

Synthèse du rapport final d'évaluation Projet Temeyouz

Evaluation finale du projet Temeyouz « Amélioration des soins de santé primaires et de la santé maternelle et infantile en Mauritanie »



WWW.RMDA-GROUP.COM

WWW.ICI-SANTE.COM

Ce rapport d'évaluation présente les constats, les principales conclusions et les recommandations de l'évaluation du projet Temeyouz couvrant la période juillet 2020 à septembre 2024. L'évaluation a été réalisée entre les mois de mai et septembre 2023 pour le Lot 1 et d'avril à juillet 2024 pour le Lot 2.

1. Le projet Temeyouz

Lancé en juillet 2020 sur financement de l'Agence Française de Développement et du Fond Minka, le projet Temeyouz, mis en œuvre par Expertise France, vise à renforcer l'accès aux services de base pour les populations mauritaniennes au niveau national et dans les régions fragiles de l'Est du pays. Il se donne pour objectif d'améliorer les soins de santé primaire et de la santé maternelle et infantile tout en réduisant de manière transverse les inégalités femmes-hommes dans l'accès aux soins et les violences faites aux femmes en Mauritanie.

Le projet se décline en deux composantes reposant sur des modalités opérationnelles distinctes mais contribuant à un même objectif commun :

- ▶ Une première composante visant à apporter une réponse rapide au déficit d'offre de soins dans les régions fragiles de l'Est du pays : en agissant sur la prise en charge de la malnutrition, l'amélioration de l'offre de soins pour les mères et les enfants et le renforcement des services de santé sexuelle et reproductive, en particulier pour la prise en charge des violences basées sur le genre, la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales.
- ▶ Une seconde composante visant à renforcer durablement le système de santé au niveau national : en appuyant le CNTS pour permettre une meilleure disponibilité des produits sanguins de qualité en région, d'une part et en accompagnant l'ENSSS dans l'adaptation de la formation de sage-femmes aux besoins de santé et aux standards internationaux d'autre part.

Le projet repose sur une double maîtrise d'ouvrage avec :

- La première composante, sous la responsabilité d'EF, est mise en œuvre par un consortium d'ONG (Médicos del Mundo España avec Santé Sud et l'Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (AMPF)) et couvre le Guidimakha, l'Assaba, et le Hodh El Gharbi ;
- La seconde composante comporte (i) un premier volet mis en œuvre par EF en partenariat avec le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et l'Ecole Nationale Supérieure des Sciences de la Santé (l'ENSSS), et (ii) un second volet constructions/réhabilitations et équipements sous convention avec l'Etat mauritanien mis en œuvre par le ministère de la Santé à travers l'Unité de Coordination du Projet d'Appui au Secteur de la Santé (UC-PASS) financé par l'UE. Sur ce volet, suite à une directive prise au niveau national, le volet réhabilitation du CIRTS de Kiffa a été délégué au ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme et de l'Aménagement du Territoire.

2. Objet et portée de l'évaluation

La présente mission vise à évaluer les stratégies mises en œuvre par EF, le ministère de la santé mauritanien et les autres partenaires du projet Temeyouz.

Elle se donne pour objectif d'établir un bilan global du projet au regard des objectifs initiaux et des actions réalisées. Elle doit permettre de mettre en lumière ses principales forces et faiblesses tout en capitalisant les bonnes pratiques.

Cette évaluation traduit la volonté des parties prenantes du projet de porter un regard diagnostique et prospectif sur son intervention et doit permettre ainsi de :

- ▶ **Retracer l'historique du projet**
- ▶ **Rendre compte de la qualité du travail accompli et l'atteinte des objectifs**, dans une optique de redevabilité : mesurer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité du programme. Il s'agit également d'analyser et de questionner le mode d'intervention, les processus et les pratiques mises en œuvre.
- ▶ **Constituer un levier d'information pour l'ensemble des parties prenantes**, et servir d'outil d'aide à la décision pour tous les arbitrages concernant la poursuite de sa mise en œuvre.

3. Approche méthodologique

La mission d'évaluation s'est déroulée en deux temps :

- L'évaluation de la composante 1 du projet Temeyouz : de mai à septembre 2023
- L'évaluation de la composante 2 du projet Temeyouz : d'avril à juillet 2024

Au total, plus de 80 entretiens ont été réalisés auprès d'une variété d'acteurs dont une partie sur site dans le cadre de 2 missions terrain.

Une grande majorité des parties prenantes sollicitées et mobilisées dans le cadre de cette évaluation s'est montrée disponible et réactive. Cependant, le travail évaluatif a été limité par une série de facteurs internes tels que le sous-dimensionnement du budget, l'absence de mémoire projet au niveau des équipes ou encore la fin de contrat de certaines RH ainsi que par des facteurs externes à savoir un remaniement ministériel lors de la phase 1 et une période de pré-campagne électorale en phase 2 impactant la disponibilité des acteurs.

4. Bilan évaluatif

Pertinence

Le projet Temeyouz est pertinent et permet de répondre aux besoins identifiés, documentés et justifiés en matière de santé maternelle, infanto-juvénile tant au niveau national que dans les zones ciblées par le projet. Le projet a bénéficié de l'analyse fine et de la connaissance maîtrisée du contexte et de ses enjeux par les acteurs impliqués, permettant au moment de son élaboration de bien cerner la problématique globale et spécifique et de définir les voies et moyens adéquats.

L'approche proposée est pertinente de par son caractère holistique et la volonté d'agir sur les causes multiples qui concourent aux enjeux de santé maternelle et infantile en Mauritanie. Elle se structure en trois volets d'interventions complémentaires concourant à un même objectif :

- Le premier, mis en place par les ONGs, permettant d'apporter une réponse au déficit d'offre de soins dans les régions fragiles du pays. De façon spécifique, le consortium propose une approche tenant compte de l'ensemble du continuum de soins ;
- Le deuxième, mis en place au niveau des écoles de formation des Sage-femmes, qui vise l'amélioration des compétences des prestataires pour une meilleure prise en charge des femmes et des enfants ;
- Le troisième mise en place au niveau du CNTS pour assurer la disponibilité en sang et couvrir les besoins au niveau des urgences obstétricales.

En cohérence avec la doctrine Minka, le projet propose ainsi une approche « double détente » visant à répondre de façon « rapide » à des enjeux de vulnérabilité dans des zones fragiles (composante 1) tout en proposant une intervention plus structurante au niveau national (composante 2), justifiant de la double échelle géographique (territoriale et nationale).

L'approche tient compte des questions de Genre mais de façon différenciée entre les composantes et ne les intègre qu'indirectement dans les ambitions du projet.

Le projet repose ainsi sur une **approche ambitieuse mais dont l'opérationnalisation est rendue complexe** par la diversité des modes opératoires et des acteurs mobilisés et de leurs différents niveaux d'implication.

Le montage opérationnel repose sur :

- Une double maîtrise d'ouvrage portée par EF d'une part (mise en œuvre par un consortium sur la composante 1 et en partenariat avec le CNTS et l'ENSSS sur la composante 2) et le ministère de la santé sur le volet construction/réhabilitation et équipements dont la gestion est confiée à l'Unité de Coordination du Projet d'Appui au Secteur de la Santé (UC-PASS) financé par l'UE. La décision de déléguer cette maîtrise d'ouvrage au MS a été prise lors de la validation du projet par les instances de décision au niveau de EF sans éléments disponibles sur la justification de ce choix

En découle un schéma organisationnel impliquant une **diversité d'acteurs et des relations complexes** :

- Un fonctionnement en cascade sur la composante 1 - AFD – EF – MDM – Santé Sud et l'AMPF complexifiant la prise de décision au sein même d'un projet ;
- Des postures qui diffèrent entre le CNTS et l'ENSSS : le CNTS se place en tant que bénéficiaire, tandis que l'ENSSS s'engage activement en tant que partenaire.
- Un périmètre et un rôle de l'UC-PASS manquant de lisibilité.
- Un volet réhabilitation du CIRTS de Kiffa délégué au ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme et de l'Aménagement du Territoire, limitant l'implication et l'appropriation du MS et d'EF par ricochet.

La justification de ce montage questionne car à l'exception de la directrice du CNTS et des équipes de l'AMPF, les acteurs présents lors du montage du projet (ministère de la santé, MDM, Santé Sud, EF, AFD) ont changé lors de la mise en œuvre, laissant place à de nombreux questionnements sur les choix opérés.

Le schéma opérationnel proposé par Temeyouz a été impacté par :

- ▶ Une **implication et appropriation très limitée** du ministère de la santé au niveau des différents volets d'intervention :
 - Composante 1 : un très faible degré d'implication et d'appropriation du MS sur la composante 1 lié notamment à l'absence de consultation et de concertation de ses équipes par EF lors de l'élaboration de l'appel à projet et aux désaccords quant au mode opératoire choisi (gestion du Fonds par EF et subvention à un consortium d'ONG). Des efforts importants ont été portés par le consortium d'ONG et EF pour palier à cela. L'implication des acteurs du ministère de la Santé est cependant nettement plus visible au niveau régional.
 - Composante 2 : Le MS n'a pas pleinement joué son rôle de pilotage pour la MOA de la composante infrastructures.
 - L'absence de point focal opérationnel au niveau du MS a limité la capacité de suivi de la mise en œuvre avec l'UC-PASS.
 - Le MS a rencontré des difficultés en matière de suivi auprès du MHUAT concernant la réhabilitation du CIRTS.
 - Enfin, le MS ne s'est que très faiblement impliqué sur le volet de renforcement des compétences des RH du CNTS/CIRTS et de l'appui organisationnel (en raison notamment de l'absence de direction technique au niveau du MS servant d'ancrage direct pour le CNTS). Néanmoins, au niveau du volet formation des sage-femmes, le ministère de la Santé à travers la DRH, s'est approprié le volet formation continue, même si cette activité a été réalisée sans une implication de l'ENSSS.
- ▶ Un **phénomène de turn-over important** tout au long de la mise en œuvre - notamment au sein du ministère de la santé mais également au niveau de l'équipe d'EF sans process clairs permettant d'assurer une passation efficace impactant la bonne continuité opérationnelle.
- ▶ Un **manque de formalisation** de la collaboration établie entre EF et le CNTS et l'ENSSS ou encore avec l'ESP-K impliquant le MS permettant de définir clairement les rôles, responsabilités, missions de chaque acteur ainsi que le cadre de collaboration. Mais également une insuffisance de clarté dans les liens hiérarchiques établis avec les assistants techniques auprès de l'ENSSS et du CNTS, source de tensions durant le projet. Par exemple, les relations entre EF et la Directrice du CNTS se sont progressivement étioilées pour ces raisons de ressources humaines.

Bien que la double maîtrise d'ouvrage puisse offrir des avantages en termes de diversité des perspectives et d'expertise, il a manqué au projet un acteur pouvant jouer le **rôle d'ensemblier** permettant de créer du lien entre les différents volets et composantes du projet, d'offrir de la lisibilité au cadre général d'intervention et d'assurer une durabilité des acquis du projet.

Cohérence

La cohérence du projet Temeyouz peut s'évaluer à différents niveaux :

- ▶ **De la cohérence au sein de chaque volet d'intervention :**
 - La Composante 1 est mise en œuvre par un Consortium d'organisations aux expertises et champs d'action complémentaires, aux ambitions communes mais aux approches d'intervention différentes.
 - La composante 2 est mise en œuvre par EF en partenariat avec le ministère de la Santé. Les interventions sont en adéquation avec les besoins de chaque bénéficiaire et leurs évolutions stratégiques.
- ▶ **Entre les composantes : des connexions quasi-inexistantes entre les composantes du projet :**
 - Le faible niveau de connaissance du projet dans sa globalité par les acteurs, les périmètres géographiques distincts, les temporalités différentes accentuées par des retards de mise en œuvre sur la composante 2, ou encore les crispations existantes (au niveau du MS sur la composante 1 ou des attentes essentiellement tournées vers la TS pour le cas du CNTS) sont autant de facteurs qui ont limité la capacité des acteurs à s'accorder sur des actions communes.
Le projet repose sur une diversité d'acteurs ou chacun n'intervient que sur un pan de projet créant ainsi une multiplication d'initiatives morcelées. L'envergure du projet a eu pour effet de diluer la visibilité de chaque intervention et la cohérence globale entre toutes.
 - Des efforts importants ont cependant été mis en œuvre par EF pour tenter d'y remédier par notamment l'organisation de réunions de pilotage et des réunions des comités techniques permettant à l'ensemble des acteurs des deux composantes de travailler ensemble ou encore une systématisation des réunions hebdomadaires initiées par la cheffe de projet, incluant les experts (ENSSS, infra et TS) pour faire du lien entre les composantes.
 - Pour des raisons budgétaires, l'appel à projet pour la composante 1 fixe la durée à maximum 36 mois alors que la durée du projet Temeyouz est fixée à 48 mois. La composante 1 a été déployée sur un temps plus court que la composante 2. Les retards importants observés au niveau de la composante 2 ont contribué à renforcer l'écart de temps de mise en œuvre, déconnectant encore davantage ces deux volets d'intervention et impactant la lisibilité générale du projet.
- ▶ **De la cohérence au niveau externe :**
 - Le projet est aligné avec les orientations générales de l'Etat ainsi que les politiques et stratégies sectorielles en Mauritanie.
 - Cependant le niveau de complémentarité entre le projet et les autres initiatives mises en œuvre dans le pays reste faible.

Efficiences

Les **objectifs fixés par le projet Temeyouz apparaissent comme particulièrement ambitieux** au regard de la temporalité du projet. Le **temps et le budget ont été sous-dimensionnés** par rapport aux ambitions définies par chaque composante :

- ▶ Composante 1 :
 - **Les interventions ont été limitées par des contraintes temps/ressources/budget ;**
Le budget a été construit dans les limites imposées par l'appel d'offre. Des choix ont été opérés pour parvenir à rentrer dans les lignes de financement mais le budget paraît sous-dimensionné par rapport à l'ambition du projet et au nombre de centres à couvrir. L'enveloppe financière n'a pas permis de couvrir l'ensemble des besoins et des efforts de priorisation ont dû être menés.
 - De plus, la répartition des forces et des moyens au sein du consortium a été sous-dimensionnée sur les volets de la coordination administrative, logistique et opérationnelle. Les effets se sont particulièrement fait sentir au niveau de Santé Sud et l'AMPF qui ont souffert de l'absence de budget pour disposer de leurs propres chefs de projet et personnels logistiques et support.
 - D'importants efforts d'optimisation ont cependant été déployés : le consortium a permis la réalisation d'économies d'échelle, par des mutualisations de moyens et de ressources, pouvant présenter des effets bénéfiques (partage de locaux et regroupement des équipes pour une réduction des coûts de fonctionnement).

► Composante 2 :

- Au regard de la complexité générale du projet, des retards ont été observés dans la mise en œuvre des activités ou dans la production de livrables, ce qui a impacté négativement le niveau de réalisation effective des résultats. Aussi, le **rapport coût-efficacité n'est que partiellement satisfaisant** sur cette composante – à l'exception du volet ENSSS où l'on peut noter que les résultats ont été obtenus avec peu de ressources.
- En termes d'exécution financière sur ces deux volets :
 - Au niveau du CNTS et de l'ENSSS : le budget a été entièrement géré au niveau d'EF. Ce qui présente des avantages que sont entre autres : la maîtrise du budget et des dépenses par EF et la réduction du taux de dépenses non éligibles ajoutés à la fongibilité des fonds entre CNTS et ENSSS. Les difficultés se sont surtout manifestées au niveau du CNTS en raison des réaffectations de mise en œuvre pendant le projet et des tensions déjà présentées liées notamment au départ de l'AT et à la volonté de la Directrice de réutiliser ces fonds dédiés sur d'autres activités ou encore au manque de clarté dans les attentes exprimées par la Directrice quant aux livrables à produire.
 - Le volet infrastructures, au-delà des difficultés de pilotage et de suivi, malgré un soutien et une reprise par l'AFD on note une sous-estimation du temps des travaux et du budget.

Enfin, des complications de gestion budgétaires ont été rencontrées lors de la mise en œuvre du projet en raison d'un manque de clarté et de précisions dans les règles de collaboration entre EF et AFD.

Les procédures internes d'EF en matière de suivi budgétaire impactent la capacité des équipes à dédier du temps à l'activité opérationnelle.

Efficacité, effets et durabilité

La lecture des réalisations a été facilitée par la présence d'un dispositif de suivi-évaluation complet et outillé. Cette dynamique de suivi a permis de rendre compte efficacement de l'état d'avancement du projet mais n'a que très faiblement contribué à la prise de décision. De plus, les indicateurs proposés ne permettent que partiellement d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs en raison :

- de cibles ambitieuses au regard du budget et du temps de projet limité
- d'indicateurs qui ne permettent pas toujours de renseigner les changements ou évolutions opérés ou qui reposent sur des sources manquant de fiabilité.
- l'absence d'indicateurs qualitatifs sur la composante 2.

En revanche, en termes de suivi, les comités techniques ont été jugés « très pratiques » et constituent selon les acteurs interrogés un cadre idéal pour formuler les recommandations et suivre la mise en œuvre du projet.

- Composante 1 : en termes de réalisations, malgré un contexte fragile impactant fortement le démarrage du projet, les membres du consortium ont fait preuve de capacités d'adaptation et ont déployé des mécanismes de rattrapage permettant d'atteindre un **niveau important de réalisation**.

Bien que les actions engagées s'inscrivent dans un temps long et n'obtiendront de résultats qu'à plus long terme, des premiers résultats et effets sont visibles :

- au niveau du système de santé et des bénéficiaires, on observe :
 - une meilleure prise en compte du patient et de ses besoins qui se matérialise par des changements positifs sur la confidentialité, le respect de la pudeur des patients rendus possibles grâce à la réorganisation des espaces, des améliorations en termes de suivi, l'acquisition de raisonnement clinique, des changements visibles dans les locaux en termes d'hygiène ou en encore termes d'organisation des structures.
 - des USPEC fonctionnels en capacité de prendre en charge les victimes de VBG de façon effective et offrant un « cadre rassurant » et gratuit pour les femmes. L'existence des deux

USPEC est un résultat concret en faveur de la prise en charge des victimes de VBG.

L'expérience des USPEC démontre que cette unité peut s'intégrer aux hôpitaux et fonctionner à moindre coût.

- Un impact sur les normes et rôles de genre
 - o L'éveil de conscience et l'acceptation des VBG comme problème est l'un des principaux effets du projet ;
 - o Des apprentissages sur les modalités d'implication communautaire : la lutte contre les VBG, sujet jadis tabou, est un sujet tabou difficilement abordable dans le contexte culturel et nécessite de pouvoir déployer des approches différentes selon les catégories de population ;
 - o Au niveau du ministère de la santé, la demande d'être davantage soutenu sur la question des outils communautaires liés aux VBG est aussi un effet indirect et indique un début d'appropriation.

En revanche :

- Peu d'effets du DPMI ont été perçus. La situation de son utilisation reste très faible et une absence de suivi et de prise en compte par les niveaux central et régional a été notée.
- Les outils déployés par Santé Sud autour d'indicateurs traceurs permettant d'obtenir un score qualité global basé sur de l'observation ont pu être déployés au sein des centres le temps du projet mais leur appropriation ne semble pas s'inscrire dans un processus durable.
- Peu d'effets visibles en fin de projet à la suite de l'équipement et de la réhabilitation des centres en raison des arrivées tardives.

► Composante 2 : d'importants retards observés sur la composante 2 ont impacté l'atteinte des résultats notamment sur le volet réhabilitation/construction. Des **premiers résultats s'observent** cependant

- Le programme de formation initiale des sage-femmes/maïeuticiens a été élaboré conformément au nouveau curricula défini par le ministère et aux exigences du système LMD. L'ENSSS répond désormais aux normes du nouveau référentiel de formation élaboré par le ministère de la Santé, mais également aux critères de l'enseignement supérieur.
Les partenariats avec les CHU Amiens et Angers ont largement contribué à ce résultat.
Les unités d'enseignements pour les quatre premiers semestres ont été élaborées et les fiches de cours développées. Cependant pour les semestres 5 et 6, les fiches de cours restent encore en attente. Il en est de même pour le stage de fin de cycle (S6) qui reste à être développé dans son entièreté. Des jalons ont d'ores et déjà été posés dans ce sens.
- Le projet n'a, en revanche, pas eu d'effet sur le don volontaire du sang. Le travail d'organisation des associations de don de sang a été insuffisant ou très peu réalisé. Le retard accusé dans la construction du nouveau CNTS et dans la mise en œuvre des études en constitueraient les principales raisons.
Concernant le CIRTIS de Kiffa, il a été réhabilité, équipé et réceptionné en fin de projet. Ledit centre n'a donc pas fonctionné au cours du projet, donc aucune influence n'a été faite sur l'augmentation de la proportion du don volontaire. Des résultats s'observent cependant en termes de renforcement des pratiques pour les équipes du CNTS.

Il est à noter que la **pérennité de ces effets reste tributaire de la poursuite des actions en vue d'une consolidation des acquis** mais également de la force et la qualité de l'engagement des partenaires mauritaniens à tous les niveaux.

5. Principales recommandations

Prenant en considération ces constats, la mission d'évaluation a formulé une série de recommandations à destination des différents acteurs du projet mais également dans l'éventualité de la poursuite des actions engagées dans ce projet.

Les recommandations à l'endroit des acteurs sont présentées dans ce rapport.

A **court terme**, il semble pertinent de pouvoir :

- ▶ Capitaliser sur les expériences, les méthodes et les apprentissages dans le but de valoriser les acquis et éviter de perdre les savoirs de ce projet :
- ▶ Poursuivre les actions engagées et non achevées comme condition pour garantir l'atteinte des objectifs fixés
- ▶ Engager une réflexion conjointe autour de la mobilisation des ressources nécessaires pour une seconde phase du projet, afin de pérenniser les acquis et les effets en :
 - Repartant des apprentissages de la Phase 1,
 - Co-construisant une note d'intention conjointe avec l'ensemble des acteurs impliqués,
 - Organisant des rencontres conjointes avec les autorités auprès de potentiels PTF

Les recommandations pour cette seconde phase sont notamment :

- Se recentrer sur une problématique clé (soit une seule composante) et réduire l'ambition du projet
- S'assurer au niveau des partenaires ciblés : la volonté de s'impliquer dans une suite de projet et la capacité à le faire
- Construire le dialogue au plus tôt avec les ministères en abordant tous les aspects du projet, toutes les implications opérationnelles et financières
- Ajuster la temporalité projet aux ambitions, aux ressources et aux capacités nationales
- Formaliser l'ensemble des collaborations en place en définissant le périmètre d'intervention et les rôles et responsabilités de chacun
- Simplifier les modes opératoires : Sur le volet infrastructure & équipement : réduire le nombre d'interlocuteurs – identifier un seul et unique organisme en charge de ce volet en maîtrise d'ouvrage délégué et qui se réfère au ministère de la santé pour le cahier des charges techniques. Ne pas décorréliser les infrastructures des équipements.
- Dans les prestations de maîtrise d'œuvre : identifier un maître d'œuvre en charge de la conception des APS et APD et dont la mission couvre également la partie supervision des chantiers et coordination des différents corps de métier.
- Renforcer la gouvernance du projet : mieux définir les rôles des comités techniques et opérationnels ; S'assurer qu'un point focal soit nommé au sein de chaque ministère impliqué, reconnu par sa direction et valorisé

A **moyen et long terme** :

- ▶ Réaliser une évaluation d'effets dans 2 ans pour apprécier la durabilité des effets sur la composante 1, l'avancée des travaux sur la composante 2 notamment ainsi qu'une évaluation auprès des cohortes formées par l'ENSSS pour comprendre l'impact de ce volet au niveau national



RED MANGROVE
Development Advisors

4 RUE POQUELIN MOLIERE
33000 BORDEAUX
France
TEL : +33 6 78 99 20 85
Idenis@rmda-group.com
WWW.RMDA-GROUP.COM

ICI SANTE

OUAGADOUGOU
BURKINA FASO
TEL : +226 702 750 83
BENOIT.KAFANDO@ICI-SANTE.COM
WWW.ICI-SANTE.COM