

EVALUATION
INTERMEDIAIRE
SEN/025
Programme Santé de Base

FICHE SYNTHÉTIQUE

Pays	Sénégal
Titre long du projet	Programme de Santé de Base dans les Régions Nord du Sénégal (Louga, Saint-Louis, Matam)
Titre court du projet	Programme Santé de Base
Code LuxDev	SEN/025
Version du Rapport	Janvier 2011

NOTATION DU PROJET PAR LA MISSION D'EVALUATION

Notation globale (Efficacité)	3 Echelle de 1 (résultats excellents, dépassant sensiblement les attentes) à 6 (l'action de développement est infructueuse ou la situation s'est plutôt dégradée)
Notation des autres critères d'évaluation	Pertinence : 2 Efficience : 4 Durabilité : 3

RESUME EXECUTIF

Ce rapport présente l'évaluation à mi-parcours du projet de santé de base dans les régions du nord du Sénégal (Louga, Saint-Louis, et Matam) (SEN/025). Ce projet de santé est une des quatre composantes du programme indicatif de coopération (PIC) entre le Luxembourg et le Sénégal dans la zone de concentration opérationnelle au Nord du Sénégal. Les trois autres composantes sont l'hydraulique (SEN/026), la formation professionnelle (SEN/024) et la composante d'accompagnement traitant des thèmes transversaux (SEN/023). Le programme est mis en œuvre par Lux-Development. L'évaluation s'est déroulée du 22 novembre au 6 décembre 2010. L'équipe d'évaluation était composée du Dr. Jaak Labeeuw (consultant international du bureau d'étude HERA), et de M. El Housseynou Ly (consultant national). L'objectif était d'effectuer une évaluation à mi-parcours du projet SEN/025 et de son articulation avec le projet SEN/23. L'évaluation a porté sur le degré d'atteinte des objectifs spécifiques et des résultats, sur le niveau de renforcement des capacités, sur le mode de gestion et de suivi du projet. Les critères d'évaluation recommandés par le Comité d'Assistance au Développement de l'OCDE ont été également pris en compte, à savoir la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et l'impact du projet. En outre, l'équipe d'évaluation a examiné les thèmes transversaux, les liens avec les politiques sectorielles et le cadrage des dépenses à moyen terme, et la position du projet en rapport avec la décentralisation et la déconcentration. Finalement, l'équipe d'évaluation a listé les leçons apprises et proposé des recommandations aussi bien pour la période restante du projet que pour des projets futurs du même type.

Le projet SEN/025 couvre une période de quatre ans (du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012) avec un budget de 22.65 millions d'Euros dont 12 millions comme contribution du Luxembourg et 10.65 millions comme contrepartie du Sénégal.

L'objectif global du projet est de 'participer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile'. Son objectif spécifique est de 'participer au développement et au renforcement du système de santé dans la région Nord'. Le cadre logique a été revu au démarrage du projet pour réduire le nombre de résultats (de neuf à quatre) et le nombre d'indicateurs en vue de leur alignement sur le système national d'informations sanitaires.

Les quatre résultats attendus qui se rattachent à l'objectif spécifique sont les suivants :

- résultat 1 : l'accès des populations de la zone de concentration opérationnelle aux services de santé est amélioré ;
- résultat 2 : la qualité des soins maternels et infanto-juvéniles dans la zone de concentration opérationnelle est améliorée ;
- résultat 3 : la gestion des services de santé dans la zone de concentration opérationnelle est améliorée ; et
- résultat 4 : cinq centres urbains de la zone de concentration opérationnelle disposent d'un système de collecte, d'évacuation et de traitement des ordures ménagères.

Les quatre résultats du projet contribuent à l'implémentation du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Le projet a cependant connu des retards importants et une partie importante des activités de terrain vient juste de démarrer. Ces retards sont principalement dus à l'instabilité du personnel technique (le conseiller technique principal et l'expert national principal) et au chronogramme du projet qui prévoyait le lancement des activités principales après la réalisation d'études préalables. Le fait que certaines études ont pris deux ans a augmenté le retard. Il faut cependant noter que c'est le Ministère de la Santé et de la Prévention qui avait insisté pour une approche en trois phases: (1) études techniques ; (2) élaboration et validation des plans d'actions ; et (3) suivi de leur mise en œuvre. Certains interlocuteurs n'ont pas manqué de mettre en question l'utilité des études, tandis que d'autres insistaient sur leur utilité en soulignant que ce sont les résultats de ces études qui doivent alimenter et inspirer les activités de terrain. Pour certains partenaires, il aurait été souhaitable de distinguer les études qui devaient être préalables de celles qui auraient pu être faites en parallèle aux activités.

Le projet est considéré pertinent. Par contre, les avis sont partagés sur la pertinence de la rénovation et de l'extension des services d'accueil et d'urgences pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans le contexte actuel de la faible intégration des hôpitaux dans le système de santé. En effet, la réforme hospitalière de 2000 a créé des établissements de santé publics hospitaliers ayant une très large autonomie, qui ne s'est pas accompagné d'un renforcement des capacités de contrôle par la tutelle. Bien que la gestion du projet ait été positivement appréciée, son efficacité et son efficacité ont beaucoup souffert des retards déjà encourus. Des facteurs externes au projet, tels que le manque de personnel et les conditions de travail peu propices à la performance, réduisent également l'efficacité. La viabilité financière est jugée moyenne vu l'endettement des hôpitaux et l'intérêt mitigé de certaines communes pour la gestion des ordures ménagères (notamment en termes d'engagement financier).

Le volet hygiène et assainissement a développé un modèle gestion des ordures ménagères approprié aux conditions locales, en s'inspirant à la fois des forces et des faiblesses des projets antérieurs dans le pays et des pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement. Le modèle a bien commencé à Matam et à Podor, et il est probable qu'il sera viable dans quelques communes. Il est même envisageable qu'il soit reproduit dans d'autres communes. L'environnement institutionnel de la gestion des ordures dans les villes sénégalaises s'améliore quelque peu à cet égard, avec la mise sur pied de l'agence de propreté du Sénégal qui a lancé un projet de fonds d'appui aux gestion des ordures ménagères en mai 2010.

La structure de gestion du projet est celle proposée par le document de projet et a prouvé son efficacité. L'harmonisation avec les partenaires techniques et financiers est adéquate, et des efforts significatifs d'alignement sont patents dans la manière dont le projet se déroule. L'inconvénient de l'unité de gestion (comme structure parallèle, non intégrée dans la structure du Ministère de la Santé et de la Prévention) est largement compensé par les conventions de mise en œuvre qui favorisent aussi bien l'appropriation que la gestion axée sur les résultats. Le renforcement des capacités est promu par les études, les conventions de mise en œuvre et les sessions de formation. Un système performant de suivi a été élaboré pour l'ensemble des composantes de l'appui Lux-Development: cependant, le système de suivi de la composante « santé » risque d'être compromis par la rétention de données due aux actions syndicales. L'étude d'impact des quatre composantes du PIC souffre de quelques faiblesses méthodologiques, et, comme l'impact se mesure à long terme, on peut se demander si ceci n'est pas plutôt une responsabilité conjointe des Ministères des Affaires Etrangères du Luxembourg et du Sénégal.

Les articulations avec la composante d'appui SEN/023 sont plus potentielles que réelles selon l'avis de plusieurs sources d'informations qui suivent et vivent le projet.

On note que le genre est bien pris en compte dans l'objectif global du projet, mais également dans les discours et les pratiques tant au niveau de l'équipe du projet que parmi le personnel sanitaire. Le projet introduit des changements notables sur la situation des femmes et des modifications profondes dans les relations hommes et femmes, en lien direct avec le troisième objectif du millénaire pour le développement, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. En effet, dans une région où le taux d'alphabétisation des femmes est très faible et où elles ont difficilement accès aux ressources et au marché du travail, le projet vise l'accès aux services de santé avec un focus spécifique sur la santé maternelle et infantile-juvénile, et sur la collecte des ordures ménagères, qui est souvent une tâche des femmes. Mais le genre n'a pas été pris en compte pour les indicateurs de suivi.

La gouvernance du projet est adéquate. De l'avis de plusieurs interlocuteurs, le projet est particulièrement attentif à la transparence et à l'équité des systèmes de passation de marchés et de recrutement de consultants et autres prestataires. De plus, les relations entre le projet et la direction de la coopération économique et financière du Ministère de l'économie et des finances, et les modes de circulation de l'information avec le Ministère de la Santé et de la Prévention sont d'une grande clarté.

Le solde budgétaire au moment de l'évaluation étant déjà engagé, les coordinateurs finances et opérations de Lux-Development ont indiqué qu'aucune recommandation ayant un impact budgétaire ne devait être faite.

Dans ce cadre et tenant en compte que le budget est déjà décidé, il est recommandé à **court terme** :

- de renforcer davantage les régions médicales dans leur rôle de coordination ;
- d'étudier l'opportunité de divulguer les études sur la base d'un plan de dissémination partagé avec les partenaires (dépliants, réseau internet des universités et centres de formation, etc.) ;
- de désagréger les indicateurs par sexe dans les domaines où cela est possible et pertinent ;
- de consolider les liens avec le projet SEN/023 en renforçant la concertation et la coordination intersectorielle, en planifiant des missions communes regroupant les groupes cibles, en juxtaposant de façon harmonieuse les plans de travail de manière à ce qu'ils s'influencent mutuellement au niveau de leurs résultats ;
- de capitaliser les expériences du projet et de développer des "Policy Briefs" à la fin du projet. Ceci est un exercice difficile qui pourrait se baser sur une approche recherche action (« change management »). Ce travail devrait commencer dès à présent avec l'implication de tous les partenaires, sous l'égide de la cellule suivi-évaluation de l'unité de gestion, et devrait culminer dans un atelier de restitution interrégional. Les ressources nécessaires doivent être prioritaires à cet effet. Les « policy briefs » doivent inspirer les pôles de décision et les organes d'exécution en matière de santé. Ils se présentent comme des notes de discussion qui proposent des actions sur la base des leçons et des enseignements. Ils mettent en avant les blocages et posent les bases de leur dépassement. Ainsi, chaque bénéficiaire d'une convention de mise en œuvre devrait être invité à accompagner et à analyser :
 - les objectifs des interventions des conventions de mise en œuvre, et leur cadrage dans la mission des divers bénéficiaires;
 - les forces, faiblesses, opportunités et menaces (analyse SWOT) ;
 - le support requis au niveau national, régional et opérationnel ;
 - les conclusions et recommandations à moyen terme pour la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales à tous les niveaux ;
- de focaliser, dans les messages de sensibilisation, sur les dangers des déchets biomédicaux, et des déchets plastiques, et sur la valorisation des déchets ;
- de plaider pour que les municipalités intègrent une ligne budgétaire efficiente pour une gestion des décharges et de toute la filière déchets dans les plans d'investissements futurs. Mais il faut relever que le projet n'a aucun moyen de pression sur les appareils municipaux.

A long terme, il est recommandé que la Coopération luxembourgeoise étudie les avantages et inconvénients d'un appui sectoriel et s'inscrive dans le Compact Santé, tout en se protégeant contre les abus éventuels tant que les directives de l'Union économique et monétaire ouest africaine portant sur la transparence n'ont pas été mises en œuvre.

Un ensemble de solutions intermédiaires pourrait être considéré. Par exemple :

- limiter la formulation à l'identification de certaines stratégies nationales à appuyer, venant par exemple, du Plan national de développement sanitaire, ou du cadrage des dépenses sectorielles à moyen terme ou encore de programmes nationaux tels que la feuille de route de la santé maternelle. Ces axes stratégiques remplaceraient ainsi le cadre logique classique de projet. Pour des raisons pratiques, les grands investissements pluriannuels tels que les constructions pourraient également être engagés lors de la formulation ;
- orienter la coordination de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des interventions vers la région médicale qui est l'interface entre le niveau central et le niveau opérationnel. Ainsi, une éventuelle assistance technique serait placée au niveau de la région médicale ;
- assurer une gestion axée sur les résultats par le biais d'une contractualisation sur base des plans de travail annuels déclinant les stratégies nationales des divers acteurs (régions médicales, districts sanitaires, formations sanitaires) ;
- charger une petite unité de projet d'assurer un flux de trésorerie transparent vers les structures périphériques sur base des contrats.