



Belgische Technische Coöperatie nv
Coopération Technique Belge sa

RAPPORT FINAL

SUIVI DU CREDIT D'APPUI A LA STRATEGIE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE (CASRP 2) – SPA V

BKF0301441 / NI : 19256/11

INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION.

Pays : Burkina Faso

Secteur et sous –secteur CAD : 51010 aide budgétaire & 12110 politique de santé

Institution nationale ou régionale
chargée de l'exécution :

Agences d'exécution : Coopération Technique Belge

Nbre d'experts en coopération internationale
de la CTB : néant

Durée de la prestation (selon AS/CS) : 25 mois

Date de démarrage de la prestation :
Selon AS/CS : 03/12/2003
Effective : 01/03/2004

Date de clôture de la prestation :
Selon AS/CS : 31/12/2005
Effective : 31/12/2005

Modalités de gestion de la prestation : Régie

Budget total de la prestation : 171.000 Euros

Période couverte par le rapport : : mars 2004 à décembre 2005

Annexes		Oui	Non
1.	Résumé des résultats		
2.	Etat des recettes et dépenses de l'année sous revue		
3.	Sous-traitance et appels d'offres		

PREMIÈRE PARTIE : APPRECIATION

Appréciez la pertinence et la performance de la prestation en utilisant les appréciations suivantes.

- 1. - Très satisfaisant
- 2. - Satisfaisant
- 3. - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
- 4. - Non satisfaisant
- X. - Sans objet

Inscrivez vos réponses dans la colonne correspondant à votre rôle dans l'exécution de la prestation :

	Responsable CTB de l'exécution
PERTINENCE¹ (cf. PRIMA, §70, p.19)	
1 Quelle est la pertinence de la prestation par rapport aux priorités nationales de développement?	1
2 Quelle est la pertinence de la prestation par rapport à la politique belge de développement? Indiquez votre score par rapport aux trois thèmes ci-dessous :	2
a) Genre	X
b) Environnement	X
c) Economie sociale	X
3. Les objectifs de la prestation étaient-ils toujours pertinents ?	3
4. La prestation a-t-elle répondu aux besoins des groupes cibles?	2
5. En fonction de ses objectifs, la prestation s'est-elle appuyée sur les organes locaux d'exécution appropriés?	2

¹ Selon le PRIMA, §70, p 19, il s'agit "d'apprécier si les choix des objectifs, les choix des groupes cibles et des organes locaux d'exécution restent pertinents et cohérents par rapport aux principes généraux relatifs à une aide efficace et efficiente, ainsi que par rapport à l'application des politiques et stratégies locales, régionales, internationales et belges de développement ».

	Responsable CTB de l'exécution
PERFORMANCE² (PRIMA, §71, pp.19-20)	
1. Les résultats obtenus par la prestation ont-ils contribué à la réalisation de ses objectifs ³ ? (efficacité)	2
2. Appréciez la qualité des résultats intermédiaires (efficacité)	2
3. Les modalités de gestion de la prestation ont-elle été appropriées? (efficacité)	2
4. Les ressources de la prestation ont-elles été suffisantes sur le plan de (efficience) :	2
a. Ressources financières?	1
b. Ressources humaines ?	2
c. Matériel et équipements ?	X
5. Les ressources de la prestation ont-elles été utilisées efficacement et optimisées pour obtenir les résultats attendus? (efficience)	1
6. La prestation a-t-elle été satisfaisante sur le plan coût-efficacité par rapport à des interventions similaires? (efficience)	1
7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la prestation. (respect des délais)	1

² Selon le PRIMA, §71, pp. 19-20, il convient « d'apprécier et de mesurer les performances convenues dans les phases de préparation selon les 4 critères et les indicateurs établis pendant la formulation. (Les 4 critères sont efficacité, efficience, respect des délais et qualité du personnel).

³ voir annexe 1 pour plus de détails

Indiquez votre appréciation globale de la prestation *en utilisant les appréciations suivantes*:

- 1 - Très satisfaisant
- 2 - Satisfaisant
- 3 - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
- 4 - Non satisfaisant
- X - Sans objet

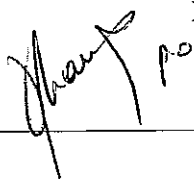
	Responsable CTB de l'exécution
Appréciation globale de la prestation	2

Malgré un démarrage laborieux, du au décalage chronologique entre le versement de l'appui budgétaire CASRP 2 et la disponibilité de l'expertise technique nécessaire à son suivi qui ont conduit à l'inocuité de cette démarche, il convient de souligner la pertinence et l'excellence de la prestation dans ces aspects liés à l'élaboration de la carte sanitaire.

Avec l'objectif pertinent de mettre à disposition du Ministère de la Santé un outil stratégique d'aide à la décision dans le cadre des appuis sectoriel et budgétaire, cette prestation s'est parfaitement inscrite dans les objectifs prioritaires de la partie nationale et correspondait même à une des toutes première priorité du PNDS. En identifiant clairement la DEP comme pilote de l'ensemble de l'exercice avec des appuis techniques de la partie belge, l'exécution n'a connu aucun problème majeur et s'est déroulée conformément au chronogramme prévu.

Au niveau de la performance de l'intervention, un même constat positif peut être fait Tant au niveau de l'efficience que de l'efficacité, l'on se retrouve devant une exécution exemplaire ayant atteint l'ensemble de ces résultats et objectifs. Avec un budget de moins de 200.000 euros, il s'agit d'une des prestations qui a connu le plus de visibilité et d'attente de la part de la partie nationale qui s'est entièrement approprié l'outil et continue à le développer après la clôture de l'intervention.

Responsable CTB de l'exécution



DEUXIÈME PARTIE : RÉSUMÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION.

1. Si nécessaire, décrivez l'objectif Spécifique et les Résultats Intermédiaires de la prestation, tels que mentionnés dans le document de projet ainsi que les changements opérés (quand, comment et pourquoi)

Lors de la signature de la Convention de mise en œuvre d'expertise, en date du 07/11/2003, il s'agissait de mettre en œuvre une expertise chargée du suivi du deuxième « Crédit d'Appui à la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (CASRP 2) ». Le CASRP 2 est un crédit de la Banque Mondiale accordé au Burkina Faso dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du Cadre Stratégique de réduction de la pauvreté. Dans cette optique, la Belgique a apporté un appui financier de 4 957.870 Euros au Burkina Faso pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pauvreté et plus particulièrement en support au Plan National de Développement Sanitaire. Cet appui a été versé sous forme de don associé au Crédit CASRP de la banque Mondiale et a été versé dès décembre 2002 sur le Trust Fund 050571 ouvert dans ce but par la Banque Mondiale.

Dans ce cadre, l'expertise confiée à la CTB consistait essentiellement à participer, au nom de l'Etat Belge, à toutes les missions de suivi et de contrôle ayant pour objet l'utilisation dudit CASRP 2, particulièrement en ce qui concerne ses effets induits sur le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS). En résumé, les termes de références de cette expertise consistait à participer au suivi de l'état d'avancement du CASRP 2, d'en informer l'Etat Belge et, enfin, de procéder au suivi administratif et financier de la prestation et de l'expertise. Quatre missions internationale avaient été programmées à cet effet.

Ce don belge a été versé à la Banque Mondiale en décembre 2002 (dernier mois de l'année couvrant le CASRP 2) et reversé par la Banque Mondiale au Burkina Faso en mars 2003, alors que la Banque avait, dans le même temps, déjà commencé les versement du troisième crédit, CASRP 3. Le cofinancement belge connaissait déjà un décalage temporel dans son suivi, puisqu'à cheval entre les CASRP 2 et 3.

De plus, la Convention de mise en œuvre d'expertise, quant à elle, n'a été signée qu'en novembre 2003, alors que dès janvier 2004 commençait, pour la Banque, les versements du CASRP 4 ! Cette première mission d'expertise de la CTB, qui s'est déroulée en mars 2004, a participé à la mission de pré évaluation du CASRP 4 qui pour sa part, ne bénéficie pas d'un cofinancement de la Belgique. C'est ainsi, qu'à l'issue de cette mission, il a été décidé d'un commun accord entre la DGCD et la CTB, de revoir les objectifs et résultats de cette intervention, tout en gardant son objectif de base : un appui général au Programme National de Développement Sanitaire dans le cadre des aides budgétaires de lutte contre la pauvreté.

Suite aux recommandations de la mission CTB de mars 2004, un avenant à cette convention a été signé en septembre 2004. celui-ci actualisait d'une part la durée de la convention qui viendrait dorénavant à échéance le 31 décembre 2004 et, d'autre part, définissait les

nouveaux objectifs et résultats de l'intervention, dorénavant centrée sur un appui au Ministère de la Santé dans le cadre de l'élaboration de la carte sanitaire du Burkina Faso.

Dans ce cadre, les nouveaux résultats attendus de cette intervention sont les suivants, selon les termes du 1^{er} avenant :

- Participer au suivi de l'état d'avancement du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté ;
- Appui la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé dans le cadre de la confection de la carte sanitaire du Burkina Faso
- Informer l'Etat Belge et suivre les aspects administratifs et financiers de la prestation et de l'expertise.

Un second avenant à la convention a été signé en mars 2005 prolongeant la durée de sa validité jusqu'au 31 décembre 2005.

2. Dans quelle mesure l'objectif spécifique et les résultats intermédiaires de la prestation a-t-il été atteint ?

A/ Participation au suivi de l'état d'avancement du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

Dans ce cadre, une première mission s'est déroulée au cours du mois de mars 2004, lors de la mission conjointe Banque Mondiale – FMI de suivi du CASRP. Comme indiqué plus haut, cette mission conjointe avait pour objectif principal de mettre en place les outils et indicateurs d'évaluation de la quatrième tranche du CASRP (CASRP 4) alors que la Belgique n'a participé qu'au financement du CASRP 2. Dans ce cadre, dans son rapport, la mission a proposé de réorienter les fonds de l'appui technique au CASRP vers un appui plus spécifique au secteur de la santé et plus particulièrement un appui à la DEP du Ministère de la Santé dans le cadre de la réalisation de la carte sanitaire du Burkina Faso. Cette recommandation était d'autant plus pertinente que fin 2003 le Burkina a été retiré de la liste des pays partenaires de la Belgique. Dans cette circonstance particulière, il était bien évident qu'aucun nouveau financement au CASRP ne serait effectué et que les participations aux missions conjointes de suivi étaient vaines. Par contre, un appui à la mise en place de cet outil stratégique qu'est la carte sanitaire était appréhendé comme un renforcement technique pertinent dans la perspective des aides sectorielles et budgétaires au secteur de la santé.

Par la suite, la CTB et ses experts techniques n'ont plus participé aux missions conjointes du CASRP. Néanmoins, en vue d'inscrire la réalisation de la carte sanitaire dans le contexte du développement des aides sectorielles et budgétaires, il a été décidé de participer aux commissions de suivi du Programme National de Développement sanitaire (PNDS) ainsi qu'aux concertations des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé. C'est ainsi que la

CTB ou des experts mandatés par celle-ci ont participé aux réunions suivantes au cours des années 2004-2005 :

- Concertation des Partenaires techniques et Financiers du domaine de la santé : 4 réunions
- Commission « décentralisation » du comité de suivi du PNDS : 3 réunions
- Commission « approche sectorielle et financement de la santé » : 1 réunion
- Commission « Indicateurs de santé » : 1 réunion.

Notre participation active au sein de ces organes de dialogue et de suivi de l'approche sectorielle a permis de mieux inscrire la réalisation de la carte sanitaire dans le processus de mise en œuvre du PNDS et de faire partager avec l'ensemble des partenaires extérieurs et internes le déroulement de ce processus et son importance en tant qu'outil stratégique de décision des politiques de santé.

B/ Appui la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé dans la cadre de la confection de la carte sanitaire du Burkina Faso

Introduction générale

Suite à la signature de l'avenant à la CMOE dirigeant les reliquats financiers vers un appui à la confection de la carte sanitaire du Burkina Faso, la méthodologie suivante a été mise en place pour l'exécution de cette prestation

La Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé est désignée maître d'ouvrage. Dans ce cadre, elle est chargée des démarches méthodologiques et du pilotage du processus de réalisation de la carte. La CTB, pour sa part, mettra à la disposition de la DEP un cabinet d'expertise internationale chargé de la seconder et l'appuyer dans la mise en œuvre de l'exercice. La CTB, pour sa part, accompagnera l'ensemble du processus afin de le rendre transparent et participatif et de garantir une assurance de qualité des prestations fournies

Atelier de concertation sur la révision de la carte sanitaire, novembre 2004

La première étape du processus fut l'organisation par la DEP d'un atelier de concertation pour la révision de la carte sanitaire. Tenu à Kombissiri les 19 & 20 novembre 2004 et financé par les fonds CASRP 2, il a vu la participation de nombreux partenaires techniques et financiers ainsi que l'ensemble des services centraux et déconcentrés du Ministère de la santé. Les résultats attendus de cette rencontre portaient sur une harmonisation de la compréhension du concept de carte sanitaire et du contenu qu'elle renferme. C'est ainsi qu'en clôture de cet atelier les termes de références définitifs de la réalisation de la carte sanitaire, avec un aperçu détaillé de son contenu et des modalités de sa révision a été produit et validé par l'ensemble des participants. Il est à noter que c'est sur la base de ces termes de références que l'appel d'offre internationale pour le recrutement d'un cabinet spécialisé a été lancé.

Des débats de l'atelier, il est ressorti que cette carte avait un triple objectif, à savoir :

- Canaliser les interventions des responsables de la santé, des populations et des partenaires pour une répartition équitable des actions et des ressources en santé ;
- Fournir des informations utiles en vue d'une meilleure planification des interventions dans le secteur de la santé ;
- Contribuer efficacement à la mise en oeuvre et au suivi du Plan national de développement sanitaire, PNDS.

Dans cette optique, la carte sanitaire présente à un moment donné la situation sanitaire du pays, des régions et des districts sanitaires. C'est un véritable outil de plaidoyer, d'orientation, de planification et de suivi à la disposition des responsables de santé, des partenaires au développement, des collectivités locales et des personnes intéressées par le secteur de la santé. Elle détermine les limites des entités géographiques, administratives et sanitaires, le type d'infrastructures, les équipements et les ressources humaines nécessaires pour répondre aux besoins de soins curatifs, préventifs et réhabilitatifs de la population.

Cette carte sera descriptive, comparative, analytique, opérationnelle, pluridisciplinaire, dynamique et programmatique :

- descriptive parce qu'elle permet de faire la situation de l'existant à un moment donné ;
- comparative parce qu'elle permet d'une part de faire un rapprochement entre l'existant et la norme établie et d'autre part d'avoir une idée sur les disparités régionales et entre les districts sanitaires ;
- analytique parce qu'elle établit les interrelations dynamiques entre les différents niveaux du système de santé ;
- opérationnelle parce qu'elle donne un diagnostic rapide et une vision prospective pour faire une planification au niveau du district sanitaire et pour définir une politique régionale ou nationale ;
- pluridisciplinaire parce qu'elle embrasse l'ensemble des facteurs complexes du secteur santé ;
- programmatique parce qu'elle permet de déterminer les actions prioritaires à mener dans le temps ;
- dynamique parce qu'elle permet de faire des projections à partir de compléments d'informations et d'analyse suivant l'évolution du secteur santé

Contenu de la carte sanitaire.

Dès la tenue de l'atelier de Kombissiri, un consensus s'est dégagé sur le contenu de cette carte qui sera par la suite mis en oeuvre dans le cadre de l'élaboration physique de la carte. L'on retrouvera ici l'essentiel du contenu de la carte

I. Généralités sur le pays

Situation géographique (y compris climat)
Situation socio-culturelle
Situation politique et organisation administrative
Situation socio-économique
Situation démographique

II. Système national de santé

- Politique sanitaire nationale et plan national de développement sanitaire
- Le découpage sanitaire
- L'organisation administrative du Ministère
- Les Programmes prioritaires de santé
- L'offre de soins
- Le budget de la santé

III. Les infrastructures, au niveau national, par régions sanitaires (13 régions) et par districts (55 districts).

- Les infrastructures sanitaires du système national
- Le système privé
- Le secteur pharmaceutique
- Les laboratoires
- Dépistage et prise en charge du Sida
- Les intervenants en médecine traditionnelle
- Les institutions de formation
- L'office de santé des travailleurs

IV. Les ressources humaines (au niveau national, par régions sanitaires et par districts).

- La situation des Centres de santé par rapport aux normes
- La situation du personnel par qualification et par population

V. La situation sanitaire

- i) Les indicateurs sanitaires
 - 1 évolution des indicateurs nationaux
 - 2 la situation par districts
- ii) Le profil sanitaire
 - 1 Les maladies à éradiquer
 - 2 les maladies à éliminer
 - 3 les maladies à contrôler

Marché de service relatif à la révision de la carte sanitaire.

Sur base de ces résultats et des termes de références de la confection de la carte sanitaire, la CTB a lancé un marché de service CTB/BIC n° BXL/113 du 21 janvier 2005 relatif à la révision de la carte sanitaire de la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé du Burkina Faso sous la forme d'un appel d'offres général.

Partant des TDR élaboré lors de l'atelier de Kombissiri, ce marché a été attribué à la Société SHER Ingénieurs Conseils pour un montant total de 143.600 Euros à réaliser dans un délais de 6 mois expirant le 28 octobre 2005.

Démarche méthodologique de la réalisation de la carte sanitaire par le Ministère de la santé avec l'appui de la SHER

Au niveau de son contenu, l'appui de la SHER n'en n'a pas modifié la substance, néanmoins, il est intéressant de mieux comprendre l'approche méthodologique suivie par le bureau d'études et les aspects techniques de cette réalisation.

Le système de carte sanitaire comprend les produits suivants :

- Le cœur de la carte sanitaire est une **base de données** contenant les informations collectées, consultables et actualisables inter activement. A partir de la base de données, l'utilisateur peut produire des rapports actualisés par thème et par niveau hiérarchique. Cette base de données peut être consultée à travers une **interface SIG** qui permet également de produire des cartes à imprimer.
- Une version du document de carte sanitaire en **support papier** sera produite en 100 exemplaires.
- Une version de la carte sanitaire en support **CD ROM** sera produite en 200 exemplaires.
- Une version de la carte sanitaire sera publiée sur **l'Internet**.

La carte sanitaire sera, dans un premier temps conçue pour être mise à jour uniquement au niveau central, mais pourra être consultée sous forme de produits divers (base de données sur CD ROM, version papier, Internet) aux niveaux intermédiaires et périphériques. Elle servira donc :

- aux décideurs politiques et financiers en tant qu'outil d'aide à la décision ou de dialogue politique ;
- aux établissements, à leurs dirigeants et à leurs collaborateurs en tant qu'outil de renseignement sur l'état de l'existant en dressant le bilan biennuel qui vise à augmenter la transparence et permet une information partagée et objective.

Pour assurer la pérennisation du système de carte sanitaire, il sera conçu tenant compte des éléments suivants :

- La base de données sera **alimentée de données** à travers les flux d'information (sanitaires) existants et des données disponibles. Ces informations peuvent provenir de diverses sources (différentes directions par exemple). La conception de la base de données devra donc tenir compte de l'organisation du système sanitaire et éventuellement des codifications utilisées dans d'autres bases de données intéressantes.
- Les responsabilités concernant la **maintenance** de la base de données et la **mise à jour** des données doivent être définies clairement. Même si plusieurs services peuvent être impliqués dans la mise à jour de la carte sanitaire, la responsabilité finale concernant la mise à jour et la maintenance de la base de données reposera auprès du Département des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé.
- Les **outils informatiques utilisés pour le développement** de la carte sanitaire sont identifiés par le client avec l'avis technique de la SHER Ingénieurs-Conseils. Plusieurs arguments soutiennent le choix *MS Access* comme outil de développement de la base de données, et de *HealthMapper* comme interface de système d'information géographique (SIG) :
 - Coût : Comme MS Access fait partie du package bien répandu MS Office et que HealthMapper est mis à disposition gratuitement aux services de

l'OMS, l'utilisation de ces logiciels n'engage pas de frais de licence supplémentaires.

- Disponibilité et maîtrise de la technologie : Le package MS Office est couramment installé sur les PC de l'administration et utilisé par son personnel. HealthMapper est un outil développé par l'OMS qui est en cours de distribution et de vulgarisation par différents partenaires et à différents niveaux hiérarchiques dans le pays et dans la sous-région de l'Afrique de Ouest.
 - Compatibilité des logiciels HealthMapper et MS Access : Le logiciel HealthMapper est construit sur une base de données développée avec MS Access qui pourra être reliée de façon efficace avec la base de données de la carte sanitaire.
 - Compatibilité des données : La compatibilité entre les informations contenues dans HealthMapper et celles de la carte sanitaire peut être garantie en respectant la codification de HealthMapper (par exemple en utilisant les mêmes codes pour les entités sanitaires ou administratives géoréférencées). L'adoption de cette codification permet de plus une compatibilité avec les bases de données des pays limitrophes.
- Le **client et les services bénéficiaires sont impliqués** de façon régulière aux différentes étapes de la révision de la carte sanitaire.
 - Un **transfert de la technologie** est prévu auprès des utilisateurs de la base de données / SIG
 - L'élaboration d'un **manuel de procédures de collecte de données** est prévue pour appuyer le processus de mise à jour de la carte sanitaire.

Les étapes de la réalisation de la carte sanitaire.

En fonction de la méthodologie retenue et du consensus dégagé sur le contenu de carte sanitaire, le processus d'élaboration de celle-ci, qui a nécessité 6 mois s'est réalisé en quatre grandes étapes méthodologiques donnant lieu chacune à un rapport d'avancement et à la tenue de séminaires techniques de validation des travaux.

i) Validation de la charpente méthodologique.

La première étape a consisté à déterminer les données à collecter, à relever les indicateurs pertinents, à proposer l'architecture de la base de données et des logiciels utilisés et, enfin, proposer un système pertinent et de qualité du système de collecte des données. Cette première étape a pris fin le 3 juin 2005 par la tenue d'un séminaire de validation de la charpente méthodologique qui a réuni des cadres du Ministère de la santé et des représentants des partenaires techniques et financiers. Cette première validation a porté sur les éléments suivants :

- Caractéristiques techniques de la base de donnée et de la carte
- Contenu de la carte
- Méthodologie de collecte et sources de données
- Procédures d'actualisation de la carte.

ii) Collecte des données.

La deuxième étape du processus a concerné essentiellement la collecte des données (identification des sources et organisation de la collecte), le développement du système de saisie des données (structure de la base de données, importation et validation des données) et, enfin, la compilation des informations par niveau et par domaine. Cette étape, terminée le 15 juillet 2005 a été compilée dans le deuxième rapport de suivi rédigé par la SHER. A ce niveau du processus, les activités suivantes ont ainsi été réalisées :

- Finalisation de la collecte des données par domaine, par niveau et par catégorie ;
- Réalisation de la version préliminaire du manuel de procédures ;
- Développement informatique de la base de données ;
- Importation, saisie et compilation des données dans la base de données
- Appropriation de la base de données par la DEP en associant les cadres de la direction à son élaboration et aux tests préalables

iii) Confection et validation de la carte sanitaire.

La troisième étape a consisté en la réalisation de la carte sanitaire et à sa validation. Il s'est agi de développer les différents supports de carte (papier, cd rom, site web et finalisation de la base de données avec les liens géographiques) et d'organiser un nouvel atelier de validation de l'ensemble des produits avant de passer à la dernière phase du processus

Cette phase de validation a été clôturée le 7 septembre 2005 par la tenue d'un atelier technique interne aux cadres du Ministère. Au cours de cette rencontre, les différents supports de la carte sanitaire ont été validés et les guides techniques de mise à jour et guide d'utilisation présentés. Cette validation a permis le lancement de la production des supports physiques de la carte, à savoir : 100 exemplaires de la brochure de la carte sanitaire, 200 CD rom, 400 cartes A2, 3 guides d'utilisation, 3 guides techniques de mise à jour, 3 Cdrom d'installation, 3 CD rom avec le site WEB.

iv) Formation et restitution.

Cette dernière étape a consisté essentiellement en la formation des agents de la DEP à l'utilisation et à la mise à jour de la base de donnée ainsi qu'à une restitution de l'ensemble de l'exercice.

En ce qui concerne le renforcement des capacités des agents de la DEP, 3 formations se sont déroulées, portant sur :

- L'installation et la configuration de la base de données (5 techniciens)
- L'utilisation et la mise à jour de la carte sanitaire (5 personnes)
- L'utilisation de la carte sanitaire (12 personnes).

En date du 28 octobre a eu lieu la restitution finale de l'exercice et la remise officielle de l'ensemble des produits tels que listés au point précédent.

Productions complémentaires.

Devant la demande importante pour cet outil, il a été décidé de produire des exemplaires complémentaires de la carte grâce au reliquat de financement. C'est ainsi que 204 brochures complémentaires, 190 CD rom et 300 cartes A2 ont été réalisées en vue de répondre à la demande.

Comme convenu dans le second avenant à la CMOE, la prestation a été définitivement clôturée au 31 décembre 2005.

3. Décrivez le système de suivi-évaluation qui a été mis en place lors de la mise en oeuvre de la prestation.

En vue d'assurer un suivi efficace de la prestation, tout un arsenal de rapportage et d'ateliers de suivi ont été mis en œuvre. Au-delà du rapport de la mission de suivi du CASRP 2 de mars 2004, quatre rapports ont été produits dans le cadre du déroulement de la confection de carte sanitaire. Ces quatre rapports d'étapes correspondent aux quatre grandes parties méthodologiques décrites dans le point précédent.

En outre 4 séminaires de validation, de suivi ou de restitution se sont tenus, réunissant l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus :

Atelier de validation des TDR de la carte, novembre 2004

Atelier de validation de la charpente méthodologique, juin 2005

Atelier de validation de la carte sanitaire, septembre 2005

Atelier de restitution de l'ensemble du processus, octobre 2005.

Il convient encore de souligner que le produit a été présenté et analysé par les informaticiens et l'expert santé publique de la CTB Bruxelles au cours d'une restitution spécifique en septembre 2005.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET ANALYSES.

- 1. Quels sont les problèmes et questions majeurs qui ont influencé l'exécution de la prestation et comment la prestation a-t-il tenté de les résoudre ?**

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la confection de la carte sanitaire, aucun problème majeur n'est à soulever. Il faut cependant revenir sur la genèse et le premier objectif de cette intervention, à savoir le suivi de l'appui budgétaire global CASRP2. Dans ce cadre, le décalage temporel important entre le versement de l'appui financier et la signature de la CMOE pour en assurer le suivi a conduit à l'impossibilité pour la CTB, de répondre à ses obligations. En effet, la première mission d'experts à venir au Burkina, en mars 2004, a dû se pencher sur l'évaluation du CASRP 4, le CASRP 2 étant clôturé depuis près d'une année ! D'autre part, l'optique d'un appui « one shot » d'une année dans le cadre des appuis budgétaires et sectoriels va à l'encontre des principes d'harmonisation et de prédictibilité des appuis financiers.

La recommandation de la mission de mars 2004 de se concentrer sur un appui technique à la DEP dans le cadre de la préparation et du suivi des appuis sectoriels a permis de résoudre cette importante problématique. En se concentrant sur la mise en œuvre d'un outil technique ayant une forte valeur ajoutée dans les prises de décisions politiques et dans les orientations stratégiques a permis à la prestation de répondre pleinement à ses objectifs.

- 2. Quelles sont les causes des écarts par rapport aux résultats attendus ?**

Voir réponse à la question précédente. Pas d'écart attendu par rapport aux nouveaux termes de références du 1^{er} avenant à la CMOE.

- 3. Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience de la prestation? Faites une réponse détaillée sur les plans de l'impact et de la durabilité des résultats.**

La carte sanitaire, dans le cadre des appuis sectoriels et budgétaires est un véritable outil de plaidoyer, d'orientation stratégique et de planification. Afin que la carte soit exploitée au mieux et durablement, en tant qu'outil d'aide à la décision et de dialogue politique, il est important que l'ensemble du processus soit approprié par la partie nationale et mis en valeur par les techniciens du Ministère. C'est pour cela que l'ensemble du processus a été véritablement piloté par la DEP du ministère avec un appui technique de la coopération belge. Le nombre important des ateliers de validation et de dialogue étaient nécessaires voire indispensables pour parfaire ce processus d'appropriation. Il en va de même des modules de formations qui font pleinement partie de ce processus de mise en œuvre et devrait permettre une appropriation technique de l'outil qui, de ce fait est appelé à devenir pérenne, non dans sa forme actuelle mais dans un processus continu d'actualisation annuelle.

Tirant enseignement de ces défis et vu la nécessité de faire de la carte sanitaire un véritable outil de prise de décision dans un objectif de planification et de gestion du système de santé, il apparaît indispensable que la DEP soit responsabilisée pour la mise à jour et la révision de la carte sanitaire qui devrait s'effectuer chaque année (éventuellement tous les 2 ans)

Procédures de mise à jour des informations :

- un arrêté du Ministre de la santé fixe une période de l'année (de préférence le premier trimestre de l'année) où la procédure d'actualisation des informations doit démarrer. Le même arrêté indique bien que c'est sous la responsabilité de la DEP que le processus doit être conduit ;
- toutes les directions centrales préparent leurs rapports respectifs intégrant les informations collectées à partir du niveau régional ou opérationnel. Elles valident en interne les données reçues, procèdent à leur analyse, tirent les conclusions qui s'imposent et élaborent les rapports actualisant les données (personnels, infrastructures, financement, etc) ;
- les rapports sont transmis à la DEP qui organise un atelier de validation des rapports (vérification croisée des données, corrections, etc). Cet atelier concerne tous les premiers responsables centraux ;
- un procès verbal sanctionne cette activité et un projet d'arrêté du Ministre est préparé indiquant que les documents ayant été adoptés constituent les nouvelles sources d'information sur la vie du département ;
- la DEP intègre les changements intervenus dans la carte sanitaire et en ventile des copies aux acteurs (structures centrales, DRS, hôpitaux, DS, partenaires, Ministère des finances, MATD, MDEV, etc.)

Procédures de révision de la Carte sanitaire

La révision de la carte sanitaire est rendue nécessaire du fait de changements intervenus dans les situations suivantes :

- décision politique (organigramme ou autre)
- situation épidémiologique entraînant de nouveaux programmes ou la suppression de certains,
- importants investissements (infrastructures, équipements)
- important mouvement de personnel,

Le niveau de révision est toujours fonction de l'ampleur du phénomène l'ayant motivé. Quoiqu'il en soit, le format informatique ainsi que la mise en réseau des services de collecte et de traitement des données sanitaires, faciliteront la révision.

4. Selon vous, comment la prestation a-t-elle été perçue par les groupes cibles ?

La prestation a été perçue très favorablement par le Ministère qui a demandé plusieurs centaines d'exemplaires supplémentaires de carte que nous avons pu satisfaire grâce au reliquat du financement. D'autre part, depuis le début de l'année 2006, la carte sanitaire a été présentée et adoptée officiellement par l'Assemblée nationale d'une part et le Conseil des Ministres de l'autre. Un atelier national de lancement de la carte sanitaire, sur fonds propres burkinabè va d'ailleurs se tenir courant du mois de juin 2006.

5. Quels ont été les résultats du suivi-évaluation ou du monitoring et des éventuels audits et contrôles? Comment les recommandations de ceux-ci ont-elles été prises en compte ?

Voir réponse à la question 3 de la deuxième partie sur l'intégration des processus de suivi-évaluation.

6. Quelles recommandations faites-vous pour la consolidation et l'appropriation de l'après-projet (les politiques à suivre ou à mettre en oeuvre, les ressources nationales nécessaires, la responsabilisation des groupes cible, la manière d'appliquer les recommandations...)?

1/ Il est important de revenir sur la genèse de cette intervention et la pertinence d'un suivi et d'une expertise technique des aides budgétaires. Le décalage temporel entre le versement de l'appui budgétaire et celui de la mise à disposition de l'expertise technique a conduit au fait que la Belgique s'est retrouvée complètement absente du dialogue technique, stratégique et politique qui est une condition sine qua non des appuis budgétaires pertinents. L'impossibilité de suivre les décaissements et la mise en œuvre du CASRP 2 n'étaient pas des gages d'un appui sectoriel pertinent. La réorientation des fonds vers un appui spécifique, à savoir la réactualisation de la carte sanitaire, fut, en ce sens, une démarche positive et constructive.

Néanmoins, dans sa première mouture, nous nous sommes retrouvés devant un cas d'école de tous les éléments à éviter dans le cadre de la mise en œuvre d'un appui budgétaire : un décaissement « one shot » sans perspective de renouvellement entraînant une difficulté de prédictibilité budgétaire dans le chef du Burkina Faso et une absence flagrante de dialogue technique et politique de la part de la Belgique. Il est à espérer que tant de contraintes négatives, facilement évitables, ne se reproduiront plus dans le cadre d'autres exercices de ce type.

2/ En ce qui concerne l'appui à la réalisation de la carte sanitaire, l'analyse est bien plus positive. Exercice entièrement piloté par la DEP du Ministère de la Santé, toutes les chances de durabilité de l'exercice ont été mises en œuvre, comme indiqués dans les chapitres précédents. Il convient maintenant, en collaboration avec notre partenaire burkinabè, de veiller à ce que l'outil mis à disposition serve véritablement comme outil d'appui aux décisions stratégiques et programmatique et qu'il s'inscrive pleinement comme un instrument de planification et de programmation dans le cadre du PADS, le panier commun de financement du secteur de la santé.

7. Conclusions

Nonobstant le premier objectif d'appui technique à une aide budgétaire qui n'a pu se réaliser de manière satisfaisante, l'on peut considérer que dans sa seconde version, cette prestation s'est révélée totalement satisfaisante.

En premier lieu, l'objectif de confection de la carte sanitaire a été réalisé dans les temps impartis, ce qui n'était pas d'une évidence limpide lorsque l'on connaît les nombreuses contraintes liées à l'exécution de la prestation.

En deuxième lieu, le produit lui-même s'avère pertinent. En tant qu'outil d'aide à la décision, la carte sanitaire revêt un caractère stratégique évident dans la cadre de la mise en œuvre du PNDS et de la mise en place du panier commun de financement du secteur de la santé.

En, troisième lieu, il convient de souligner la qualité et la pertinence de l'outil mis en place avec l'appui de la SHER. Selon l'analyse et le diagnostic des spécialistes en la matière (CTB, OMS et Ministère de la Santé), la carte se révèle d'une excellente qualité, contenant l'ensemble des informations pertinentes et une interface SIG dynamique et opérationnelle. Le fait de disposer de l'outil tant sur support papier que sur support informatique en fait un outil accessible au plus grand nombre, facilement utilisable et disposant de la dynamique nécessaire à son actualisation.

Quatrièmement, les options techniques choisies et l'importance accordée aux formations tout au long de ce processus devraient être des gages de qualité et de pérennité de la carte. En effet, tous les logiciels choisis sont à libre accès et ne demandant pas de renouvellement de licence ou de compétences techniques particulières. Tous les codes sources ont été transférés à la partie nationale qui dispose de l'entièreté des moyens pour actualiser et/ou modifier à sa guise la base de données et les interfaces SIG. Les sessions de formation ont permis de mettre les techniciens de la DEP au courant de l'entièreté des programmes et de l'architecture de la carte sanitaire.

Enfin, pour clore ces conclusions, il faut souligner les aspects participatifs de l'ensemble du processus qui a été entièrement piloté par la DEP du Ministère et fut jalonné de quatre ateliers qui ont permis un large partage de l'information et l'internalisation de l'ensemble du processus.

Responsable CTB de l'exécution

TROISIEME PARTIE. ANNEXES.

Annexes
Annexe 1 Résumé des résultats
Annexe 2 Etat des recettes et dépenses
Annexe 3 Sous traitances

ANNEXE 1. Résumé des résultats et des activités (en fonction du cadre logique)

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation
RI. 1. Participer au suivi de l'état d'avancement du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté	2 missions de suivi du CASRP 2	1 mission en mars 2004 puis réorientation des objectifs
RI. 2. Appui la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé dans le cadre de la confection de la carte sanitaire du Burkina Faso	Réalisation de la carte sanitaire du Burkina Faso	Carte disponible au 28/10/2005
RI. 3. Informer l'Etat Belge et suivre les aspects administratifs et financiers de la prestation et de l'expertise.	1 rapport de suivi et un rapport final	Deux rapports réalisés, plus quatre rapports d'étapes de suivi d'exécution de la carte sanitaire

ANNEXE 2: ETAT DES DEPENSES

1 Dépenses locales FAS

Somme Amount	Budg Code		
Acc Code	A_R1_22_B	A_R1_35_A	Total
601100	2 978 104		2 978 104
603210		922 079	922 079
603310		812 000	812 000
603510	38 356	625	38 981
603630		1 861 500	1 861 500
(vide)			
Total	3 016 460	3 596 204	-6 612 664
Total terrain			10 081 €

2 Dépenses Navision hors dépenses locales

600209 Coopérant	Recrtement expert BKF0301441	A_R1_35_A	252,41
601110 Consultants	Avis rectificatif carte sanitaire consultt sté pub	A_R1_35_A	139,76
	Facture S.H.E.R.	A_R1_22_B	35 900,00
	Mission suivi technique	A_R1_22_A	6 200,00
	Watteyne avion Ouagadougou 29/2/2004	A_R1_12_A	869,94
603610 Transports	Jennes Ouagadougou 29/2/04	A_R1_12_A	869,99
	VISA JENNES	A_R1_22_A	94,39
603620 Logement	annul EX2004-00026 A1	A_R1_22_A	-571,54
	N9PREST04: Jennes: Logement	A_R1_22_A	1 143,08
603630 Per Diem	annul EX2004-00026 A1	A_R1_22_A	-852,39
	N9PREST04: Jennes: Per diem 11j@77,49Eur	A_R1_22_A	1 704,78
603690 Divers	annul EX2004-00026 A1	A_R1_22_A	-5,72
	N9PREST04: Jennes: communicatie	A_R1_22_A	11,44
	2ème facture Sher payée		35 900,00
	3ème facture Sher payée		35 900,00
	4ème facture Sher payée		35 900,00
Total siège			153 456,14
			163 537,08 €
Solde compte local au 30/04/06			4 919 €
			168 456,14 €
Budget total CMO		194 769,00 €	

ANNEXE 3 : Sous-traitance et appels d'offres
(une fiche par sous-traitance)

Mode de passation du marché	: Appel d'offres Général
Date de l'appel d'offres	:21/01/2005
Date de début du contrat de sous-traitance	:28/04/2005
Nom du sous-contractant (ou firme)	:Sher Ingénieurs Conseil
Objet du contrat	:Révision de la carte sanitaire du Bukina Faso
Coût du contrat	:143 600 euros
Durée du contrat	: 6 mois

Résultats produits : Réalisation de la carte sanitaire, à savoir :

- 100 exemplaires de la brochure de la carte sanitaire, 200 CD rom, 400 cartes A2, 3 guides d'utilisation, 3 guides techniques de mise à jour, 3 Cdrom d'installation, 3 CD rom avec le site WEB
- tenue de trois formations
- tenue de trois ateliers de suivi et de restitution

