

EVALUATION FINALE

SEN/025

Programme de Santé de Base dans les
régions nord du Sénégal

FICHE SYNTHETIQUE

Pays	Sénégal
Titre long du projet	Programme de Santé de Base dans les régions nord du Sénégal (Louga, Saint-Louis et Matam)
Titre court du projet	Programme Santé de Base
Code LuxDev	SEN/025
Version du Rapport	Août 2012

NOTATION DU PROJET PAR LA MISSION D'EVALUATION

Notation globale (Efficacité)	2 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 : 1 Efficience : 3 Durabilité : 5

RESUME EXECUTIF

Le présent résumé est celui de l'évaluation finale participative du projet SEN/025 ou Programme de Santé de Base, mis en œuvre durant la période d'avril 2008 à décembre 2012, financé par la Coopération luxembourgeoise, dans les régions de Louga, Saint Louis et Matam au Sénégal. L'évaluation a été réalisée par un expert international - santé appuyé par l'expert national principal de la cellule de gestion et de coordination, ainsi que par une équipe d'experts internationaux sur les aspects transversaux et intersectoriels. Ce rapport tient compte également des commentaires de la partie nationale, commentaires qui ont été recueillis au cours de nombreux entretiens et de plusieurs réunions (quatrième comité de pilotage, atelier de préformulation, etc.) avec les parties prenantes du Ministère de la Santé et de l'action sociale.

Selon les termes de référence, la mission d'évaluation du projet SEN/025 sur financement du Programme indicatif de Coopération II du Luxembourg et de pré-formulation du SEN/027 sur le Programme indicatif de Coopération III, avait pour objectif d'analyser les résultats atteints par le programme SEN/025, en collaboration avec l'équipe d'experts afin de dégager des orientations pour le futur programme, d'identifier les données manquantes et les partenaires et de préparer la formulation.

L'objectif global du Programme de Santé de Base SEN/025 était de : « Participer à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infanto-juvénile ». En augmentant la couverture géographique des soins et en renforçant les capacités des prestataires en santé de la reproduction, on peut penser que le programme a effectivement contribué, dans la zone de concentration opérationnelle (régions de Saint Louis et de Matam et deux districts sanitaires de la région de Louga), à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infantile¹. Cependant, en raison de la rétention, pour des raisons syndicales, des informations par le personnel du système national d'informations sanitaires depuis 2010, l'absence des données de collecte de routine du système national d'informations sanitaires, n'a pas permis de mesurer les indicateurs de processus et de résultats intermédiaires durant ces deux dernières années et donc de confirmer le niveau d'atteinte des résultats attendus visant l'objectif global. De même, de nombreuses activités d'Information-Éducation-Communication / Communication pour un changement de comportement et la mise en place de financements alternatifs (comme les caisses de solidarité villageoises²) ont sans doute concourues à mobiliser la demande de soins, mais l'impossibilité de mesurer l'évolution du taux d'utilisation des services de santé maternelle néonatale et infantile et de planification familiale et de mesurer la qualité des soins, ne permettent pas de l'affirmer.

Pour s'approcher au mieux de la mesure du niveau d'atteinte de l'objectif global, nous retiendrons principalement l'évolution de deux indicateurs entre l'Enquête Démographie Santé de 2007 et celle de 2011. Ainsi : (i) le taux d'accouchement assisté est passé de 48,3% à 68,8% dans la région de Saint-Louis et de 35% à 45,8% dans la région de Matam; la prévalence contraceptive est passée de 9,9% à 16,1% pour une moyenne nationale de 12,1%. A Matam³, elle est passée de 1,8% à 3,1%. A la lecture de la comparaison de ces indicateurs, il apparaît donc objectivement une évolution favorable des indicateurs de santé maternelle néonatale et infantile et de planification familiale dans les deux régions qui ont été entièrement appuyées (huit districts sanitaires au total), par le programme SEN/025.

¹ Réponse aux termes de référence : Le projet SEN/025 a-t-il contribué à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infanto-juvénile ?

² La caisse de solidarité villageoise est un système de partage de coûts de la référence obstétricale pour éviter « le retard lié du transport » lors d'une évacuation sanitaire. Ce mécanisme a été mis en œuvre dans les régions de Matam et Saint Louis par le Fonds des Nations Unies pour la Population et l'organisation non gouvernementale WEPSA.

³ L'évolution des taux de la Région de Louga n'a pas été retenue, car l'appui n'a porté dans cette région que sur deux districts sanitaires (pour information issue du système national d'informations sanitaires : actuellement le taux de prévalence contraceptive à Louga n'est que de 3%. Aussi 32% des femmes qui désirent accéder à la planification familiale ne viennent pas jusqu'aux structures sanitaires pour bénéficier d'une méthode de contraception).

Concernant les leçons apprises au cours de l'évaluation, on retiendra principalement :

Accessibilité géographique :

La couverture sanitaire des régions (surtout celles de Matam et de Saint Louis) a été renforcée, mais la durée de construction des infrastructures a été difficilement maîtrisée dans le temps. Le retard pris pour la réception des structures a entravé la mise en œuvre de certaines activités « soft »⁴ durant la période de croisière du programme et en conséquence certains résultats attendus ne sont toujours pas atteints à l'heure de l'évaluation (tels que la fonctionnalité des services d'accueil et d'urgence, de la référence / contre-référence de premier niveau, du volet de financement solidaire à Matam).

Accessibilité financière :

On ne saurait rappeler l'importance de ce volet sachant que, comme le confirment les résultats de l'enquête l'Enquête Démographie Santé - MICS 2010-2011, 93,6% des femmes de 15-49 ans et 92,3% des hommes de 15-49 ans ne possèdent aucune couverture médicale face aux risques maladie.

Malheureusement, il semblerait que le peu d'avancées dans ce volet aient été liées, dès le départ, à un déficit d'articulation avec les options politiques nationales sur l'extension des mutuelles. L'étude réalisée en 2009 avait mis en évidence les risques relatifs à ce volet. Il apparaissait peu logique d'une part, de vouloir réaliser un Fonds régional de solidarité sans que le Fonds national de solidarité ne soit préalablement mis en place et que, d'autre part, les mutuelles n'aient pas démontrées leur viabilité. Plus largement, l'échec de la mise en œuvre du volet de Fonds régional de solidarité à Matam montre la complexité de la mise en œuvre des mécanismes de mutualisation du risque maladie.

Première référence / Contre-référence :

Le SEN/025 a fourni de nombreux intrants (constructions de services d'accueil et d'urgence, équipements, ambulances, radios communautaires, moyens de communication, etc.), mais il y a aujourd'hui des risques de ne pas atteindre les résultats attendus sur les troisièmes et quatrièmes étapes opérationnelles-clés⁵. Autrement dit, la plupart des éléments constitutifs du système référence / contre-référence sont en place (ou en voie de l'être) mais la coordination du système et son suivi / évaluation ne sont pas acquis alors que le programme s'achève dans six mois.

Santé de la reproduction :

Les activités subsidiées au Fonds des Nations Unies pour la Population et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, dans le cadre du financement multi bilatéral ont été très pertinentes. La mise en place du centre de conseil adolescent de Matam a été une grande réussite dans une zone sociologique hostile aux changements. On doit mettre ce succès au compte de l'organisation non-gouvernementale Jeunesse et Développement des Éclaireuses et Éclaireurs au Sénégal. La participation communautaire a été très active. Des accords de partenariat opérationnels (districts sanitaires / association des relais polyvalents / programme) ont été signés pour les activités Information-Éducation-Communication / Communication pour un changement de comportement sur des thèmes de santé mère et enfant à Richard Toll, Saint Louis, Podor, Kanel, Matam, Dagana, Linguère, Ranérou, Dahra, Pété. Les organisations non gouvernementales WhEPSA, Jeunesse et Développement et les associations communautaires comme : l'Association des relais polyvalents, les organisations communautaire de base ont joué un rôle fondamental pour la communication pour un changement des comportements.

Formation des personnels de soins :

Un très grand nombre de formations ont été dispensées dans tous les domaines de la santé de la reproduction, mais il est difficile d'en évaluer l'impact réel en termes d'atteinte des objectifs pédagogiques, de qualité et d'harmonisation des contenus. Une étude complémentaire est à prévoir, il serait intéressant notamment de savoir si les formations des personnels ont véritablement amélioré leurs pratiques.

⁴ Propos rapportés lors de l'entretien avec un responsable du Fonds des Nations Unies pour la Population.

⁵ Les étapes d'opérationnalisation de la référence / contre référence comprend quatre étapes-clés : (i) élaboration des protocoles de références pour chaque niveau ; (ii) formation des personnels concernés ; (iii) évaluation périodique et feedback ; (iv) révision des normes à partir de l'expérience.

Amélioration de l'encadrement :

Un appui aux régions médicales et aux districts sanitaires a été fourni sous forme d'accords de mise en œuvre. Les appuis ont été dirigés sur les activités de supervision, de monitoring et de coordination ainsi que des formations à la gestion administrative financière et comptable. Bien qu'il y ait eu de nombreuses activités de formation et une bonne absorption financière, l'impact de ce volet a été atténué principalement en raison de l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines des équipes cadre des régions médicales et des districts sanitaires, mais aussi du fait des crises sociales.

Gestion des ordures ménagères / hygiène :

Dans les cinq villes concernées par la gestion des ordures ménagères, on a relevé les points spécifiques suivants : (i) le développement d'une dynamique organisationnelle générale assez homogène avec quelques différences certes, mais qui mobilise un nombre importants d'acteurs du développement à la base ; (ii) l'existence d'un potentiel de valorisation important des ordures ménagères partagé par les cinq communes ; (iii) la réalisation d'activités effectives qui comprennent la pré-collecte et le stockage des ordures à des endroits provisoires indiqués par chaque commune mais qui, toutefois, ne répondent pas aux normes environnementales. En conséquence il y a un risque à moyen terme, de pollution notoire sur les zones de stockage.

Modalités d'exécution et de gestion du projet :

(i) La période de démarrage a été trop longue avec des études (durant 2008 et 2009) jugées trop nombreuses voire inutiles⁶ ; (ii) le turnover de l'assistance technique internationale (poste de Conseiller technique principal du programme à Saint Louis), a entraîné des périodes de vacance de ce poste durant plusieurs mois, avec pour principale conséquence un retard de traitement de certains dossiers (dossiers échographie, maintenance, etc.) ; (iii) le positionnement de la cellule de gestion du SEN/025 à Saint Louis, a éloigné le programme du niveau central du Ministère de la santé et de l'action sociale et ce dernier n'a pas toujours eu une bonne visibilité de la mise en œuvre ; (iv) le programme a souvent fourni des intrants pour les activités sans contrepartie de mesure de la performance réelle de ces activités (défaut habituel de l'approche projet). Autrement dit, les nombreux contrats de type accord de mise en œuvre / accord de partenariat opérationnel n'ont pas donné systématiquement lieu à une évaluation finale afin d'en mesurer les résultats.

Mesures prises pour l'harmonisation⁷ et l'alignement⁸ :

En ce qui concerne l'alignement le programme a été en cohérence avec le plan national de développement sanitaire 2004 - 2008 Phase II et le document stratégique de réduction de la pauvreté II 2006 - 2010 ainsi qu'avec les procédures nationales de gestion (respect du code des marchés pour les constructions d'infrastructures par exemple). En ce qui concerne l'harmonisation avec les partenaires techniques et financiers, l'intervention des agences du système des Nations Unies a été un élément positif. Pour l'efficacité du programme, LuxDev a su tirer profit des compétences du Fonds des Nations Unies pour la Population et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, respectivement dans les activités de santé maternelle néonatale et infantile et de planification familiale et des maladies de l'enfant. Cependant, l'absence d'une planification initiale conjointe LuxDev / Agences du système des Nations Unies, a entravé la coordination entre partenaires.

⁶ Propos rapportés lors des entretiens au niveau central, conférer également le rapport d'auto évaluation de 2010 sur les composantes du programme (Mr Abdoulaye Kane)

⁷ Critère de complémentarité pour une division du travail plus efficace. « Les donateurs tirent pleinement parti de leurs avantages comparatifs respectifs au niveau sectoriel ou national en déléguant, le cas échéant, à des donateurs chefs de file les pouvoirs afférents à l'exécution de programmes, d'activités et autres tâches.»

⁸ Les donateurs font reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays partenaires.

Suivi et évaluation :

Le comité de pilotage et le comité technique de suivi et de coordination, ont impliqué l'ensemble des parties prenantes du programme (responsables nationaux ministériels, agences d'exécution, prestataires de service, responsables techniques) qui avaient à charge d'assurer le suivi global des activités. Cependant, d'une part, avec la rétention des données de routine du système national d'informations sanitaires, les parties prenantes n'ont pas pu avoir une bonne visibilité sur les résultats des actions entreprises faute de pouvoir mesurer l'évolution des indicateurs, et d'autre part, les acteurs, en particulier ceux du niveau central, ont eu l'impression de ne pas réellement participer aux décisions et de ne servir que de faire-valoir lors des réunions du comité de pilotage ou du comité technique de suivi et de coordination.

Mesures prises pour assurer le partenariat :

La plupart des responsables nationaux et régionaux reconnaissent avoir été impliqués dans la mise en œuvre du SEN/025, au travers du système de contractualisation (accord de mise en œuvre / accord de partenariat opérationnel), d'ateliers et de visites de terrain. Aussi, il y a eu un renforcement des capacités locales au travers des accords de mise en œuvre selon le principe « faire / faire ».

Cette évaluation finale, rappelons-le, intervient avant la fin du programme (six mois avant la clôture). Si des efforts sont faits dans les prochains mois pour accélérer la mise en œuvre des activités restantes, on pourra considérer qu'avec un taux d'engagement à 98% que le programme SEN/025 aura été relativement plus efficace que ce que l'on peut en juger à ce jour (efficacité estimée à 2/6⁹). Par contre, en terme de viabilité, le modèle « approche projet » du SEN/025, n'a pas permis une véritable appropriation nationale et l'absence de financement pérenne (mutualisation du risque maladie par exemple), laisse subsister un doute sur la pérennisation des activités entreprises.

⁹ 2/6 correspond à une bonne efficacité, 6/6 correspond alors à une totale inefficacité.