.-U.)

	2002	2003	2004	2005	2006	Total POW II
DFID	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	71,5
Banque mondiale	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	50
Danida	6,3	5,8	8,6	8,6	8,6	37,9
OMS	10	10	10	10	10	50
Pays-Bas	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	30
USAID	5	5	5	5	5	25
UNICEF	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	20
JICA	4	4	4	4	4	20
UE	3	4	4	4	4	19
FAD/FAT	0	5	6	4	4	21
GAVI	3,26	3,26	3,26	3,26	3,26	16,3
FND	2	3	4	4	2	15
FNUAP	3	2	2	2	2	11
PNUD	1	1,5	1,5	1,5	1,5	7
Gouvernement ghanéen	63	71	80	91	103	410
Total indicatif engagements	128,86	148,86	162,66	171,66	244,18	856,21
Total des coûts estimatifs	140,00	178,18	212,14	227,31	244,18	1 002,46

Source : Données du deuxième Programme de travail quinquennal (2002-2006)

Note : a) DFID fournira annuellement 1 million de livres sterling en plus de l'acquisition de préservatifs, b) L'UE compte fournir, en appui budgétaire global, 50 millions d'euros, dont une partie pourrait être allouée au MdS ; en plus, l'UE assurera une assistance technique au secteur de la santé,

Partenariat pour le développement

2.7.2. Comme indiqué ci-dessus, la contribution des partenaires au développement au deuxième Programme quinquennal de travail pour le secteur sanitaire s'inscrit dans une définition large du secteur sanitaire, qui englobe les services de santé publique, les prestataires traditionnels et non-étatiques, la société civile, les groupes communautaires et tous les

partenaires au développement. Ces partenaires ont tous un rôle à jouer pour assurer une meilleure santé à tous les Ghanéens. Les interventions des bailleurs consistent en appuis budgétaires renouvelés et/ou projets d'investissement. Tous les principaux partenaires (tableau 2.2.) se sont engagés à accorder un appui à l'ASG de santé en finançant des domaines prioritaires du deuxième Programme quinquennal de travail.

2.7.3. Le PNUD est d'autant mieux en mesure d'aider au renforcement des capacités de planification et de gestion des interventions sanitaires à tous les niveaux qu'il soutient depuis longtemps, par le canal de son Cadre de coopération-pays (CCF-II) pour le Ghana (2002-2006), des activités de création de capacités de gestion en vue de la réduction de la pauvreté, de la consolidation d'une gouvernance démocratique et d'une meilleure gestion de l'environnement. L'appui aux dispositifs de gestion des structures publiques est assuré par une assistance technique mise à disposition pour effectuer les transferts de savoir-faire, ainsi que par la formation des personnels et des accords contractuels passés avec le personnel spécialisé national. L'objectif est de contribuer à la réduction de la pauvreté en rendant possible une gestion améliorée des services publics. Un Accord pour des services gestionnaires conclu avec la Banque mondiale est en voie de finalisation : il porte sur l'exécution des composantes principales d'un ambitieux programme de réforme de la gestion des finances publiques. Des relations sont nouées avec la Fondation africaine pour le développement des capacités en Afrique pour l'exécution d'un programme d'actions destinées à renforcer les capacités de la société civile. Ces domaines reflètent les priorités énoncées par le PRSP et par le deuxième Programme quinquennal de travail pour le secteur sanitaire. L'appui du PNUD à la création de capacités de gestion dans le secteur de santé a été conçu pour tirer parti des relations et des synergies entre activités au sein de l'ASG ainsi que du deuxième Programme quinquennal de travail. L'attention se focalisera sur le renforcement institutionnel de la gestion de l'aide au développement au niveau des structures centrales comme au niveau des districts.

3. LE SOUS-SECTEUR SANITAIRE

Au Ghana, les services de santé au niveau du district constituent un chaînon vital dans la prestation de soins de santé primaires de qualité. L'évaluation du projet est basée sur les domaines identifiés comme prioritaires par le GoG dans le contexte du deuxième Programme quinquennal de travail pour le secteur sanitaire (2002-2006) et de la stratégie GPRSP. Le projet est aussi appuyé par une étude d'investissement financée par le FAD. Un accent particulier est mis dans le Programme de travail et la GPRSP sur la réduction des écarts inéquitables en matière d'accès à des soins de santé de qualité, et il se concentre sur : i) le relèvement de l'allocation en ressources qui cible les zones et les groupes pauvres dans les zones défavorisées et difficiles d'accès telles que les districts d'Amansie et de Wassa West ; ii) l'efficacité accrue de la prestation de services ; et iii) l'amélioration de la gestion des ressources au profit du développement sanitaire national.

3.1 Les services de santé de district

3.1.1. Le système de prestation de soins de santé au Ghana est structuré sur le modèle habituel d'orientation des usagers des postes de santé ou cliniques rurales sur les centres de santé, les hôpitaux de district, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux d'enseignement médical. Les hôpitaux de district en tant qu'infrastructures ne sont plus capables de prendre en charge les cas de patients qui leur sont envoyés par les établissements SSP existants. Le ministère de la santé est particulièrement préoccupé par la nécessité de renforcer les capacités de service

des hôpitaux de district existants, dont beaucoup desservent deux districts ou davantage et une population de plus de 400 000 habitants. Au niveau du district, les centres de santé, dont le personnel est constitué d'un(e) aide-infirmier(ère), sont le premier point d'entrée dans le système de santé. Établis au niveau des villages, ils assurent des services de base aux patients qui viennent en consultation externe.

3.1.2. Il existe actuellement 38 hôpitaux de district qui sont les principaux centres d'aiguillage des SSP pour 110 districts, c'est-à-dire qu'un hôpital de district couvre trois districts. Chaque circonscription hospitalière dessert une population de plus de 200 000 personnes sur deux ou trois districts voisins. Au niveau du district, il existe par conséquent de grandes inégalités d'accès aux soins de santé primaires de qualité. On estime qu'à ce niveau moins de 27 % de la population a accès aux soins de santé primaires de qualité. La mauvaise situation sanitaire s'explique principalement par l'absence d'accès géographique à ces soins pour les groupes les plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants et les pauvres. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile, d'un niveau inacceptable, les espacements courts entre les naissances, et le grand nombre d'enfants soulignent l'importance de développer l'accès aux services de SMI/PF et de transfusion sanguine.

3.1.3. Dans la plupart des districts, ce réseau d'établissements a pour complément des hôpitaux régionaux qui sont censés desservir des populations pouvant atteindre 1 000 000 de personnes. Le deuxième Programme quinquennal de travail a dégagé la nécessité urgente de renforcer une huitaine de districts pauvres et mal desservis sur la période de planification prévue. Les deux hôpitaux de district (Bekwai et Tarkwa) proposés au présent projet figurent dans ce nombre. Ils sont actuellement tous deux situés dans des quartiers surpeuplés de leurs capitales de district, respectivement à Amansie East (région Ashanti) et Wassa West (région occidentale). Les deux hôpitaux de district de Berkwai et de Tarkwa sont aujourd'hui dans un état de délabrement avancé. Une mission diagnostic récente indique qu'il serait nettement préférable, sous le rapport coût-avantages, de déplacer ces deux établissements vers de nouveaux sites plus proches du centre démographique de la population de leurs circonscriptions hospitalières respectives.

3.1.4. L'obtention de soins de santé primaires de qualité au niveau du district est sérieusement compromise par l'insuffisance de personnel correctement formé, par la mauvaise gestion, par des établissements d'acheminement SSP médiocres, sous-financés, mal équipés et mal situés, par une maintenance approximative des équipements médicaux et des infrastructures, avec concomitamment un faible niveau de couverture des services de santé de base. La situation est aggravée par les insuffisances des services d'appui essentiels tels les laboratoires, le diagnostic, la radiologie et la transfusion sanguine, ainsi que par l'indisponibilité d'équipements, de médicaments et d'autres fournitures médicales essentielles. Une grande partie des équipements médicaux au niveau des districts est obsolète. D'où la grande difficulté à trouver les pièces détachées appropriées lorsqu'il faut les réparer. Les équipements fondamentaux pour effectuer des prestations spécialisées comme en odontostomatologie ou en ophtalmologie sont en nombre très limité. De façon générale, il est indispensable d'améliorer les systèmes de maintenance préventive et réparatrice des infrastructures et de l'équipement médical.

3.1.5. Afin que l'assistance aide à combler les écarts d'accès aux soins de santé de qualité et aussi à renforcer l'efficacité des services effectués, le MdS a demandé aux partenaires de développement de centrer leurs concours sur les districts pauvres et mal desservis. Cette approche est conforme au programme de développement arrêté par l'État

dans le cadre de l'approche sectorielle globale, et constitue un volet majeur du deuxième Programme quinquennal de travail (2002-2006). Elle a répondu à la nécessité d'élaborer une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité, spécialement pour les pauvres, notamment en construisant des savoir-faire et des systèmes qui répondent plus concrètement à leurs besoins, et en engageant les communautés pauvres à affronter les barrières à l'accès. Ses caractéristiques majeures comprennent une coopération étroite avec les autres partenaires au développement au plan de l'exécution, ainsi que le renforcement du rôle de l'État dans la coordination plus efficace des ressources des bailleurs.

3.1.6. En conséquence, l'Aide au développement autrichienne, l'OPEP, et la République fédérale de Chine aident au renforcement du système d'aiguillage SSP au niveau des districts, par la construction et l'équipement d'hôpitaux de district, et par le développement des ressources humaines sanitaires des districts dans quatre sur les six districts pauvres et mal desservis que le Programme de travail a identifiés. Les autres partenaires au développement, comme l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS, le Plan international, l'ONG Save the Children au Royaume-Uni et aux Etats-Unis apporteront également un appui à ce niveau sous la forme d'investissements dans la lutte contre les maladies endémiques, la construction de 50 nouveaux centres de santé et la réhabilitation de 250 autres centres, la formation du personnel des centres de santé et l'envoi d'une assistance technique pour améliorer la prestation des services dans les centres de six districts prioritaires identifiés par le deuxième Programme quinquennal de travail.

Développement des ressources humaines au niveau des districts

3.1.7. Le déséquilibre et l'insuffisance des qualifications du personnel de santé dans les établissements publics constitue un obstacle capital à l'efficacité recherchée des services de santé de district. Il en est résulté que la plupart des services de santé de district sont gérés par des travailleurs non qualifiés. Les travailleurs sanitaires n'ont pas les connaissances pratiques en gestion de cas qu'il faut pour pouvoir lutter efficacement contre des maladies endémiques de la pauvreté comme le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, et les maladies diarrhéiques, qui sont responsables de plus de 60 % de la charge de morbidité, particulièrement chez les démunis. Par conséquent, l'appui opérationnel aux activités de soins de santé primaires au titre du présent projet consiste en actions concertées par tous les partenaires en vue de briser le cycle de la pauvreté, de la maladie et des pathologies transmissibles, grâce à la formation du personnel de santé aux techniques de réanimation, à la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, et à la gestion de cas pour les maladies endémiques. Le tableau 3.1 ci-après présente le personnel de santé des deux districts recommandés en vue d'un financement du FAD.

**Tableau 3.1.
Répartition du personnel de santé dans les deux districts**

District	Médecins	Assistants médicaux	Infirmiers	Paramédicaux	Autres personnels	Volontaires	Total
Amansie East	2	3	295	66	29	39	304
Wassa West	3	2	370	79	33	36	643
Total	5	5	665	145	52	75	947

Source : Rapport annuel 2001 du ministère de la Santé

3.1.8. Les facteurs qui influencent les difficultés de déploiement et de rétention dans le métier des personnels de santé sont l'absence de logements, les bas salaires, l'insuffisance des incitations institutionnelles telles les profils de carrière et les possibilités de formation

complémentaire, auxquels s'ajoute, facteur aggravant, la médiocre gestion des ressources humaines, avec pour aboutissement la qualité médiocre des soins de santé effectués. Comme solutions aux problèmes ci-dessus, le GoG a entrepris d'exécuter ce qui constitue un des piliers majeurs du GPRS et du deuxième Programme quinquennal de travail, c'est-à-dire un programme de développement des ressources humaines dont l'objectif est de garantir la disponibilité de personnels sanitaires correctement formés, en particulier pour les régions et districts défavorisés, en leur offrant des prêts à des conditions douces, des logements et des opportunités d'évolution professionnelle, ainsi qu'en décentralisant vers les régions la gestion des ressources humaines. Selon les prévisions, au terme de sa complète exécution, ce programme aura mis en place de meilleures conditions de travail pour le personnel de la santé en créant de meilleures incitations, ce qui à son tour devra se traduire par un relèvement des taux en personnel d'encadrement, qui devraient passer de 27 % aujourd'hui à 80 %. Le projet en outre permettra le renforcement des compétences techniques du personnel dans les deux districts en mettant en œuvre : une formation des cadres de médecine à la gestion des services de santé de district, une formation de renforcement des compétences en techniques de réanimation, SMI/PF, gestion de cas de maladies endémiques, PECIMI, IEC et en maintenance des investissements de santé au niveau du district.

VIH/sida

3.1.9. Le Programme national de lutte contre le sida (NACP) évalue à 5 % le taux de séropositivité du groupe d'âge 15-45 ans. Plus de 100 000 personnes et adultes vivent avec le VIH/sida, et l'on estime à 50 000 le nombre total de décès dus au Sida. La courbe de la pandémie est ascendante. Elle va aggraver la pauvreté et retarder la réalisation des objectifs nationaux de développement, en particulier au niveau des districts. Pour lui faire face, le gouvernement s'est engagé à renforcer le Programme de lutte dans le cadre du deuxième Programme quinquennal de travail. Les objectifs généraux sont la prévention de l'infection au VIH spécialement en ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant, et de mettre des soins de santé à la disposition des personnes vivant avec le VIH/sida et de leurs familles, avec un intérêt particulier pour les cas au niveau des districts. Un certain nombre de partenaires au développement, le DfID, DANIDA, l'OMS, le FNUAP et la Banque mondiale, ont déjà engagé des ressources dans l'exécution des actions prévues. Le présent projet apportera un complément de ressources aux efforts de lutte contre le VIH/sida dans les deux districts sous la forme de fournitures essentielles qui contribueront à réduire la transmission mère-enfant.

La maintenance

3.1.10. Résultats de deux projets de santé précédemment financés par le FAD, une section de maintenance préventive planifiée a été établie au MdS, et un système de maintenance préventive mis en place dans toutes les régions. Dans le cadre de l'ASG et des objectifs atteints par le premier Programme quinquennal de travail, les directeurs de domaines et le personnel d'entretien au niveau régional ont été formés. Au titre du deuxième Programme quinquennal de travail, ils ont pour rôle de fournir une assistance technique en procédant à l'élaboration d'un programme de maintenance des établissements sanitaires de district. Actuellement, les gestionnaires au niveau des établissements de district n'admettent pas le concept de maintenance préventive, qui n'apparaît pas dans les plans et budgets régionaux et de district. Les infrastructures et les équipements de santé au niveau des districts ne sont donc guère entretenus.

3.2 Les services de transfusion sanguine

3.2.1. Il y a une augmentation alarmante du nombre de mères qui meurent pendant l'accouchement en raison de l'absence de services de transfusion sanguine. Ce point constitue un problème majeur des soins de santé de base dispensés aux femmes que les établissements SSP dirigent sur des centres plus spécialisés, dans la perspective de la réalisation des objectifs d'une maternité sans risque et des actions touchant à la santé familiale, comme du programme national de lutte contre le VIH/sida. La disponibilité de services de transfusion approvisionnés en sang sécurisé, particulièrement dans les districts, constitue l'une des principales stratégies identifiées par le GoG pour parvenir à réduire la mortalité maternelle et infantile au cours du deuxième Programme quinquennal de travail.

3.2.2. Les services actuels de transfusion sanguine au Ghana ne peuvent fournir qu'environ un tiers du sang et des éléments sanguins nécessaires et même ainsi, dans des conditions peu sûres. Plus de 75 % du sang transfusé dans les zones rurales et plus de 50 % dans les zones urbaines est donné à des enfants de moins de cinq ans et à des femmes en âge de procréer (15-45 ans). En 2001, seuls 32 000 flacons de sang ont été recueillis en dépit de la croissance des besoins. Ce volume était très en deçà de la recommandation de l'OMS, qui estime que 5 à 15 flacons de sang sont nécessaires par lit d'hôpital de pathologie aiguë par an. Avec une moyenne de 6,7 flacons par lit, le Ghana aura besoin de 90 000 flacons par an. La plus grande partie du sang est utilisée pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer (15-45 ans). En 2000, 80 % de tout le sang disponible a été utilisé par deux des trois centres hospitaliers d'enseignement (centres hospitaliers d'enseignement de Korle-Bu et Tamale). Ce pourcentage est encore plus élevé dans les zones rurales. La principale cause de recours aux transfusions sanguines au Ghana est l'anémie, due à la forte perte de globules rouges, la baisse de la production ou l'augmentation de la destruction des globules rouges. Le sang transfusé est généralement du sang complet, en raison du manque d'équipements dans les centres régionaux pour préparer les produits sanguins. La seule centrifugeuse réfrigérée actuellement disponible pour les poches de sang, à Accra, est obsolète et souvent hors service.

3.2.3. Au Ghana, la qualité des méthodes employées, les procédures et les fournitures ne sont pas toujours conformes aux normes, d'où un danger réel de transfusion de sang contaminé. La plupart des donneurs sont des donneurs de substitution rémunérés (rémunérés par des relations de famille), ce qui accroît le risque de transfusion d'infections transmissibles. L'augmentation alarmante du nombre d'échantillons sanguins qui se révèlent séropositifs ou porteurs de l'hépatite B est un souci majeur pour ce qui concerne les services médicaux administrés aux femmes et aux enfants qu'envoient les établissements SSP. Il est donc d'une importance critique d'appuyer l'organisation, par le biais des services nationaux de transfusion sanguine, d'un système de transfusion décentralisé jusqu'au niveau du district.

3.2.4. Au Ghana, le sang collecté n'est soumis, d'ordinaire, qu'aux tests de détection des anticorps du VIH I et II et de l'antigène de l'hépatite B, mais pas de l'hépatite C ou de la syphilis. Le pays dispose au total de cinq centres de transfusion sanguine (BTS). Le siège des services nationaux de transfusion sanguine se trouve à Accra, et des services régionaux sont installés à Kumasi, Tamale, Sekondi/Takoradi, Ho et auprès des hôpitaux régionaux de la Volta. Ces cinq centres couvrent les régions du Grand Accra, de l'Ashanti, du Nord, de la Volta et de l'Ouest. Les fournitures limitées et irrégulières de réactifs et d'autres produits essentiels affectent la qualité du service. Les banques de sang des hôpitaux régionaux et de district ne sont pas équipées de groupes électrogènes de secours, et des coupures fréquentes

affectent la chaîne du froid. Les systèmes de communication sont défectueux, et le personnel est insuffisamment formé.

3.2.5. Le projet envisagé est centré sur l'augmentation du taux de couverture de districts jusqu'ici mal desservis en soins de santé de base et de qualité. Les ressources du projet serviront à relever ce taux de couverture dans les districts visés en améliorant l'accès des communautés aux services sanitaires de base. Les activités du projet sont le reflet des domaines prioritaires assignés à la GPRS ainsi qu'au deuxième Programme de travail quinquennal pour le secteur sanitaire. Elles ont été l'objet de discussions approfondies avec le MdS et les autres partenaires majeurs du secteur. En coopération avec l'État, un certain nombre de partenaires, tels la Banque mondiale, DANIDA, le Dfid, le gouvernement néerlandais et l'Union européenne ont déjà engagé des ressources pour financer les activités du Programme de travail.

4. LE PROJET

4.1 Conception et formulation du projet

4.1.1. L'évaluation du projet FAD/FND, qui est fondé sur l'approche ASG, a été faite au moment où le GoG présentait la GPRS à la 11^e réunion du Groupe consultatif à Accra. Tenant compte de la nécessité de consolider les gains réalisés avec le premier Programme quinquennal de travail (1997-2001) et d'appliquer les enseignements qui en ont été tirés au traitement des problèmes majeurs dont souffre le secteur de la santé, le GoG a élaboré un deuxième Programme de travail quinquennal pour la période 2002-2006, qui vise à réduire les inégalités en matière de santé entre le Nord et le Sud, entre les zones rurales et urbaines, ainsi que celles qui sont liées au genre, au niveau d'éducation et aux handicaps. En vue de réaliser ces objectifs, l'appui financier du FAD au secteur sera destiné à assurer un meilleur accès géographique aux soins de santé de base par la réhabilitation, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et fournitures médicales, les investissements dans les infrastructures, le développement des ressources humaines et l'accroissement des capacités de gestion, plus particulièrement au niveau des districts.

4.1.2. Le projet envisagé intègre les domaines prioritaires identifiés par le deuxième Programme de travail quinquennal et la GPRS. Il est conforme à la politique du Groupe de la Banque pour le secteur sanitaire et à sa stratégie de prêt pour le Ghana, qui soutiennent la réduction de la pauvreté, le développement agricole et rural, la réduction des inégalités d'accès aux services de santé liées à la localisation géographique et au genre ; le renforcement des capacités et les stratégies de réforme. L'un des domaines prioritaires à appuyer dans la stratégie de prêt est l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de leur qualité, particulièrement dans les zones rurales mal desservies, ainsi que la réalisation des objectifs de développement du millénaire, parmi lesquels figurent notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et la lutte contre des maladies telles que le paludisme ou le VIH/sida.

4.1.3. Le GoG et ses partenaires au développement ont décidé que six districts constituaient des zones d'investissement prioritaire dans le deuxième Programme de travail quinquennal. Six hôpitaux de district seront en conséquence construits conformément à la politique du MdS, qui est d'équiper chaque district d'un hôpital de cinquante lits. Sur ces six hôpitaux, deux (Amansie et Wassawest) ont bénéficié d'une recommandation de financement par le FAD, tandis que le FND et le PNUD financent respectivement les services

de transfusion sanguine et la formation à la gestion. L'ONG Save the Children –Royaume-Uni et Save the Children-USA, Plan international, la JICA, l'ACDI, l'USAID et le gouvernement néerlandais aident à la réhabilitation des centres et des postes sanitaires. L'Autriche, la République de Chine et l'OPEP concourent au développement des quatre services de santé de district restants.

4.2. Zone et bénéficiaires du projet

Zone du projet

4.2.1. Le projet couvre l'ensemble du pays. Il a été convenu entre la BAD, le GoG et le FND que le FAD financerait le renforcement des services de santé de district (volet I) tandis que le FND financerait le renforcement des services de transfusion sanguine (volet II). Le FAD, le FND et le PNUD appuieront financièrement la gestion du projet (volet III). L'appui au volet I comprendra deux services de santé de district, le développement des ressources humaines, la lutte contre le VIH/sida et la maintenance dans les districts ruraux d'Amansie et de Wassa West. L'incidence de l'extrême pauvreté dans les deux districts est respectivement, pour Amansie et Wassa West, de 27,3 % et 27,7 %, taux supérieurs à la moyenne nationale de 26,8 %. Les activités liées à la gestion du système d'aiguillage SSP des patients, à la PECIMI, à la lutte contre les maladies, à la SMI/PF, à l'IEC et à la maintenance seront également concentrées sur ces deux districts. Bien que les activités du volet II seront focalisées sur les centres de transfusion sanguine de Takoradi/Secondi, Tamale, Ho et Kumasi, ainsi que sur le centre national d'Accra, les deux hôpitaux de district bénéficieront aussi de la modernisation des services régionaux de transfusion sanguine à Secondi/Takoradi et Kumasi. Le FAD comme le FND soutiendront le volet III-le renforcement institutionnel du ministère de la Santé.

Bénéficiaires

4.2.2. Près des deux tiers de la population ghanéenne (soit environ 13 millions d'habitants) bénéficieront du projet, dont les enfants et les femmes en âge de procréer (15-45 ans), qui sont 5 et 7 millions respectivement. Les pauvres, les femmes, les enfants et les groupes vulnérables, qui constituent 70 % de la population, sont les principaux usagers des services de santé publique, et ils seront donc les principaux bénéficiaires du projet. Les principaux bénéficiaires des ressources FAD/FAT (volet I) au titre du projet sont la population d'Amansie (327 192 ruraux) et Wassa West (433 017 ruraux) dans une zone de 23 309 km² approximativement. Dans les deux districts, les femmes en âge de procréer de 15 à 45 ans forment plus de vingt pour cent de la population totale. Par le développement d'hôpitaux de district, l'amélioration des compétences et la création de meilleures conditions de travail pour les 75 médecins, 527 infirmiers et infirmières, personnels paramédicaux et d'appui de ces deux hôpitaux, le projet conduira à un meilleur système d'orientation des usagers des services SSP au niveau du district et permettra d'offrir des soins de santé de base et de qualité aux communautés de district jusque là mal pourvues. Même si tous les Ghanéens bénéficieront en fin de compte de l'amélioration des services de transfusion sanguine (volet II), ces services cibleront en grande partie les femmes et les enfants en termes de SMI, planification familiale, services de santé génésique et fourniture de sang et de produits sanguins sécurisés, en particulier pour les soins prénatals et postnatals.

4.2.3. Les futurs bénéficiaires du projet comprennent aussi les prestataires de soins de santé primaires qui auront acquis, d'une part, des techniques de réanimation contribuant à une meilleure qualité des soins et, d'autre part, une bonne gestion des cas de maladies endémiques et de VIH/sida. Les pauvres des zones rurales et urbaines, en particulier les femmes enceintes et les nourrices, les paysans qui vivent d'une agriculture de subsistance, les chômeurs urbains et les groupes démunis de la population visée aux niveaux central, régional et de district bénéficieront également de cette intervention. A long terme, le relèvement du niveau de santé de la population concernée réduira le nombre de jours de bonne santé perdus pour cause de maladie, augmentant ainsi les opportunités d'activités productives pour les bénéficiaires, ce qui à son retour favorisera la réduction de la pauvreté, et, en fin de compte, le développement économique national, grâce à la productivité accrue de la population active. À moyen terme, il est envisagé que le service national de transfusion sanguine, construit, équipé et pourvu de personnels qualifiés, puisse servir de Centre agréé par l'OMS pour la sous-région.

4.3. Contexte stratégique

4.3.1. La stratégie du Groupe de la Banque pour le Ghana, comme l'indique le document de stratégie-pays (1992-2001), stipule que la Banque accordera son appui financier à l'État ghanéen pour la réalisation de sa stratégie de développement, qui donne la priorité à la réduction de la pauvreté et au développement des ressources humaines, en particulier dans le secteur social. Le projet contribuera à l'objectif global de la politique de la Banque en matière de santé, qui est *d'élargir l'accès aux soins de qualité pour les groupes défavorisés* par la promotion d'une plus grande équité au plan de la santé, avec une attention particulière pour la réduction des disparités régionales au niveau des districts où vit la majorité de la population. Le projet vient à l'appui des stratégies de lutte contre le VIH/sida et le paludisme (adoptées par le Conseil en novembre 2001 et mai 2002 respectivement) en prenant en compte ces affections, qui touchent le plus les pauvres.

4.3.2. Le projet envisagé appuie les axes d'intervention indiqués par la stratégie-pays du Groupe de la Banque pour le Ghana. Il est centré sur le renforcement des systèmes de santé de district par la modernisation des principaux centres de réception (les hôpitaux de district) des patients provenant des établissements SSP, la valorisation des ressources humaines en vue de soins de meilleure qualité, et la mise à disposition de services de transfusion sanguine sécurisée. Il s'inscrit dans la stratégie d'investissement du MdS telle qu'énoncée dans le deuxième Programme de travail quinquennal et la GPRS, celle-ci étant la base du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). L'allègement de la dette accordé par les partenaires au développement au titre du programme PPTE permettra au GoG de s'attaquer au problème de la réduction de la pauvreté dans le cadre de sa stratégie gouvernementale.

4.3.3. Le projet sera aussi un apport à l'objectif global de la politique de santé du gouvernement, comme l'énoncent le Programme quinquennal de travail et la GPRS, objectif qui est d'accroître l'accessibilité des soins de santé de base et de qualité pour la population, en répartissant mieux les ressources en faveur des zones et des groupes défavorisés, et en leur offrant des interventions plus performantes sous le rapport coût-efficacité ainsi que des services de santé améliorés.

4.4 Objectifs du projet

L'objectif sectoriel est d'aboutir à un meilleur niveau général de santé et de réduire les inégalités en matière de santé entre les habitants du Ghana. Quant à son objectif spécifique, il est d'améliorer le taux de couverture en soins de santé de base et de qualité, plus particulièrement au niveau des districts.

4.5. Description du projet

4.5.1. Le projet, qui doit être exécuté sur une période de cinq ans, consistera à financer des activités relevant de cinq catégories de dépenses : les **biens**, les **travaux**, les **services**, les **frais d'exploitation** et les **divers**.

Description détaillée du projet

Volet I - Appui aux services de santé de district

4.5.2. Les ressources FAD/FAT financeront les activités destinées à améliorer l'accès des pauvres à des soins de santé primaires de qualité au niveau du district. Les actions relevant de ce volet se concentreront principalement sur le renforcement des services de santé de base dans les deux districts d'Amansie East dans la région Ashanti et de Wassa West dans la région occidentale. Il est prévu de consacrer 95 % environ des ressources FAD/FAT à ce volet. Elles seront réparties entre les catégories **Biens**, **Services** et **Divers**. Pour pouvoir augmenter de 20 % l'accès de la population concernée à la santé, un financement appuiera l'extension d'actions performantes en termes de coût-efficacité, qui assurent la réalisation de services de santé de base tels que la gestion des déchets cliniques, la prise en charge intégrée des maladies infantiles (PECIMI), la maternité sans risque, et la lutte contre les maladies transmissibles. Les modules de formation technique utilisés par l'OMS au niveau du district seront utilisés pour former 500 travailleurs de la santé dans les deux districts. Des équipements et matériels essentiels seront acquis pour diffuser l'emploi de stratégies performantes telles que la PECIMI et la maternité sans risque. Les trousseaux de dépistage du VIH, les réactifs de laboratoire et les consommables destinés à contribuer à la réduction de la transmission mère-enfant seront acquis en plus des équipements IEC, du matériel informatique et des logiciels pour le programme national de lutte contre le VIH/sida.

4.5.3. Les ressources FAT financeront la formation dans le pays et la sous-région de 430 agents de santé de district (49,3 % du total), qui pourront acquérir les compétences techniques nécessaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile, les soins obstétricaux, la planification et la gestion de la lutte contre les maladies transmissibles. Les campagnes IEC auprès des communautés seront soutenues également. Les activités devant bénéficier d'appui au titre de ce volet seront basées sur les stratégies éprouvées au plan international de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et des interventions SMI/PF. Un appui sera assuré pour traiter le problème du taux excessivement élevé de mortalité maternelle au niveau du district en relevant le niveau de l'accès aux services SMI/PF, de la formation des accoucheuses traditionnelles, de la prise en charge par les sages-femmes des complications résultant des avortements à risque, et de la disponibilité de sang sécurisé dans les services de transfusion. Une formation complémentaire sera dispensée dans la sous-région, en gestion de services de santé de district pour une dizaine de cadres médicaux, ainsi qu'à quatre encadreurs de soins ophtalmologiques et à une centaine d'infirmiers (ères) en matière de

soins d'urgence et aux accidentés. Une formation dans le pays sera en outre organisée pour une centaine de médecins généralistes en matière de production de directives de traitement et de formation du personnel de santé à leur application.

4.5.4. Pour contribuer à réduire les inégalités d'accès à des soins de santé de qualité et renforcer les services de référence et de vulgarisation au niveau des districts, les ressources du FAD financeront les études et la délocalisation de deux hôpitaux de district existants, d'une capacité de cinquante lits chacun, vers des sites plus proches des centres de peuplement de leurs circonscriptions. L'intervention dans le secteur hospitalier s'inscrit également dans la politique de santé de la BAD, qui reconnaît que les hôpitaux publics constituent, en fait, la seule assurance des pauvres contre l'escalade des frais de santé. En outre, la mise en place dans les établissements de district de services d'intervention cliniques performants en termes de coût-efficacité palliera l'inaptitude à payer les frais médicaux entraînés par des maladies majeures. Les plans techniques s'harmoniseront avec les plans types du MdS. Les listes d'équipement comportent des équipements modernes mais modestes pour les salles d'opération, les blocs de consultation externe, les pharmacies/dispensaires, les urgences, les services de transfusion sanguine, les chambres de stérilisation, les cliniques dentaires, les maternités et salles d'accouchement, les radiographies, les salles d'hospitalisation, les morgues, les blanchisseries, les cuisines et les services d'entretien. Le mobilier comprend les lits et le mobilier général des services administratifs. Les ressources FAD au titre de ce volet financeront également un stock initial de produits pharmaceutiques et autres fournitures médicales. Le MdS a préparé une liste type et un cahier de prescriptions techniques pour le mobilier et les équipements selon le type de structure sanitaire. A chaque hôpital il sera fourni une ambulance et une camionnette de service. Le FAD financera l'acquisition des ambulances, et l'État celle de la camionnette. Le MdS devra s'assurer que le personnel spécialisé formé reste en poste dans les nouveaux établissements.

4.5.5. Le projet financera également l'assistance au développement d'une culture de la maintenance au niveau des districts. Il s'agira d'allouer des ressources pour les campagnes de sensibilisation sur l'importance de l'entretien préventif auprès des gestionnaires, ainsi que sur les thèmes de l'entretien des investissements de santé dans le district auprès des équipes de santé de district, des autorités du district et des communautés locales ; des formations externes de courte durée en entretien des équipements et infrastructures seront assurées à une douzaine d'agents de santé de district. Le projet financera également, pour tout le personnel de santé des hôpitaux de district, cinq formations d'une journée sur l'entretien des équipements, ainsi qu'une rencontre/dialogue avec les autorités de district et la société civile sur l'entretien des investissements de santé dans les districts. Cette approche aidera à l'appropriation sociétale des investissements de santé dans les districts.

Volet II–Appui aux services de transfusion sanguine

4.5.6. Ce volet, qui doit être entièrement financé par le FND, prévoit les services de consultants qui prépareront les études techniques détaillées et les dossiers d'appel d'offres pour le nouveau Centre de transfusion sanguine et les travaux de rénovation à effectuer sur les quatre centres régionaux. Ces ressources financeront la construction d'un nouveau Centre national de transfusion sanguine à Accra et la réhabilitation des quatre centres régionaux de Secondi/Takoradi, Tamale, Ho et Kumasi. Les installations régionales existantes seront, dans toute la mesure du possible, remodelées et agrandies pour pouvoir accueillir les services prévus. Les centres de transfusion seront pourvus de mobilier et d'équipements médicaux et de laboratoire modernes mais modestes, conformément aux prescriptions techniques

élaborées en collaboration avec l’OMS. Le Conseil du FND a approuvé, le 16 juin 2002, le financement du volet II-Appui aux services de transfusion sanguine.

4.5.7. Ce volet prévoit des financements pour la formation de cadres supérieurs de la santé dans divers domaines de l’organisation et de la gestion des services nationaux de la banque du sang. Au niveau régional, quatre membres du personnel sanitaire dans chacun des quatre centres régionaux de transfusion recevront une formation à la gestion de ces services. Est également prévue la formation au traitement sans risque du sang de 25 agents sanitaires du centre national et des centres régionaux, de 2000 infirmiers(ères) de toutes les régions (dont une centaine provenant des deux nouveaux hôpitaux de district) aux pratiques de transfusion sanguine sans risque. Une assistance technique à court et long terme facilitera l’établissement des centres de transfusion et le développement de compétences nationales de gestion et de traitement du sang et des produits sanguins. Le programme comportera également des formations sur l’emploi clinique des produits sanguins, la coopération régionale, et les technologies de l’information, ainsi que de courtes formations à l’étranger pour les directeurs et les techniciens de laboratoire. L’objectif est d’amener le Centre national de transfusion sanguine au niveau de qualification d’un centre de formation sous-régional agréé par l’OMS.

Volet III – Gestion du projet

4.5.8. Les capacités du ministère de la Santé en matière de gestion technique et financière des importants investissements réalisés dans le secteur sont faibles à tous les niveaux. L’État a invité le PNUD à assurer la gestion du projet en partenariat. Au tout début des étapes d’identification et des préparatifs, le GoG a délégué au PNUD la fonction de renforcement de la Cellule de gestion du projet ; le PNUD aidera à recruter le personnel de la cellule ainsi qu’à renforcer les capacités de gestion comme cela se fait au niveau de l’ASG. Ce volet absorbera environ 3 % du coût du projet. Les financements assurés seront répartis entre les catégories suivantes : Services, Biens et Frais d’exploitation. Le PNUD a confirmé en juillet 2002 la disponibilité de ces ressources. La Cellule de gestion du projet, installée au ministère, comprendra un directeur de projet, qui sera chargé de sa gestion au jour le jour, un comptable pour sa gestion financière, un architecte chargé de superviser les travaux de génie civil, et un spécialiste de la passation des marchés. Le FND mettra à disposition un spécialiste en gestion des services de transfusion sanguine, ainsi qu’un ingénieur des structures et un ingénieur sanitaire, qui rendront compte au directeur du projet. Les fonds de contrepartie de l’État prendront en charge les sursalaires de tout le personnel détaché auprès du projet.

4.5.9. Le FAD fournira des ressources pour l’acquisition de quatre ensembles informatiques, un photocopieur et des équipements de bureau pour la gestion du projet. Deux véhicules servant à la supervision des sites du projet et à ses autres activités seront acquis sur la contribution de l’État. Le ministère détachera au moins un homologue auprès de chacun des assistants techniques de l’organe d’exécution. Des ressources seront également fournies pour financer les services de vérificateurs des comptes indépendants, qui seront engagés conformément aux modalités de la liste restreinte et aux termes de référence approuvés par le Fonds.

4.5.10. Les frais d’exploitation relatifs aux activités administratives, de coordination et d’acquisition nécessaires pour mener le projet à son terme seront pris en charge par le projet pendant les cinq premières années d’exécution. Ils incluront les indemnités de tous les

homologues locaux, des assistants techniques, lesquelles indemnités doivent être financées sur l'apport de l'État.

4.6. Impact environnemental

4.6.1. Ce projet a été classé dans la catégorie II. Selon les prévisions, il n'aura pas d'impact défavorable sur l'environnement physique. Les hôpitaux de district seront équipés d'incinérateurs pour l'élimination correcte des déchets cliniques. Les cinq centres de transfusion sanguine, situés au sein des hôpitaux régionaux existants, élimineront leurs déchets selon les procédures existantes. Les nouveaux bâtiments seront tous bien intégrés dans leurs environnements particuliers. Les contrats de travaux de construction ont prévu l'aménagement paysager et la lutte contre l'érosion.

4.6.2. L'insuffisance de la politique et des procédures existantes d'élimination des déchets sanitaires est cependant reconnue. Le projet prévoit donc un financement pour qu'une assistance technique d'experts de l'OMS aide le MdS à élaborer une politique nationale et des procédures pratiques de gestion des déchets. Cet outil sera introduit avec le temps dans l'ensemble du secteur de la santé, ce qui constituera un progrès par rapport aux pratiques inacceptables actuelles en matière d'élimination des déchets, partout où elles existent encore.

4.7. Coûts du projet

4.7.1. Le coût total du projet est estimé à 29,37 millions d'UC (36,63 millions de dollars E.-U.) dont le FAD, le FAT, le Fonds nordique de développement et le PNUD fourniront parallèlement, 17,63 millions d'UC, 1 million d'UC, 8,88 millions d'UC, et 0,4 million d'UC respectivement. L'État apportera 2,85 millions d'UC. Le tableau 4.1.a. ci-après résume ce coût total, net des taxes et droits de douane, pour toutes les sources de financement et par volet.

Tableau 4.1.a
Résumé du coût total du projet par volet – Toutes sources de financement

Volet	Millions de dollars E.-U.			Millions d'UC		
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total
1. Renforcement services santé de district	14,25	5,00	19,25	11,43	4,01	15,44
2. Appui à services de transfusion sanguine	7,26	1,82	9,08	5,82	1,46	7,28
3. Appui institutionnel	1,15	0,60	1,75	0,92	0,48	1,40
Coûts de base	22,66	7,42	30,08	18,18	5,95	24,13
Provisions pour aléas techniques	2,27	0,74	3,01	1,82	0,60	2,41
Provisions pour hausse des prix	2,65	0,89	3,54	2,12	0,71	2,84
COÛT TOTAL	27,58	9,05	36,63	22,12	7,26	29,37
	75,3 %	24,7 %	100 %	75,3 %	24,7 %	100 %

Note : Les sommes du tableau peuvent ne pas correspondre exactement aux chiffres donnés, qui ont été au préalable arrondis automatiquement.

4.7.2. Le tableau 4.1.b. ci-après présente, par volets, les coûts de la partie du projet qui relève uniquement du financement du FAD et de l'État. Les coûts estimatifs des travaux de génie civil ont pour base de calcul les études préliminaires effectuées sur les hôpitaux de district et une étude préliminaire pour le NBTC ; ils reflètent les prix actuels pratiqués pour des infrastructures similaires, les coûts de base étant actualisés jusqu'en avril 2002 (date de

l'évaluation). Les coûts estimatifs pour le mobilier, les équipements, les formations, l'assistance technique et les frais d'exploitation se basent sur les données obtenues des départements compétents au MdS. Les provisions pour aléas techniques sont fixés à 8,2 % du coût de base. Les provisions pour hausses de prix tablent sur un taux d'inflation à 9,6 % par an. Un résumé de ces coûts est présenté à l'Annexe IV. Les annexes au document d'exécution du projet en présentent les coûts estimatifs plus en détail.

Tableau 4.1.b
Résumé des coûts du projet, par volet – FAD

Volet	Millions de dollars E.-U.			Millions d'UC			
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	%
1. Renforcement des services de santé du district	14,25	5,00	19,25	11,43	4,01	15,44	75,3 %
3. Appui institutionnel	1,15	0,60	1,75	0,92	0,48	1,40	6,8 %
Coûts de base	15,40	5,60	21,00	12,35	4,49	16,84	82,2 %
Provisions pour aléas techniques	1,54	0,56	2,10	1,24	0,45	1,68	8,2 %
Provisions pour hausses des prix	1,78	0,67	2,45	1,43	0,54	1,96	9,6 %
COÛT TOTAL	18,72	6,83	25,55	15,01	5,48	20,49	100 %
	73,3 %	26,7 %	100,0 %	73,3 %	26,7 %	100 %	

Pour l'ensemble du projet et toutes les sources de financement, le tableau 4.2.a. ci-après présente les coûts par catégorie de dépenses.

Tableau 4.2.a
Résumé des coûts du projet par catégories de dépenses - Toutes sources

Catégorie	Millions de dollars E.-U.			Millions d'UC			
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	%
Biens	8,85		8,85	7,10	-	7,10	
Travaux	9,62	5,18	14,81	7,72	4,16	11,87	
Services	4,10	1,52	5,62	3,29	1,22	4,50	
Frais d'exploitation	0,08	0,55	0,64	0,07	0,44	0,51	
Divers	-	0,17	0,17	-	0,14	0,14	
Coûts de base	22,66	7,42	30,08	18,18	5,95	24,13	
Provisions pour aléas techniques	2,27	0,74	3,01	1,82	0,60	2,41	
Provisions pour hausses des prix	2,65	0,89	3,54	2,12	0,71	2,84	
COÛT TOTAL	27,58	9,05	36,63	22,12	7,26	29,37	
	75,3 %	24,7 %	100 %	75,3 %	24,7 %	100 %	

4.7.3. Le tableau 4.2.b. ci-dessous présente les coûts par catégorie de dépenses pour les parties du projet relevant du financement du FAD.

Tableau 4.2.b
Résumé des coûts du projet par catégorie de dépenses – FAD

Catégorie	Millions de dollars E.-U.			Millions d'UC			
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	%
Biens	6,37	-	6,37	5,11	-	5,11	24,9 %
Travaux	6,41	3,45	9,87	5,14	2,77	7,91	38,6 %
Services	2,53	1,43	3,95	2,03	1,14	3,17	15,5 %
Frais d'exploitation	0,08	0,55	0,64	0,07	0,44	0,51	2,5 %
Divers	-	0,17	0,17	-	0,14	0,14	0,7 %
Coûts de base	15,40	5,60	21	12,35	449	16,84	82,2 %
Provisions pour aléas techniques	1,54	0,56	2,10	1,24	0,45	1,68	8,2 %
Provisions pour hausses des prix	1,78	0,67	2,45	1,43	0,54	1,96	9,6 %
COÛT TOTAL	18,72	6,83	25,55	15,01	5,48	20,49	100 %
	73,3 %	26,7 %	100 %	73,3 %	26,7 %	100 %	

4.8. Sources de financement et calendriers des dépenses

4.8.1. Le projet sera financé par le FAD (prêt, 62,1 %), le FAT (don, 3,5 %), le FND (31,3 %), le PNUD (1,5 %) et l'État ghanéen (10 %), comme l'indique le tableau 4.3 ci-après.

Tableau 4.3
Sources de financement (millions d'UC) – Toutes sources

Source	Devises	%	M.L.	%	Total
FAD	15	68,3 %	2,63	36,2 %	17,63
FAT	1	4,6 %	0	0 %	1
FND	7,10	32,3 %	1,78	24,5 %	8,88
PNUD	0,40	1,8 %	0	0 %	0,40
ETAT	0,00	0 %	2,85	39,2 %	2,85
TOTAL	21,97		7,26		28,40
	77,4 %		25,6 %		102,9 %

4.8.2. Le plan de financement de la partie relevant uniquement du FAD et de l'État ghanéen est présenté au tableau 4.3.b. ci-après. Le FAD et l'État financeront les volets 1 et 3, tandis que le volet 2 sera entièrement financé par le FND. La conclusion d'une convention entre l'État et le FND pour le financement parallèle du projet sera une condition du prêt.

4.8.3. Malgré des difficultés budgétaires, le GoG s'est engagé à prendre en charge une partie des coûts en monnaie locale du projet. En conséquence, sur un total de 7,26 millions d'UC en monnaie locale, l'emprunteur apportera 2,85 millions d'UC, qui en représentent 39,2 %, tandis que le FAD et le FND contribueront à hauteur de 36,2 % et 24,5 % respectivement, du total des coûts en monnaie locale.

4.8.4. Le financement par le FAD d'une partie des coûts en monnaie locale (2,63 millions d'UC) concernera les travaux, les services et les divers. Ce financement d'une partie des coûts en monnaie locale est justifiée pour les raisons suivantes :

- i) la mobilisation de l'épargne intérieure est loin d'être suffisante et l'État, par conséquent, doit encore compter sur les ressources extérieures pour financer une partie du budget de développement. Le déficit de financement budgétaire en 2002 s'élève à 792,4 millions de cedis.
- ii) le niveau global de l'épargne intérieure au Ghana est très faible (moins de 10 % du PIB) ; le pays n'a donc pas assez de moyens pour financer un projet de cette envergure sur ses seules ressources internes.

4.8.5. Le calendrier des dépenses par catégorie et par source de financement du volet FAD/FAT et État est présenté ci-dessous dans le tableau 4.4.

Tableau 4.4
Calendrier des dépenses par catégorie et source de financement
(millions d'UC)

FAD	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
CATEGORIE						
Biens	1,46	1,75	1,75	0,99	0,24	6,18
Travaux	0	3,49	3,49	0,37	0	7,34
Services	0,42	0,96	0,85	0,45	0,19	2,87
Frais d'exploitation	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,08
Divers	0	0,06	0,06	0,06	0	0,17
Total	1,89	6,27	6,15	1,88	0,44	16,64
Pourcentage du total	11,4 %	37,7 %	37 %	11,3 %	2,7 %	100 %
FAT						
CATEGORIE	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Services	0,15	0,34	0,30	0,16	0,07	1
Total	0,15	0,34	0,30	0,16	0,07	1
Pourcentage du total	14,6 %	33,6 %	29,6 %	15,6 %	6,5 %	100 %
ETAT	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
CATEGORIE						
Travaux	0	1,10	1,10	0,12	0	2,31
Frais d'exploitation	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,54
Total	0,11	1,20	1,20	0,22	0,11	2,85
Pourcentage du total	3,8 %	42,3 %	42,3 %	7,8 %	3,8 %	100 %
TOTAL	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
CATEGORIE						
Biens	1,46	1,75	1,75	0,99	0,24	6,18
Travaux	0	4,58	4,58	0,48	0	9,65
Services	0,56	1,30	1,15	0,61	0,25	3,87
Frais d'exploitation	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,62
Divers	0	0,06	0,06	0,06	0	0,17
Total	2,15	7,81	7,65	2,26	0,62	20,49
Pourcentage du total	10,5 %	38,1 %	37,4 %	11,0 %	3 %	100 %

5. EXÉCUTION DU PROJET

5.1 Organe d'exécution

5.1.1. Le ministère de la Santé sera l'organe d'exécution du projet. La cellule de gestion du projet sera chargée de sa gestion au jour le jour, notamment de l'acquisition des travaux, des biens et des services, de la gestion financière, du suivi et de l'évaluation. Elle sera aussi chargée de la préparation et de la présentation de tous les rapports exigés, conformément aux politiques et procédures indiquées dans le manuel des opérations. Dans le cadre de la convention conclue entre l'État et le PNUD pour que celui-ci assure un rôle de partenaire d'exécution du projet, le FAD, le FND et le PNUD fourniront des ressources pour qu'une assistance technique renforce les capacités actuelles de gestion de projets du ministère. Le PNUD mettra à disposition des ressources pour financer les services d'un comptable et d'un spécialiste de la passation des marchés. Le comptable sera chargé de la gestion journalière des produits du prêt, de la consolidation des budgets et rapports du projet et de leur transmission au FAD et au FND. Le spécialiste des marchés devra s'assurer que l'acquisition des biens, travaux et services pour le projet s'effectue diligemment et conformément aux règles et règlements de la Banque dans ce domaine. Ils aideront également à développer au sein du MdS les compétences requises en gestion financière et passation des marchés. Le

FAD fournira des ressources pour financer les services d'un directeur de projet et d'un architecte pour la gestion quotidienne du projet ainsi que pour l'exécution des travaux de génie civil relevant du volet I. Le FND pourvoira aux services d'un architecte spécialisé, de deux ingénieurs, et d'un spécialiste des équipements pour les travaux de construction/réhabilitation relatifs aux centres de transfusion sanguine. Le GoG détachera le personnel adéquat auprès de la cellule de gestion du projet, et ce détachement sera une condition du prêt.

5.1.2. Administrativement, le directeur du projet relève directement du conseiller technique principal du ministre, et travaillera en étroite collaboration avec les autres directions intéressées du MdS, que ce soit au niveau central ou à celui du district. Il ou elle sera chargé(e) de mettre en œuvre toutes les activités opérationnelles se rapportant au projet, et travaillera étroitement avec les autres services du ministère en ce qui concerne la formation, l'acquisition d'équipements médicaux et de produits pharmaceutiques essentiels et des autres fournitures médicales, qui doivent être assurées dans le cadre du projet. Le manuel des opérations présente une description détaillée des tâches qui incombent au directeur du projet, au comptable, au vérificateur interne et au spécialiste de la passation des marchés. Les financements liés à l'exécution du projet seront mis en place, entre autres pour l'achat des équipements essentiels de bureau et de terrain et de deux véhicules pour la supervision.

5.2 Dispositions institutionnelles

5.2.1. La commission de coordination en place au sein du ministère de la Santé, coprésidée par le vice-ministre, sera renforcée en y faisant entrer le directeur de la mobilisation des ressources extérieures du ministère des Finances en tant que coprésident. Cette disposition sera une condition du prêt. La commission aura pour fonction d'assurer la coordination générale et le conseil stratégique, la revue des programmes de travail annuels, des rapports et des comptes avant leur présentation au FAD et au FND, et de suivre l'avancement du projet. La commission comprendra des représentants des ministères de la Santé et des Finances, des deux hôpitaux de districts, des autorités de district, des services de transfusion sanguine, du PNUD, de l'OMS, du FND et des autres partenaires. La commission se réunira au moins deux fois par trimestre (au début du premier mois et du dernier mois du trimestre). Elle s'assurera que la dotation budgétaire du ministère est augmentée annuellement pour faire face aux charges récurrentes supplémentaires induites par le projet. La commission devra également évaluer la marche du projet à la lumière des plans de travail annuels et faire rapport au FAD/FND.

5.2.2. Les équipes de santé de district, situées dans chacun des deux districts inscrits au projet, sont chargées d'organiser la prestation des services de santé. Financées sur les ressources du projet, elles auront à préparer des plans de formation et des budgets pour le personnel de santé conformément aux directives données et aux plafonds budgétaires. Ces plans seront élaborés en collaboration avec les Assemblées de district. Les deux équipes régionales de santé relevant du projet assureront la supervision et un appui auprès des districts et organiseront les services d'aiguillage des patients vers les centres de santé.

5.2.3. Il a été établi un manuel des opérations destiné à la cellule de gestion du projet au MdS, dans le but de garantir un maximum de transparence et de donner au MdS des directives claires quant aux politiques, règles et procédures à appliquer. Il contient des chapitres qui décrivent les dispositions institutionnelles, les groupes ciblés, les dimensions, les procédures d'acquisition et de gestion financière, les modalités de recrutement du

personnel, les problèmes de conflits d'intérêt, les procédures et conditions de suivi et d'évaluation, les procédures d'établissement de rapports, etc. Le rôle et le format du manuel ne pourront être modifiés sans l'approbation écrite préalable du FAD, cette exigence étant une condition du prêt.

5.3. Calendriers de supervision et d'exécution

5.3.1. Selon les prévisions, le prêt sera approuvé en novembre 2002. Dès après commencerait la mise en œuvre de ses conditions et des activités d'acquisition. L'exécution du projet se déroulera sur une période de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du prêt, qui serait le 30 janvier 2003. Le calendrier d'exécution peut être consulté à l'annexe V. Le plan de supervision de la Banque se présente sous forme d'annexe au manuel des opérations (PID). Le tableau 5.1. ci-dessous présente les principales dates butoir des activités relevant des financements du FAD et de l'État.

Tableau 5.1
Principales dates butoir des étapes de l'exécution

Rubrique	Activité	Date butoir	Action de
A.	ADMINISTRATION		
A.1	Présentation au Conseil	11 – 2002	FAD
A.2	Signature du prêt	12 – 2002	FAD/MOF
A.3	Entrée en vigueur	01 – 2003	MOF/FAD
A.4	Mission de lancement	01 – 2003	FAD
A.5	Revue à mi-parcours	06 – 2005	FAD/PARTENAIRE S
A.6	Rapport d'achèvement du projet	12 – 2007	FAD/ARI
B.	CONSTRUCTION		
B.1a	Mise en route de la procédure de liste restreinte	03-2003	GHS/EMU
B.1b	Recrutement des consultants pour les travaux de génie civil	04 – 2003	GHS/EMU
B.2	Approbation des documents d'appels d'offres	08 – 2003	FAD
B.3	Lancement des appels d'offres	09 – 2003	GHS/EMU
B.4	Remise des dossiers d'appels d'offres	12 – 2003	
B.5	Évaluation des offres	01 – 2004	GHS/EMU
B.6	Approbation des rapports d'évaluation des offres	02 – 2004	FAD
B.7	Attribution des marchés	03 – 2004	GHS/EMU
B.8	Achèvement des travaux de construction	03 – 2007	GHS/EMU
B.9	Expiration des périodes de garantie pour malfaçons	12 – 2008	GHS/EMU
C.	ACQUISITION D'EQUIPM./MOBILIER/MÉDICAMENTS		
C.1	Fourniture de l'équipement pour la gestion du projet	03 – 2003	MOH
C.2	Fourniture de l'équipement/mobilier pour infrastructures projet	08 – 2006	MOH
C.3	Acquisition des produits pharmaceutiques et fournitures	annuellement	MOH
D.	ACTIVITÉS DE FORMATION		
D.1	Approbation des programmes de formation	05 – 2003	MOH/FAD
D.2	Achèvement des programmes de formation	06 – 2008	MOH
E.	ASSISTANCE TECHNIQUE		
E.1.a	Convention PNUD pour la gestion du projet	12 – 2002	MOH
E.1.b	Procédure de sélection par liste restreinte	01-2003	GHS/PNUD
E.2	Convention OMS Asst. techniques de santé de district	04 – 2003	MOH
E.3	Convention OMS Asst. technique programme VIH/sida	04 – 2003	MOH
E.4	Désignation des vérificateurs de comptes	06 – 2004	MOH

Note : Les activités liées au financement du FND seront coordonnées avec le calendrier ci-dessus.

5.4. Dispositions relatives aux acquisitions

5.4.1. Le tableau 5.2. ci-dessous résume les dispositions applicables aux acquisitions, également décrites de manière détaillée dans le manuel des opérations. L'acquisition des biens et services financés par le FAD se fera conformément aux Règles de procédure de la Banque en matière d'utilisation des consultants ou d'acquisition des biens et travaux, selon le cas, et en utilisant les dossiers types d'appel d'offres correspondants.

Tableau 5.2.a
Dispositions relatives aux acquisitions
(millions d'UC)

Catégories de dépenses	AOI	Autres*	Liste restreinte	Total
Biens				
Mobilier pour hôpitaux de district	0,587 [0,587]			0,587 [0,587]
Équipements pour hôpitaux de district	3,912 [3,912]			3,912 [3,912]
Prods. pharm./fournitures pour les districts		0,098 [0,098]		0,098 [0,098]
Équipm., médicaments/fournitures pour VIH/sida	1,203 [1,203]			1,203 [1,203]
Équipement pour gestion du projet		0,091 [0,091]		0,091 [0,091]
Sous-total des Biens	5,702 [5,702]	0,385 [0,385]		6,087 [6,087]
Travaux				
Travaux civils pour Tarkwa et Bekwai	9,651 [8,179]			9,651 [8,179]
Sous-total des Travaux	9,651 [8,179]			9,651 [8,179]
Services				
Services prof. pour travaux génie civil			1,351 [1,351]	1,351 [1,351]
Prog. formation (s/régional et dans le pays)		0,648 [0,648]		0,648 [0,648]
Prog. formation (maintenance bât. & équipements))		0,196 [0,196]		0,196 [0,196]
A/T pour services santé district et BTA		0,289 [0,289]		0,289 [0,289]
A/T pour programme VIH/sida		0,352 [0,352]		0,352 [0,352]
A/T pour appui institutionnel		1,408 [1,408]		1,408 [1,408]
Audit annuel			0,073 [0,073]	0,073 [0,073]
Sous-total des Services		2,698 [2,689]	1,424 [1,424]	4,122 [4,122]
Frais d'exploitation				
Gestion du projet		0,621 [0,081]		0,621 [0,081]
Sous-total des frais d'exploitation		0,621 [0,081]		0,621 [0,081]
Divers				
Formation locale dans les services		0,161 [0,161]		0,161 [0,161]
Sous-total des Divers		0,161 [0,161]		0,161 [0,161]
Total	15.353 [13.881]	3,865 [3,325]	1,424 [1,424]	20,642 [18,630]

Note : Les montants entre crochets sont financés par le FAD

* Détails au tableau 5.2.b ci-dessous

Les autres modes d'acquisition indiqués au tableau 5.2.a ci-après seront appliqués aux rubriques y figurant :

Tableau 5.2.b
Détail des autres modes d'acquisition
(millions d'UC)

Modes	Acquisition	Max par Contrat	Max au total
Appel d'offres national	Prods. pharm./fournitures pour district	0,020	0,098
Appel d'offres national	Fournitures pour activités communautaires	0,020	0,196
Appel d'offres national	équipement pour gestion du projet	-	0,091
Négocia. directes av. établiss. formation.	Prog. formation. (s/régional-dans le pays)	-	0,648
Choix source unique - OMS	A/T serv. santé district & BTS	-	0,289
Choix source unique - OMS	A/T programme de VIH/sida	-	0,352
Choix source unique - PNUD	A/T appui institutionnel	-	1,408
Appel d'offres national	Frais d'exploitation	0,020	0,621
Appel d'offres national	Formation locale dans les services	0,020	0,161
Total			3,865

5.4.2. Biens (5,7 millions d'UC au total) : Les équipements médicaux des hôpitaux de district de Tarkwa et Bekwai seront acquis pour un montant de 3,912 millions d'UC sur appel d'offres international, qui sera également utilisé pour l'acquisition du mobilier, d'une valeur de 0,587 million d'UC, des deux établissements. Les équipements, les produits pharmaceutiques et les fournitures pour le programme de lutte contre le VIH/sida, d'une valeur de 1,203 millions d'UC, seront acquis en un seul contrat sur appel d'offres international. L'appel d'offres national sera le mode d'acquisition des produits pharmaceutiques destinés aux services de santé de district (0,098 million d'UC) et de l'équipement nécessaire à la gestion du projet (0,09 million d'UC), car les montants estimatifs sont peu importants et les biens requis sont en majorité disponibles et prêts à l'emploi ou d'un modèle type.

5.4.3. Travaux (9,6 millions d'UC au total) : L'acquisition de travaux de génie civil pour la construction des hôpitaux de district de Bekwai et Tarkwa se fera par appel d'offres international. Deux contrats distincts seront attribués, d'un montant approximatif de 4,8 millions d'UC chacun.

5.4.4. Services : (4,122 millions d'UC au total) : L'acquisition de **services spécialisés relatifs aux travaux de génie civil** sur les deux hôpitaux de district (d'une valeur de 1,351 million d'UC) se fera par liste restreinte à partir d'une présélection de bureaux d'études qualifiés, la procédure de choix retenue étant l'évaluation technique de la proposition avec prise en compte du prix. Les services de formation sous la forme de cours à dispenser dans la sous-région ou le pays (d'une valeur estimative de 0,648 million d'UC) et de courtes formations à l'extérieur sur la maintenance des bâtiments et des équipements (valeur estimative de 0,196 million d'UC) seront acquis en négociant directement avec des institutions de formation appropriées. C'est en utilisant une procédure de sélection dite de source unique que l'OMS et l'ONUSIDA assureront **l'assistance technique** à des activités de formation technique spécialisée pour les services de santé de district et l'appui IEC au programme de prévention du VIH/sida (respectivement évalués à 0,289 million d'UC et 0,352 million d'UC), car ces institutions sont toutes deux spécialisées et exceptionnellement qualifiées dans ces domaines particuliers. L'assistance technique destinée à l'appui

institutionnel (d'une valeur de 1,408 million d'UC) sera financée conjointement par le FAD et le PNUD, et son acquisition sera confiée au PNUD sur la base d'une procédure de liste restreinte conforme aux règles de la BAD, en raison du fait que cette agence des Nations unies, à travers son Cadre de coopération-pays pour le Ghana, assure actuellement un appui similaire au Gouvernement ghanéen, et que le marché n'est pas d'un montant trop élevé. L'acquisition des travaux annuels d'audit (d'une valeur de 0,073 million d'UC pour toute la durée du projet) se fera par liste restreinte de cabinets de commissaires aux comptes indépendants, le choix final reposant sur l'évaluation technique de la proposition avec prise en compte de son prix.

5.4.5. **Frais d'exploitation** : La plus grande partie (86,9 %) des coûts de gestion du projet (estimés à 0,621 million d'UC) seront pris en charge par l'État. Les procédures d'acquisition seront celles des marchés publics, acceptables pour le FAD.

5.4.6. **Divers** : Cette rubrique, d'un montant estimatif de 0,161 million d'UC, couvre les frais afférents aux lieux et facilités utilisés pour la formation locale et les ateliers. Les procédures d'acquisition seront celles des marchés publics, acceptables pour le FAD.

Réglementation et procédures nationales

5.4.7. Les lois et la réglementation nationales du Ghana ont été examinées et jugées acceptables.

Avis général d'appel d'offres

5.4.8. La teneur du texte d'un avis général d'appel d'offres a été convenue au cours des négociations. Le Conseil d'administration fera passer une annonce dans la revue *Development Business* des Nations Unies après l'approbation du prêt et du don.

Procédures de revue

5.4.9. Les documents suivants devront être soumis à l'examen et à l'approbation préalables du Fonds :

- avis particuliers d'appels d'offres ;
- listes restreintes et dossiers de demande de propositions pour les services de consultants et les établissements de formation ;
- listes restreintes et dossiers de demande de propositions pour les vérificateurs de comptes du projet ;
- listes, études, prescriptions techniques, documents d'appel d'offres, avec les projets de contrats pour les travaux civils, le mobilier et les équipements ;
- rapports d'évaluation des offres, ou rapports relatifs à l'évaluation des propositions des consultants y compris les recommandations d'attribution de marchés ;

- projets de contrats d'acquisition, si le texte des projets de contrat accompagnant antérieurement les documents d'appel d'offres a été modifié, ainsi que les projets de contrat pour les services de consultants et la formation.

5.5. Dispositions relatives au décaissement

5.5.1. Il est prévu que les modes de décaissement pour les divers volets et catégories de dépenses seront le compte spécial ou le paiement direct.

5.5.2. Le ministère de la Santé ouvrira deux comptes bancaires pour le règlement des coûts du projet, comme suit : i) un compte spécial libellé en devises gérées par la banque centrale, ouvert dans une banque commerciale acceptable pour le Fonds et où seront déposés les apports du FAD ; et ii) un compte du projet pour les fonds de contrepartie. L'ouverture de ces comptes constituera une condition du prêt.

5.5.3 Le décaissement par compte spécial sera utilisé pour l'acquisition de biens, les frais d'exploitation et dépenses diverses, si ces biens et services font l'objet d'une consultation de fournisseurs à l'échelon national. Le paiement direct sera utilisé pour toutes les autres dépenses.

5.6. Suivi et évaluation

5.6.1. Comme convenu avec le GoG et ses partenaires dans le cadre de l'ASG, le suivi et la justification sur pièces de l'état d'avancement du projet seront l'objet d'une évaluation par le biais d'une revue annuelle du Programme de travail effectuée conjointement par le ministère de la Santé et ses partenaires. En outre, le ministère devra, dans les 30 jours suivant la fin de chaque trimestre, soumettre au FAD et au Fonds nordique de développement (FND) des rapports d'activité trimestriels sur le projet conformes au format établi. Le responsable du suivi et de l'évaluation au MdS travaillera en rapport avec l'organe d'exécution du projet, les départements concernés du MdS et le personnel de santé du district pour affiner un ensemble d'indicateurs qui serviront au suivi et à l'évaluation de l'exécution. En plus des traditionnels indicateurs de moyens et de résultats, il s'agira aussi d'indicateurs portant sur les buts et les délais, les processus et les résultats. Le responsable du suivi et de l'évaluation concevra des systèmes de collecte et d'analyse des données se rapportant à ces indicateurs. Les audits annuels et les missions régulières de supervision du FAD et du FND assureront en plus une surveillance efficace et le retour d'information aux parties prenantes et aux partenaires.

5.6.2. Le ministère de la Santé organise des réunions annuelles de revue auxquelles participent le ministère des Finances (MOF), celui de la Santé (MdS), les autorités régionales et celles des Assemblées de district, les hôpitaux de district, les laboratoires régionaux y compris les deux centres hospitaliers d'enseignement, les ONG, les autres ministères et parties concernés, ainsi que le FAD et le FND. Le GoG devra organiser en outre une revue conjointe à mi-parcours de l'exécution du projet, à laquelle prendront part toutes les parties, c'est-à-dire, par le MdS, le MOF, la Banque, le FND et le PNUD. Le ministère de la Santé rédigera également un rapport d'achèvement du projet conforme au format recommandé par le FAD, au cours de la dernière année de l'exécution. Des rapports et éclaircissements complémentaires seront soumis au FAD et au FND le cas échéant. Le projet fera également l'objet, à mi-parcours et à son achèvement, d'une revue conduite par des évaluateurs extérieurs.

5.7. Rapports financiers et audits

5.7.1. La direction de la comptabilité du MdS, avec l'aide de l'assistance technique prévue, tiendra des comptes séparés pour le projet, qui devront correspondre à son enveloppe budgétaire afin de faciliter un suivi efficace des dépenses. La tenue de ces comptes devra être conforme aux normes comptables internationales. Le MdS adoptera des systèmes de gestion comptable et financière acceptables pour le FAD et le FND. Ils incluront des procédures et contrôles internes, la tenue d'un grand livre, d'un bilan, d'un compte d'exploitation, un système de suivi des mouvements du prêt, et un rapport de gestion du portefeuille. La comptabilité détaillée des dépenses financées par le Fonds, le FND et l'État devra permettre l'identification aisée des dépenses par volet, catégorie de dépenses et source de financement du projet. Les montants décaissés, par catégories distinctes de dépenses, ainsi que la situation du compte spécial, devront être clairement indiqués.

5.7.2. Les comptes du projet feront l'objet d'un audit annuel effectué par des commissaires aux comptes extérieurs acceptables pour la Banque. Le rapport relatif à l'audit des comptes du projet sera soumis à l'examen de la Banque six mois au plus tard après la fin de l'exercice financier. Etant donné que le FAD et le FND financent conjointement le projet, les modalités d'établissement des rapports seront harmonisées afin de réduire au maximum les difficultés.

5.8. Coordination de l'aide

5.8.1. En matière de développement sanitaire, la coordination des financements s'est beaucoup améliorée depuis l'introduction de l'approche sectorielle globale, et elle a été encouragée par les dispositions financières prises pour le Programme de travail quinquennal. Les partenaires au développement acceptent le principe d'un Programme de travail en tant que plan d'action global pour l'ASG. Dans le cadre de l'ASG établi par le GoG, tous les apports des bailleurs sont coordonnés pour rendre plus efficace la ventilation des ressources, en réaliser une répartition équitable et assurer l'accès équitable à des soins de santé de qualité pour tous les Ghanéens. Le deuxième Programme de travail quinquennal montre les priorités du gouvernement dans le secteur sanitaire ainsi que les stratégies conçues pour atteindre les objectifs et buts énoncés pour ces interventions prioritaires. Il vise à inscrire ces stratégies dans les programmes sanitaires régionaux et de district, dans les apports publics et dans ceux des bailleurs de fonds. L'ensemble des principaux bailleurs ont engagé des ressources financières dans le Programme à travers des appuis budgétaires et/ou des projets d'investissement afin de réduire les inégalités en améliorant l'accès à des services de santé de base et de qualité, le développement des ressources humaines ainsi que les institutions du secteur de la santé. Compte tenu du soutien croissant que reçoit le Programme de travail quinquennal, le GoG et les partenaires organisent depuis un certain temps des réunions de revue annuelles pour suivre l'état d'avancement de l'exécution du Programme. Le Groupe de la Banque prendra part à ces réunions.

5.8.2. La Banque compte également poursuivre et améliorer, tout au long du cycle du projet, l'étroite coopération engagée avec le Fonds nordique de développement, l'OMS, et le PNUD à l'occasion des missions préparatoires et d'évaluation communes. A cet égard, la Banque prendra une part active à toutes les réunions annuelles de revue regroupant le GoG, les bailleurs, les ONG, le secteur privé, qui seront d'une valeur inestimable en tant que cadre d'échange d'expériences et d'informations entre les partenaires au développement intervenant dans le secteur.

6. DURABILITÉ ET RISQUES DU PROJET

6.1. Charges récurrentes

6.1.1. Ce projet fait partie intégrante de l'ASG et du deuxième Programme de travail quinquennal (2002-2007) pour le secteur de santé, auquel participent tous les principaux partenaires au développement. L'État et ses partenaires ont souscrit à toutes les interventions proposées dans le cadre du Programme de travail quinquennal, avec en perspective des charges récurrentes minimales. La délocalisation d'hôpitaux de district et le renouvellement de leur équipement entraîneront une augmentation du taux d'utilisation d'environ 20 à 30 % des services lorsque ces établissements seront devenus pleinement opérationnelles à l'horizon 2008. L'amélioration des services de santé de district entraînera une augmentation d'environ 5 à 8 % des budgets de dépenses sanitaires récurrentes des districts.

6.1.2. Bien que ses charges récurrentes, aussi bien pendant l'exécution qu'après son achèvement, soient tout à fait raisonnables pour un projet englobant l'ensemble d'un secteur, il exigera un engagement ferme de financement de la part de l'État et des collectivités financières locales. Dans le cadre de l'ASG, le GoG a pris l'engagement auprès de la communauté des bailleurs d'augmenter en termes réels, d'au moins 4 % par an, l'enveloppe budgétaire destinée au fonctionnement des services de santé de district. Le GoG a tenu parole tout au long de l'exécution, sur les cinq dernières années, du premier Programme de travail quinquennal. Du fait du niveau élevé de confiance qu'inspire l'ASG sanitaire au Ghana, les partenaires du secteur sont disposés à augmenter leurs appuis au budget de fonctionnement du MdS pour les années à venir. En plus, et dans le contexte de l'initiative PPTE renforcée, il est prévu que le secteur de la santé recevra des financements importants. Il est de surcroît très probable que le dispositif de recouvrement des coûts continuera de s'améliorer et pourra générer plus de 10 % de l'apport de l'État au budget de fonctionnement des services de santé de district.

6.2. Durabilité du projet

6.2.1. La pérennité des résultats du projet dépend pour beaucoup de l'emploi rationnel des ressources disponibles pour le développement sanitaire, de l'offre réelle de soins de santé de base et de qualité, et de l'institutionnalisation d'une culture de la maintenance. Le relèvement qualitatif des capacités de gestion du personnel de santé, une planification et une gestion efficaces des ressources et services de la santé accroîtront l'efficacité technique et le rapport coût-efficacité du projet, ce qui aura pour effet de contenir les charges récurrentes.

6.2.2. Les interventions relatives au renforcement des capacités au titre du projet ont été intégrées dans sa conception. Les fonds, par conséquent, ciblent le renforcement des capacités institutionnelles à la fois au niveau central et à celui du district. La durabilité institutionnelle sera mieux garantie grâce à la formation et à l'établissement de ratios d'encadrement en personnel de santé formé et en lui permettant de continuer à administrer des soins de santé de base et de qualité après la cessation des apports extérieurs. Elle garantira également la durabilité technique en promouvant activement le transfert des savoir-faire et des connaissances à tous les niveaux, qui érige des protections suffisantes contre la dépendance. L'appui budgétaire au titre de l'ASG fournit par ailleurs des ressources additionnelles pour assurer la maintenance et renforcer le financement communautaire des services de santé.

6.2.3. L'augmentation attendue des services dispensés dans les nouveaux hôpitaux de district et les centres de transfusion sanguine modernisés conduira à une plus grande participation des bénéficiaires au financement des services de santé sur la base des tarifs modérateurs actuellement payés par les usagers dégageant ainsi des recettes additionnelles à consacrer à l'entretien. La valeur ajoutée que constitue l'association de l'éducation sanitaire à la prévention contribuera à une plus grande prise de conscience et responsabilisation des ménages dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.

6.3. Risques majeurs et mesures d'atténuation

6.3.1. Faiblesses des capacités au niveau du MdS et des districts : Elles pourraient compromettre la durabilité du projet. Une planification et une gestion inefficaces des services de santé publique pourraient se traduire par un faible niveau d'utilisation, en particulier par les démunis, qui sont ceux qui ont le plus souvent recours aux services de santé financés sur fonds publics. Pour limiter ce risque, un renforcement institutionnel et capacitaire sera prévu pour le MdS et le personnel de district, et il passera par une assistance technique adaptée, et la formation dans les domaines de l'acquisition, de la gestion financière et des décaissements ; ainsi que par l'appui et le suivi continus que fournira l'équipe de l'organe d'exécution, constituée de spécialistes de la gestion qui réagiront rapidement aux problèmes d'exécution au fur et à mesure qu'ils surviennent.

6.3.2. Départs de personnels de santé qualifiés : Les personnels de santé formés au titre de ce projet pourraient émigrer en raison de mauvaises conditions de travail, ce qui entraînerait une situation de sous-effectifs. Les départs du pays de personnels de santé qualifiés est une préoccupation majeure du gouvernement. Le gouvernement s'est donc attelé à un programme de développement des ressources humaines, qui s'efforce, entre autres choses, d'améliorer les conditions de service de ce personnel et de faire appel, sur contrat, à des services spécialisés existant dans le secteur privé.

6.3.3. Décentralisation de la prise de décision : Au Ghana, la décentralisation administrative est en bonne voie. La mise en place d'autorités de district est faite et les équipes de santé de district sont en voie de l'être. Le Ghana a certes déjà une longue tradition de gestion participative et consultative, mais le processus de décentralisation intensifiera néanmoins la participation communautaire à la fixation des priorités et à la gestion planifiée des services de santé. Un effort concerté a donc été fait pour incorporer à la conception du projet des interventions appropriées, telles l'association des bénéficiaires aux commissions locales de la santé, l'autonomie de gestion des établissements de santé, les échanges consultatifs avec les autorités de district pendant la préparation et l'évaluation du projet, qui sont autant d'éléments susceptibles de renforcer l'appropriation au plan local.

7. AVANTAGES DU PROJET

7.1 Avantages économiques

7.1.1. L'un des principaux objectifs de la GPRSP est d'atténuer la pauvreté en affectant des ressources suffisantes aux zones rurales dans lesquelles vivent 70 % de la population du pays. C'est cet objectif qui a guidé la conception du projet. Les infrastructures de santé qu'il couvre se trouvent en zone rurale et semi-urbaine. Le projet s'inscrit également dans le droit fil de la stratégie de prêt du Groupe de la Banque pour le Ghana, qui est de réduire la

pauvreté par une croissance plus équitable et l'amélioration de l'état de santé de la population. Les pauvres vivant dans ces localités mal desservies bénéficieront du projet. En particulier, celui-ci étendra l'accès aux soins de santé primaires de qualité sous la forme de services SMI pour les femmes enceintes et les nourrices, de la planification familiale et de la lutte contre les maladies endémiques, et réduira le nombre de jours de bonne santé perdus pour cause de maladie, accroissant ainsi, dans sa zone d'influence, les chances d'une meilleure production économique et d'une plus grande productivité.

7.1.2. La recrudescence du paludisme et l'ampleur de l'épidémie de VIH/sida sont alarmantes. En l'absence de mesures de lutte, les revenus des ménages et l'épargne nationale seront fortement entamés par les dépenses accrues de santé qu'entraînent ces problèmes majeurs de santé publique. L'accès plus large à des soins de santé de qualité complets dont bénéficieront des communautés jusque là mal desservies comportera des avantages économiques pour les ménages, par suite de la diminution du nombre de jours de bonne santé perdus du fait de maladies, ce qui offrira plus de chances aux gens de s'adonner à des activités économiques productives.

7.1.3. Les dépenses au titre du projet seront concentrées dans deux districts, les deux services régionaux de transfusion sanguine à Secondi/Takoradi et Kumasi et le Centre national de transfusion d'Accra. Une partie des fonds sera utilisée pour l'acquisition de biens, de travaux et de services auprès des entreprises nationales, des ONG et d'autres associations à but non lucratif. Il en résultera des opportunités génératrices de revenus pour la population locale.

7.2 Avantages sociaux

7.2.1. La qualité et la couverture qu'offrent les services de santé publique au Ghana sont médiocres et irrégulièrement réparties en faveur, surtout, des zones urbaines. Le niveau sanitaire des démunis et des groupes défavorisés dans les districts, en particulier des femmes et des enfants, est encore pire parce qu'ils sont dans l'incapacité de payer les soins de santé du secteur privé. Ils dépendent entièrement des services de santé publique. Seuls les plus aisés peuvent se permettre de s'adresser aux prestataires de soins privés pour des services de qualité. On attend donc de ce projet un impact social positif pour la majorité des Ghanéens démunis.

7.2.2. L'accès à des soins de santé de qualité constitue l'un des obstacles aux soins de santé pour les femmes, spécialement dans les communautés rurales. Les infrastructures sanitaires en zone rurale sont souvent délabrées, mal équipées et manquent de personnel. Nombre de ruraux les délaissent et se rendent dans des centres plus urbanisés et plus éloignés à la recherche de meilleurs soins. Les hôpitaux de district et les centres de transfusion sanguine qui seront construits, équipés, meublés et pourvus en personnels correctement formés vont donc réduire les temps de déplacement et les frais afférents à cette recherche, ce qui dégagera du temps pour les ruraux (souvent les plus pauvres), qu'ils pourront consacrer à des activités plus productives.

7.2.3. Ces activités menées à bon terme offriront des soins de santé de base de meilleure qualité, avec une couverture plus étendue, à la population jusque là mal desservie des districts, en leur procurant de meilleurs services de santé génésique, des services de vaccination et de transfusion sans risque, des services de proximité et de lutte contre le VIH/sida et le paludisme. Ces services sauveront des milliers de vies humaines, augmenteront

la productivité et le bien-être social. Les énormes disparités femmes/hommes au plan de la charge de morbidité, telles que mesurées par les décès et les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), seront sensiblement réduites. Les messages relatifs au paludisme et au VIH/sida peuvent atteindre à plusieurs reprises des millions de personnes à la radio, dans les journaux, sur les affiches, dans les écoles et cliniques et partout où les gens se rassemblent. Si, par exemple, cinq millions de personnes ont acquis une meilleure connaissance de la prévention antipaludique et VIH/sida et que seulement 10 % changent leurs comportements en fonction de ces connaissances, les risques auront été diminués pour trois millions de Ghanéens et au moins 500 000 vies humaines pourraient être sauvées sur la durée de vie du projet.

7.2.4. Le niveau général de santé des mères et des enfants s'améliorera en raison de meilleurs services SMI/PF, et les revenus des ménages, qui seraient autrement dépensés dans les soins médicaux pour les malades, pourraient s'investir davantage dans l'alimentation familiale, ce qui serait bénéfique pour l'état nutritionnel. Les effets multiplicateurs se feront sentir avec le temps à mesure que les enfants en bonne santé et les générations futures mieux éduquées seront mieux en mesure de contribuer effectivement au développement national. Les initiatives éducatives et nutritionnelles de base du projet dans le cadre du programme PECIMI seront pour une part disproportionnée au bénéfice des enfants. La formation du personnel en santé génésique et contrôles maternels et aux techniques de réanimation pour les femmes en âge de procréer améliorera la qualité des services aux mères et, partant, la santé des femmes et des enfants.

7.2.5 Les données statistiques cumulatives du MdS indiquent que les receveurs de sang sont des femmes dans 60,72 % à 86,93 % des cas. Le développement des services de transfusion sanguine dans le cadre du projet augmentera la disponibilité de sang sécurisé pour les femmes enceintes, contribuant ainsi à une meilleure gestion des acheminements des patients vers d'autres centres, dans les cas graves de paludisme, d'anémie des femmes enceintes et de malnutrition des femmes et des enfants. Seront considérablement réduits les risques de transmission d'une infection à VIH ou à l'hépatite B à partir du sang transfusé et d'une mère proche de l'accouchement à son enfant à naître.

7.2.6. Le projet sera l'occasion d'institutionnaliser et de traduire en actes les engagements internationaux pris par le Ghana aux conférences du Caire, de Copenhague, de Beijing et d'Istanbul, ainsi qu'au titre de la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, par l'attention particulière qu'il prête aux besoins de santé des femmes, ce qui réduira les obstacles à l'accès aux services de santé de base liées au genre, en diminuant les écarts entre les deux sexes.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

8.1 Conclusions

8.1.1. Le projet est réalisable, souhaitable et prend en compte les domaines prioritaires majeurs du deuxième Programme de travail quinquennal pour le secteur de la santé, la Vision du Groupe de la Banque et ses politiques sociales, ainsi que sa stratégie-pays pour le Ghana.

8.1.2. Le projet appuiera la stratégie du gouvernement en matière de réduction de la pauvreté (GPRS) en mettant à la disposition des pauvres des services de santé de qualité et

financièrement supportables. Il constitue un complément aux actions de l'État en ce qui concerne le renforcement des capacités, la lutte contre le VIH/sida et la lutte antipaludique, et une approche ascendante du développement national, qui s'attache avec plus d'attention à atteindre les démunis et les groupes vulnérables au niveau des districts.

8.1.3. Les partenaires au développement ont fait savoir qu'ils appuyaient fortement le deuxième Programme de travail quinquennal pour le secteur de la santé. Ils y ont engagé des financements à des niveaux sans précédent afin d'aider le gouvernement à faire avancer le dossier de sa mise à exécution, avec pour objectif la promotion de l'équité, et un accent particulier sur la réduction des inégalités d'accès aux services de santé liées au genre, en particulier dans les communautés pauvres et mal desservies. Le Gouvernement ghanéen est par conséquent fortement déterminé à l'exécuter. Sous ce rapport, le MdS a organisé plusieurs rencontres avec les parties prenantes et les bénéficiaires principaux pour discuter des volets du projet et des dispositions institutionnelles à prendre pour son exécution et pour les tenir à jour des évolutions dans le secteur.

8.2. Recommandations et conditions d'approbation du prêt

8.2.1. Il est recommandé d'accorder au Gouvernement ghanéen un prêt FAD n'excédant pas 18,58 millions d'UC pour l'exécution du projet décrit dans ce rapport. Ce prêt sera subordonné à la réalisation des conditions suivantes :

A. Conditions préalables à l'entrée en vigueur

8.2.2. L'entrée en vigueur de l'accord de prêt sera subordonnée à la réalisation par l'emprunteur des conditions énoncées à la section 5.01 des Conditions générales applicables aux accords de prêt et de garantie de la Banque.

B. Conditions préalables au premier décaissement

8.2.3. Le Fonds n'a l'obligation d'effectuer le premier décaissement du prêt qu'à l'entrée en vigueur de l'accord de prêt et à la condition que l'emprunteur ait rempli les conditions ci-après :

l'emprunteur devra :

- i. apporter la preuve que les co-bailleurs alloueront les ressources telles qu'énoncées documentées dans le projet (paragraphe 4.5.6 et 4.5.8.) ;
- ii. apporter au Fonds la preuve du renforcement de la commission de coordination existante au sein du ministère de la Santé par l'intégration du directeur de la mobilisation des ressources extérieures, ministère des Finances, en qualité de coprésident (paragraphe 5.2.1.) ;
- iii. nommer des homologues locaux acceptables pour le Fonds, aux postes suivants (paragraphe 5.1.1.) :
 - a. directeur du projet
 - b. architecte (un)

- c. comptable
 - d. chargé de la passation des marchés
- iv. ouvrir, dans une institution financière acceptable pour le Fonds, un compte spécial destiné à recevoir des parties des ressources du prêt (paragraphe 5.5.2.) ;

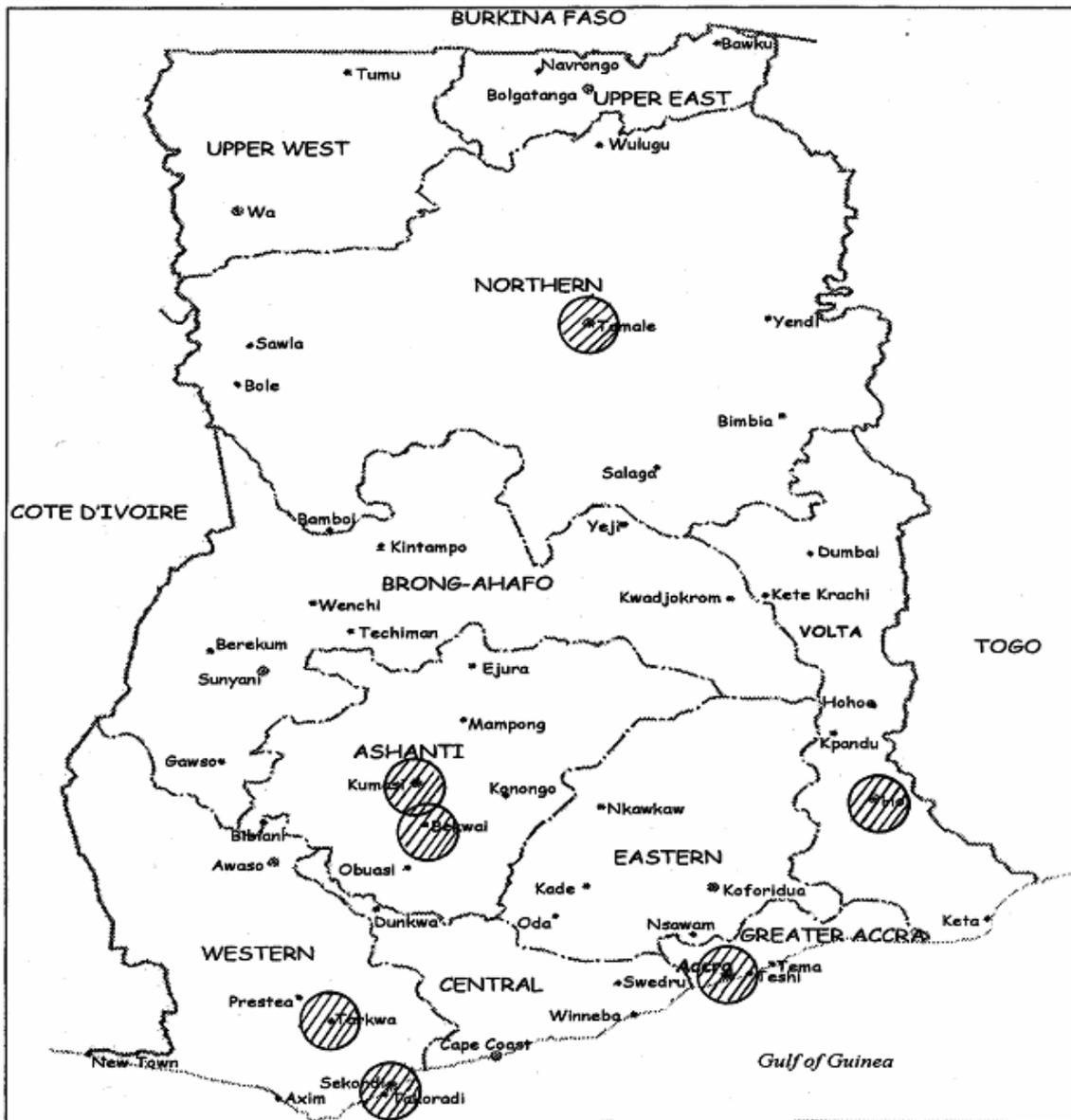
C. Autres conditions

L'emprunteur devra :

- i. dans les trois (3) mois suivant l'entrée en vigueur de l'accord de prêt, un programme comportant toutes les activités de formation prévues pour les personnels de santé de district (paragraphe 4.5.3.).

REPUBLIQUE DU GHANA
PROJET DE REHABILITATION DES SERVICES DE SANTE III
CARTE DU GHANA COMPORTANT LES SITES DU PROJET

ANNEXE I



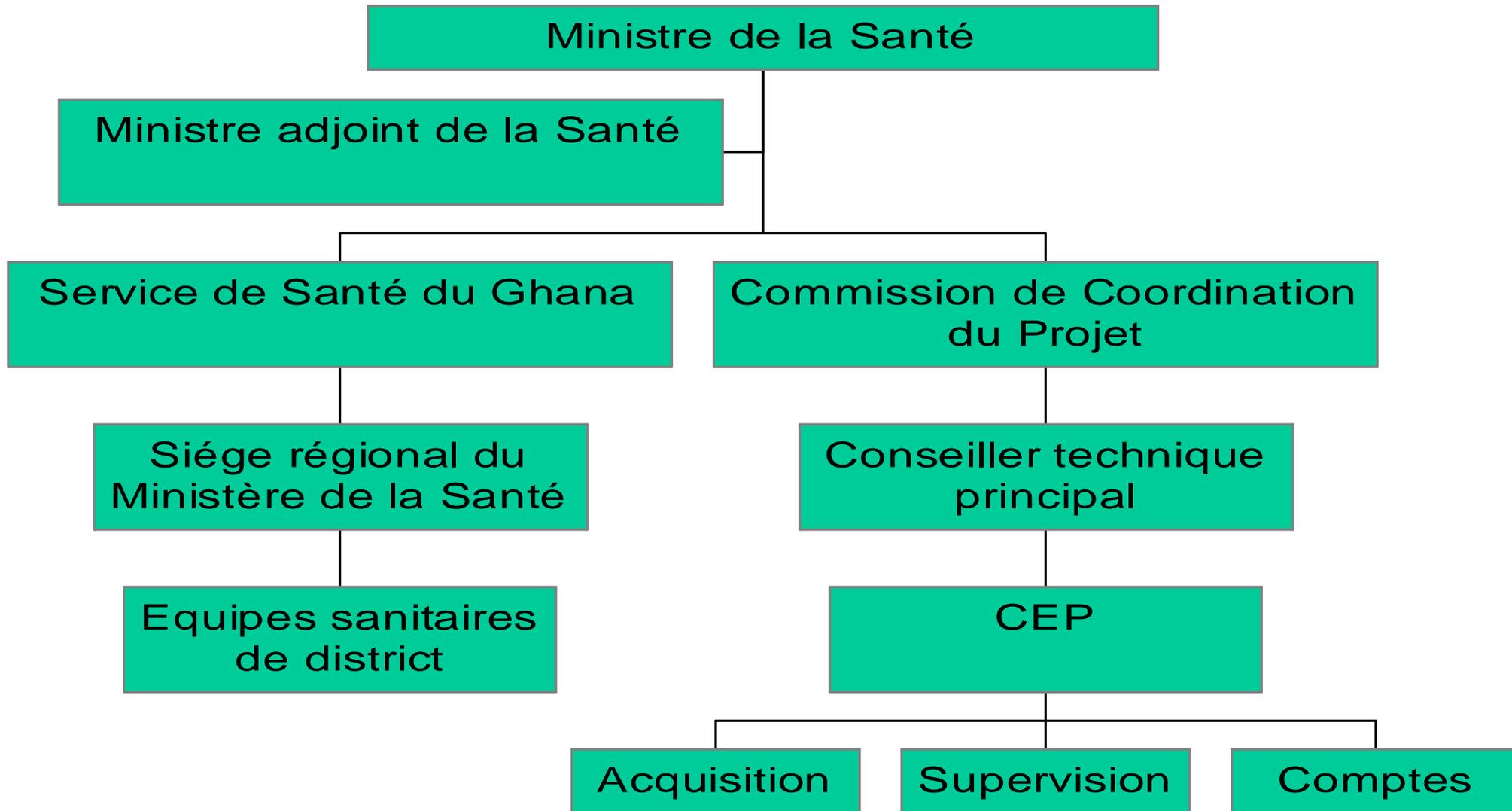
Cette carte a été fournie par le personnel de la Banque Africaine de Développement exclusivement à l'usage des lecteurs du rapport auquel elle est jointe. Les dénominations utilisées et les frontières figurant sur cette carte n'impliquent de la part du Groupe de la BAD et de ses membres aucun jugement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

REPUBLIQUE DU GHANA
Résumé des opérations du Groupe de la Banque (en millions d'UC)
(Projets approuvés et en cours)

Titre du secteur/projet	Source de financement	Date d'approbation	Date d'entrée en vigueur	Date butoir dernier décaissement	Montant approuvé	Montant décaissé	Montant annulé	Réliquat à décaisser	Pourcentage décaissé	Etat d'exécution
AGRICULTURE										
1	FAD	17/09/1990	11/03/1994	31/12/2002	23,24	19,01	0,00	4,14	82%	En cours
2	FAD	17/09/1990	11/03/1994	31/12/2002	2,08	1,31	0,00	0,77	82%	En cours
3	FAD	12/10/1997	13/06/2000	30/06/2004	10,00	1,22	0,00	8,78	63%	En cours
4	FAD	04/12/1997	25/08/2000	30/06/2004	15,00	1,14	0,00	13,86	12%	En cours
5	FAT	09/09/1998	26/04/1999	20/11/2001	0,70	0,50	1,37	0,20	8%	En cours
6	FAD	14/07/1999	13/06/2003	31/03/2003	15,00	8,09	0,17	6,91	72%	En cours
7	FAD	31/10/2000	24/12/2001	30/06/2008	9,89	0,00	0,00	9,89	54%	En cours
8	FAD	03/05/2000		30/06/2004	0,62	0,00	0,00	0,62	0%	En cours
9	FAD	17/05/2000	17/08/2001	31/03/2004	0,71	0,71	0,02	0,00	0%	En cours
10	FAD	07/09/2000	27/03/2002	31/12/2003	3,58	0,00	0,00	3,58	100%	En cours
11	FAD	18/05/2001	06/06/2002	31/12/2007	14,95	0,00	0,00	14,95	0%	Pas encore en vigueur
12	FAD	10/10/2001	Pas encore en vigueur	31/12/2008	19,58	0,00	0,00	19,58	0%	Pas encore en vigueur
13	FAD	03/07/2001	Pas encore en vigueur		7,00	0,00	0,00	0,00	0%	Pas encore en vigueur
Total partiel I					122,35	31,99	0,00	90,37	26%	
TRANSPORT										
1	FAD	15/12/1997	26/12/2002	31/03/2003	10,00	0,96	0,00	9,04	10%	En cours
2	FAD	26/11/1985	22/07/1986	31/12/2002	23,67	13,57	0,00	10,11	57%	En cours
3	FAT	20/10/1999	13/02/2002	31/12/2002	1,16	0,00	0,00	1,16	0%	En cours
4	FAD	11/12/2000	24/05/2001	31/12/2005	25,00	0,00	0,00	25,00	0%	En cours
5	FAD	17/04/2002	Pas encore en vigueur	31/12/2006	14,70	0,00	0,00	14,70	0%	Pas encore en vigueur
Total partiel IV					74,53	14,53	0,00	60,01	19%	
SOCIAL										
1	FAD	09/01/1997	20/09/1999	31/12/2002	12,00	4,86	0,00	7,14	41%	En cours
2	FAD	10/12/1997	04/05/1999	31/12/2002	11,00	2,87	0,00	8,13	26%	En cours
Total partiel V					23,00	7,73	0,00	15,27	34%	
MULTISECTORIEL										
1	FAT	28/10/1998	10/12/1999	31/10/2002	2	0,39	0,00	1,61	20%	En cours
2	FAD	29/03/2001	17/07/2001	30/09/2002	39	39	0,00	0,00	100%	En cours
3	FAT	14/11/2001	Pas encore en vigueur	31/12/2004	3	0	0,00	3	0	Pas encore en vigueur
Total partiel VI					44	39,39	0,00	4,61	90	
65 TOTAL GENERAL					263,88	93,63	0,00	170,25	35%	
Projets effectifs					81,97	0	0,00	81,97	0%	
Projets non effectifs					181,91	93,63	0,00	88,28	51%	
TOTAL					263,88	93,63	0,00	170,25	35%	

3	Appui institutionnel à la gouvernance et réduction de la pauvreté	FAT	14/11/2001	Pas encore en vigueur	31/12/2004	3	0	0,00	3	0	Pas encore en vigueur
Total partiel VI						44	39,39	0,00	4,61	90	
65 TOTAL GENERAL						263,88	93,63	0,00	170,25	35%	
Projets effectifs						81,97	0	0,00	81,97	0%	
Projets non effectifs						181,91	93,63	0,00	88,28	51%	
TOTAL						263,88	93,63	0,00	170,25	35%	

REPUBLIQUE DU GHANA
ROJET DE REHABILITATION DES SERVICES DE SANTE III



GHANA – IIIE PROJET DE SANTE
DETAIL DES COUTS ESTIMATIFS

(en dollars des E.-U.)

CATEGORIES DE DÉPENSES

Biens
Travaux
Services
Frais d'exploitation
Divers

VOLET 1 : RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTE DE DISTRICT

Sous-volet 1.1: Amélioration de l'accès et de la qualité

BIENS	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%
Mobilier pour l'hôpital de district de Bekwai	Lot	1	300,000	300,000	30,000	330,000	35,877	365,877	100 %	1,00 %
Équipements de l'hôpital de district de Bekwai (y compris 1 ambulance et 1 camionnette)	Lot	1	2,000,000	2,000,000	200,000	2,200,000	239,179	2,439,179	100 %	6,66 %
Produits pharmaceutiques & fournitures pour l'hôpital de district de Bekwai	Lot	1	50,000	50,000	5,000	55,000	5,979	60,979	100 %	0,17 %
Mobilier pour l'hôpital de district de Tarkwa	Lot	1	300,000	300,000	30,000	330,000	35,877	365,877	100 %	1,00 %
Équipements pour l'hôpital de district de Tarkwa (y compris 1 ambulance et 1 camionnette)	Lot	1	2,000,000	2,000,000	200,000	2,200,000	239,179	2,439,179	100 %	6,66 %
Produits pharmaceutiques & fournitures pour l'hôpital de district de Tarkwa	Lot	1	50,000	50,000	5,000	55,000	5,979	60,979	100.0 %	0,17 %
Équipements de Maintenance pour les hôpitaux de district	Lot	1	300,000	300,000	30,000	330,000	35,877	365,877	100 %	1,00 %
Total : Sous-volet Biens 1.1.1				5,000,000	500,000	5,500,000	597,948	6,097,948	100 %	16,65 %
TRAVAUX	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%
<i>Hôpital de district de Bekwai</i>										
Bâtiments (approx 6,000 m ² @ 500 USD/m2)	Lot	1	3,000,000	3,000,000	300,000	3,300,000		358,769	3,658,769	1,17 %
Préparation site, voies routières et aménagements paysagers	Lot	1	350,000	350,000	35,000	385,000	41,856	426,856		1,17 %
Passages – piétons couverts	Lot	1	120,000	120,000	12,000	132,000	14,351	146,351		0,40 %
Clôtures et portails (grillages)	Lot	1	100,000	100,000	10,000	110,000	11,959	121,959		0,33 %
Adduction d'eau et assainissement	Lot	1	220,000	220,000	22,000	242,000	26,310	268,310		0,73 %
Réseau électrique extérieur	Lot	1	500,000	500,000	50,000	550,000	59,795	609,795		1,66 %
Général et préliminaires (15% des travaux de génie civil)	Lot	1	643,500	643,500	64,350	707,850	76,956	784,806		2,14 %
Sous-total : Hôpital de district de Bekwai				4,933,500	493,350	5,426,850	589,996	6,016,846		16,43 %
<i>Hôpital de district de Tarkwa</i>										
Nouveaux bâtiments (approx. 6,000 m ² @ 500 USD/m2)	Lot	1	3,000,000	3,000,000	300,000	3,300,000	358,769	3,658,769		9,99 %
Préparation site, voies routières et aménagements paysagers	Lot	1	350,000	350,000	35,000	385,000	41,856	426,856		1,17 %
Passages – piétons couverts	Lot	1	120,000	120,000	12,000	132,000	14,351	146,351		0,40 %
Clôtures et portails (grillages)	Lot	1	100,000	100,000	10,000	110,000	11,959	121,959		0,33 %
Adduction d'eau et assainissement	Lot	1	220,000	220,000	22,000	242,000	26,310	268,310		0,73 %
Réseau électrique extérieur	Lot	1	500,000	500,000	50,000	550,000	59,795	609,795		1,66 %
Général et préliminaires (15% des travaux de génie civil)	Lot	1	643,500	643,500	64,350	707,850	76,956	784,806		2,14 %
Sous-total : Hôpital de district de Tarkwa				4,933,500	493,350	5,426,850	589,996	6,016,846		16,43 %
Total : Sous-volet Travaux 1.1				9,867,000	986,700	10,853,700	1,179,991	12,033,691	65 %	32,86 %

	SERVICES										
	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%	
(C)	Services professionnels, Travaux civils, Tarkwa et Bekwai (14 %/trav. civils)										
	Lot	1	1,381,380	1,381,380	138,138	1,519,518	165,199	1,684,717	20,0 %	4,60 %	
	Cours de 18 mois pour 10 ophtalmologues (sous-régional)										
	Lot	10	7,000	70,000	7,000	77,000	8,371	85,371	100,0 %	0,23 %	
	Cours de 18 mois pour 10 oto-rhino-laryngologistes (sous-régional)										
	Lot	10	7,000	70,000	7,000	77,000	8,371	85,371	100,0 %	0,23 %	
	Cours de 18 mois pour 4 encadreurs infirmiers ophtalmologues (sous-régional)										
	Lot	4	7,000	28,000	2,800	30,800	3,349	34,149	100,0 %	0,09 %	
	Cours infirmiers de 18-en soins d'urgence et aux accidentés (sous-régional)										
	Lot	10	7,000	70,000	7,000	77,000	8,371	85,371	100,0 %	0,23 %	
	Formation de 12 mois en maintenance d'équipements										
	Lot	6	20,000	120,000	12,000	132,000	14,351	146,351	100,0 %	0,40 %	
	Formation de 12 mois en entretien de bâtiments										
	Lot	6	20,000	120,000	12,000	132,000	14,351	146,351	100,0 %	0,40 %	
	Programme de formation sous-régional										
	Lot	1	150,000	150,000	15,000	165,000	17,938	182,938	100,0 %	0,50 %	
	Bourses de 3 années pour 10 chirurgiens généralistes (dans le pays)										
	p/an	30	5,000	150,000	15,000	165,000	17,938	182,938	0,0 %	0,50 %	
	Cours généraux pour encadreurs d'infirmiers, 10 par an (dans le pays)										
	Lot	50	2,500	125,000	12,500	137,500	14,949	152,449	0,0 %	0,42 %	
	A/T (OMS), Serv. de transfusion sanguine										
	Lot	1	145,000	145,000	14,500	159,500	17,341	176,841	100,0 %	0,48 %	
	A/T (OMS), Gestion des déchets des soins de santé										
	p/mois	10	15,000	150,000	15,000	165,000	17,938	182,938	100,0 %	0,50 %	
	Total : Sous-volet services 1.1				2,579,380	257,938	2,837,318	308,467	3,145,785	46,5 %	8,59 %
(E)	DIVERS										
	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%	
	<i>Formation en service</i>										
	Cours d'1 semaine – techniques réanimation pour sages-femmes (20 participantex5 ans)										
	Lot	100	250	25,000	2,500	27,500	2,990	30,490	0,0 %	0,08 %	
	Cours d'1 semaine en techn. chirurgicales de base pour médecins (20x5)										
	Lot	100	400	40,000	4,000	44,000	4,784	48,784	0,0 %	0,13 %	
	Formation du personnel de santé dans le district de Wassa West										
	Lot	1	50,000	50,000	5,000	55,000	5,979	60,979	0,0 %	0,17 %	
	Formation du personnel de santé dans le district d'Amansie East										
	Lot	1	50,000	50,000	5,000	55,000	5,979	60,979	0,0 %	0,17 %	
	Formation du personnel de santé de district à la maintenance										
	Lot	1	4,708	4,708	471	5,179	563	5,742	0,0 %	0,02 %	
	Total : Sous-volet Maintenance 1.1				169,708	16,971	186,679	20,295	206,974	0,0 %	0,57 %
	RESUME DES COUTS PAR CATEGORIE : SOUS-VOLET 1.1				Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%
(A)	Biens				5,000,000	500,000	5,500,000	597,948	6,097,948	100,0 %	16,65 %
(B)	Travaux				9,867,000	986,700	10,853,700	1,179,991	12,033,691	65,0 %	32,86 %
(C)	Services				2,579,380	257,938	2,837,318	308,467	3,145,785	46,5 %	8,59 %
(E)	Divers				169,708	16,971	186,679	20,295	206,974	0,0 %	0,57 %
	Total : Sous-volet 1.1				17,616,088	1,761,609	19,377,697	2,106,702	21,484,399	71,6 %	58,66 %
	Sous-volet 1.2 : Appui aux programmes de prévention VIH/sida										
(A)	BIENS										
	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%	
	Trousses VIH et réactifs de labo (5 ans)										
	Lot	5	75,000	375,000	37,500	412,500	18,125	430,625		1,18 %	
	Équipement IEC										
	Lot	5	50,000	250,000	25,000	275,000	12,083	287,083		0,78 %	
	Équipements informatiques et logiciels pour services de transfusion										
	Lot	1	150,000	150,000	15,000	165,000	7,250	172,250		0,47 %	
	Fournitures médicales pour la prévention transmission mère - enfant										
	Lot	5	50,000	250,000	25,000	275,000	29,897	304,897		0,83 %	
	Fournitures accessoires										
	Lot	5	50,000	250,000	25,000	275,000	29,897	304,897		0,83 %	
	Total : Sous-volet Biens 1.2				1,275,000	127,500	1,402,500	97,253	1,499,753	100,0 %	4,09 %
(C)	SERVICES										
	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%	
	Expert IEC										
	p/mois	12	15,000	180,000	18,000	198,000	21,526	219,526	100 %	0,60 %	

	Expert SMI/PF	p/mois	12	15,000	180,000	18,000	198,000	21,526	219,526	100 %	0,60 %
	Total : Sous-volet Services 1.2				360,000	36,000	396,000	43,052	439,052	100,0%	1,20 %
	RÉSUMÉ DES COÛTS PAR CATÉGORIE : SOUS-VOLET 1.2				Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%
(A)	Biens				1,275,000	127,500	1,402,500	97,253	1,499,753	100,0 %	4,09 %
(C)	Services				360,000	36,000	396,000	43,052	439,052	100,0 %	1,20 %
	Total : Sous-volet 1.2				1,635,000	163,500	1,798,500	140,306	1,938,806	100,0 %	5,29 %
	RÉSUMÉ DES COÛTS PAR CATÉGORIE : VOLET 1				Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	.% devises	%
(A)	Biens				6,275,000	627,500	6,902,500	695,202	7,597,702	100,0 %	20,74 %
(B)	Travaux				9,867,000	986,700	10,853,700	1,179,991	12,033,691	65,0 %	32,86 %
(C)	Services				2,939,380	293,938	3,233,318	351,519	3,584,837	53,0 %	9,79 %
(E)	Divers				169,708	16,971	186,679	20,295	206,974	0,0 %	0,57 %
	Total : volet 1				19,251,088	1,925,109	21,176,197	2,247,008	23,423,205	73,9 %	63,95 %
	VOLET 2 : APPUI AUX SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE										
	BIENS	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%
	Équipement et mobilier, Unité principale du CTS d'Accra	Lot	1	1,270,000	1,270,000	127,000	1,397,000	151,879	1,548,879	100 %	4,23 %
	Équipement et mobilier du centre hospitalier d'enseignement de Komfo Anokye, CTS de Kumasi	Lot	1	225,000	225,000	22,500	247,500	26,908	274,408	100 %	0,75 %
	Équipement et mobilier, CTS de l'hôpital régional de Secondi	Lot	1	225,000	225,000	22,500	247,500	26,908	274,408	100 %	0,75 %
	Équipement et mobilier, l'hôpital régional de Tamale 1	Lot	1	130,000	130,000	13,000	143,000	15,547	158,547	100 %	0,43 %
	Équipement et mobilier, l'hôpital régional de Ho	Lot	1	130,000	130,000	13,000	143,000	15,547	158,547	100 %	0,43 %
	Consommables pour une année	Lot	1	500,000	500,000	50,000	550,000	59,795	609,795	100 %	1,66 %
	Total: Volet Biens 2				2,480,000	248,000	2,728,000	296,582	3,024,582	100,0%	
	TRAVAUX	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devises	%
	Unité princ. du CTS d'Accra (4,700 m2 nlls installations @ USD 800/m2)	Lot	1	3,760,000	3,760,000	376,000	4,136,000	449,657	4,585,657		12,52 %
	CHU de Komfo Anokye, Kumasi (réhabilitation/remodelage)	Lot	1	450,000	450,000	45,000	495,000	53,815	548,815		1,50 %
	Hôpital régional de Secondi (réhabilitation/agrandissement)	Lot	1	300,000	300,000	30,000	330,000	35,877	365,877		1,00 %
	Hôpital régional de Tamale 1	Lot	1	220,000	220,000	22,000	242,000	26,310	268,310		0,73 %
	Hôpital régional de Ho 1	Lot	1	210,000	210,000	21,000	231,000	25,114	256,114		0,70 %
	Total : Volet travaux de génie civil 2				4,940,000	494,000	5,434,000	590,773	6,024,773	65,0 %	16,45 %
	SERVICES	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	.% devises	%
	Services professionnels pour travaux de génie civil	Lot	1	450,000	450,000	45,000	495,000	53,815	548,815	80,0 %	1,50 %
	Formation et programmes spéciaux	Lot	1	458,000	458,000	45,800	503,800	54,772	558,572	100,0 %	1,53 %
	Assistance technique	Lot	1	753,900	753,900	75,390	829,290	90,159	919,449	100,0 %	2,51 %
	Total : Volet services 2				1,661,900	166,190	1,828,090	198,746	2,026,836	94,6 %	5,53 %
	RÉSUMÉ DES COÛTS PAR CATÉGORIE : VOLET 2				Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	.% devises	%
	Biens				2,480,000	248,000	2,728,000	296,582	3,024,582	100,0%	8,26%
	Travaux				4,940,000	494,000	5,434,000	590,773	6,024,773	65,0%	16,45%
	Services				1,661,900	166,190	1,828,090	198,746	2,026,836	94,6 %	5,53 %
	Total : Volet 2				9,081,900	908,190	9,990,090	1,086,101	11,076,191	80,0 %	30,24 %

VOLET 3 : GESTION DU PROJET	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devise	%
Équipement informatique et logiciels généraux	Nos	4	3,000	12,000	1,200	13,200	580	13,780		0,04 %
Imprimantes	Nos	4	1,500	6,000	600	6,600	290	6,890		0,02 %
Photocopieurs	Nos	1	6,000	6,000	600	6,600	290	6,890		0,02 %
Véhicules du projet	Nos	2	35,000	70,000	7,000	77,000	3,383	80,383		0,22 %
Équipement général de bureau	Lot	1	5,000	5,000	500	5,500	242	5,742		0,02 %
Total: Volet BIENS 3				99,000	9,900	108,900	4,785	113,685	100 %	0,31 %
SERVICES	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devise	%
Renforcement institut./Gestion de projet PNUD (4 personnes)	p/mois	240	6,000	940,000	94,000	1,034,000	112,414	1,146,414	100,0 %	3,13%
Cabinet d'audit pour audit annuel comptes du projet	Lot	5	15,000	75,000	7,500	82,500	8,969	91,469	40,0 %	0,25%
Total: Volet des Services 3				1,015,000	101,500	1,116,500	121,384	1,237,884	95,6 %	3,38%
FRAIS D'EXPLOITATION	Unité	Nos	Coût unit.	Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devise	%
Contrepartie MdS du coordonnateur du projet	P/mois	60	2,000	120,000	12,000	132,000	14,351	146,351	0,0 %	0,40 %
Contrepartie MdS du planificateur physique /architecte	P/mois	60	1,500	90,000	9,000	99,000	10,763	109,763	0,0 %	0,30 %
Contrepartie MdS du comptable du projet (à temps partiel)	P/mois	36	1,000	36,000	3,600	39,600	4,305	43,905	0,0 %	0,12 %
Contrepartie MdS du responsable de l'acquisition (temps partiel)	P/ois	36	1,000	36,000	3,600	39,600	4,305	43,905	0,0 %	0,12 %
Personnel de secrétariat et chauffeurs	Lot	5	20,000	100,000	10,000	110,000	11,959	121,959	0,0 %	0,33 %
Bureaux pour l'appui institutionnel	Lot	5	30,000	150,000	15,000	165,000	17,938	182,938	0,0 %	0,50 %
Coûts d'exploitation des véhicules (2 véhicules/5 ans)	Lot	10	5,000	50,000	5,000	55,000	5,979	60,979	80,0 %	0,17 %
Fournitures diverses/accessoires	Lot	5	5,000	25,000	2,500	27,500	2,990	30,490	60,0 %	0,08 %
Télécommunications	Lot	5	5,000	25,000	2,500	27,500	2,990	30,490	100,0 %	0,08 %
Voyages aller-retour – Accra/Abidjan	Lot	3	1,000	3,000	300	3,300	359	3,659	100,0 %	0,01 %
Total: Volet frais d'exploitation 3				635,000	63,500	698,500	75,939	774,439	13,1 %	2,11 %
RÉSUMÉ DES COÛTS PAR CATÉGORIE : VOLET 3				Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devise	%
Biens				99,000	9,900	108,900	4,785	113,685	100,0 %	0,31 %
Services				1,015,000	101,500	1,116,500	121,384	1,237,884	95,6 %	3,38 %
Frais d'exploitation				635,000	63,500	698,500	75,939	774,439	13,1 %	2,11 %
RÉSUMÉ DES COÛTS PAR CATÉGORIE : TOTAL PROJET				1,749,000	174,900	1,923,900	202,108	2,126,008	65,8 %	5,80 %
				Coût de base	Cont phy	S/total	Con. prix	Total	% devise	%
Biens				8,854,000	885,400	9,739,400	996,569	10,735,969	100,0 %	29,31 %
Travaux				14,807,000	1,480,700	16,287,700	1,770,764	18,058,464	65,0 %	49,31 %
Services				5,616,280	561,628	6,177,908	671,649	6,849,557	73,0%	18,70%
Frais d'exploitation				635,000	63,500	698,500	75,939	774,439	13,1%	2,11%
Divers (formation locale)				169,708	16,971	186,679	20,295	206,974	0,0%	0,57%
TOTAL COÛTS DU PROJET				30,081,988	3,008,199	33,090,187	3,535,217	36,625,404	75,3 %	100,00 %
<i>% du coût de base</i>				<i>100,0 %</i>	<i>10,0 %</i>	<i>110,0 %</i>	<i>11,8 %</i>	<i>12,8 %</i>		
<i>% du coût total</i>				<i>82,1 %</i>	<i>8,2 %</i>	<i>90,3 %</i>	<i>9,7 %</i>	<i>100,0 %</i>		
En unités de compte				24,125,228	2,412,523	26,537,751	2,835,182	29,372,933		

ANNEES	2 0 0 2												2 0 0 3												2 0 0 4												2 0 0 5												2 0 0 6												2 0 0 7												2 0 0 8																							
MOIS	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ACTIVITE																																																																																																
ACQUISITIONS (SUITE)																																																																																																
HOPITAUX DE DISTRICT:																																																																																																
Approval of Tender Documents																																																																																																
Période des appels d'offres																																																																																																
Analyse/Recommandation																																																																																																
Approbation du FAD																																																																																																
Signature du contrat																																																																																																
Livraison et installation																																																																																																
CENTRES DE TRANSFUSION SANGUINE:																																																																																																
Approbation des docs. d'appels d'offres																																																																																																
Période des appels d'offres																																																																																																
Analyse/Recommandation																																																																																																
Approbation du FAD																																																																																																
Signature du contrat																																																																																																
Livraison et installation																																																																																																
ACTIVITES DE FORMATION:																																																																																																
Approbation du Programme de formation																																																																																																
Services sanitaires de district (annuellement)																																																																																																
Services de transfusion sanguine																																																																																																
ASSISTANCE TECHNIQUE:																																																																																																
Approbations du FAD																																																																																																
Gestion du Projet PNUD/FND/FAD																																																																																																
Services de santé de district																																																																																																
Programme prévention VIH/sida																																																																																																
Services de transfusion sanguine																																																																																																
Commissaires aux comptes																																																																																																
SUPERVISION FAD																																																																																																
Visites de terrain																																																																																																
RAP																																																																																																
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	2 0 0 2												2 0 0 3												2 0 0 4												2 0 0 5												2 0 0 6												2 0 0 7												2 0 0 8																							

REPBLIQUE DU GHANA
IIIe PROJET DE RÉHABILITATION DES SERVICES DE SANTÉ
LISTE PROVISOIRE DES BIENS ET SERVICES

	CATEGORIE	Dollars EU (millions)			UC (millions)			Co-bailleurs	
		Devises	M.L	TOT	Devises	M.L	TOT	FAD	ETAT
1.	BIENS								
1.1	Mobilier pour les hôpitaux de district	0,600	0,000	0,600	0,481	0,000	0,481	0,481	
1.2	Équipements pour les hôpitaux de district	4,000	0,000	4,000	3,208	0,000	3,208	3,208	
1.3	Prods. Pharm. pour les services de santé de district	0,100	0,000	0,100	0,080	0,000	0,080	0,080	
1.4	Équipements, pharmacie & fournitures pour VIH/sida	1,275	0,000	1,275	1,023	0,000	1,023	1,023	
1.5	Équipements pour la gestion du projet	0,099	0,000	0,099	0,079	0,000	0,079	0,079	
2.	Travaux								
2.1	Hôpitaux de district	6,414	3,453	9,867	5,144	2,770	7,913	6,663	1,250
3.	SERVICES SPECIALISES								
3.1	Services professionnels (trav. civils) hôpitaux de district	0,276	1,105	1,381	0,222	0,886	1,108	1,108	
3.2	Training Programme (sub-regional and in-country)	0,388	0,275	0,663	0,311	0,221	0,532	0,532	
3.3	Programme Formation (Maintenance bât. & équipements)	0,200	0,000	0,200	0,160	0,000	0,160	0,160	
3.3	Assistance technique Serv. santé et CTS	0,145	0,000	0,145	0,116	0,000	0,116	0,116	
3.4	Assistance technique en gestion des déchets	0,150	0,000	0,150	0,120	0,000	0,120	0,120	
3.5	Assistance technique au programme VIH/sida	0,360	0,000	0,360	0,289	0,000	0,289	0,289	
3.6	Assistance technique – Appui institut./gestion projet	1,440	0,000	1,440	1,155	0,000	1,155	1,155	
3.7	Audit annuel	0,030	0,045	0,075	0,024	0,036	0,060	0,060	
4.	FRAIS D'EXPLOITATION								
4.1	Gestion de projet	0,083	0,552	0,635	0,067	0,443	0,509	0,067	0,443
5.	DIVERS								
5.1	Formation locale en service	0,000	0,165	0,165	0,000	0,132	0,132	0,132	
	Coût de base	15,560	5,596	21,155	12,479	4,488	16,966	15,274	1,693
	Provisions pour aléas physiques	1,556	0,560	2,116	1,248	0,449	1,697	1,527	0,169
	Provisions pour hausses des prix	1,799	0,669	2,468	1,442	0,537	1,979	1,777	0,202
	Coût total	18,914	6,824	25,739	15,169	5,473	20,642	18,578	2,064