



EVALUATION EXTERNE PROGRAMME #HEALTH4ALL 2022-2026

## Portfolio B : Sénégal

*« Accès aux chirurgies et aux soins de santé pour les enfants porteurs d'un handicap au Sénégal »*

Ecole de santé publique (ESP) de l'ULB, Centre de recherche en  
« Politiques et systèmes de santé – santé internationale »

Rapport de l'évaluation intermédiaire (Phase 2)

Septembre-décembre 2024

Auteurs :

Bob Lubamba (CDEB, équipe d'évaluation croisée)

Farba Lamine Sall et Elisabeth Paul (ESP/ULB, équipe d'évaluateurs externe)

Version finale

Bruxelles, le 13 février 2025

## Table des matières

Liste des acronymes .....	3
Résumé analytique .....	4
1) Contexte, objectifs et approche méthodologique .....	8
1.1 Le programme #Health4All.....	8
1.2 Le processus d'évaluation.....	10
2) Déroulement de l'évaluation intermédiaire .....	11
2.1 Phase préparatoire .....	11
2.2 Mission de collecte des données à Dakar .....	12
2.3 Rédaction du rapport de mission .....	13
2.4 Analyse réflexive .....	13
3) Constats et réponses aux questions d'évaluation .....	15
3.1 QE 1. Appréciation de l'évaluabilité « en pratique ».....	15
3.2 QE 2.1 Analyse stratégique (réponse aux besoins).....	21
3.3 QE 2.2 Analyse stratégique (avantages comparatifs) .....	25
3.4 QE 3 Analyse logique de la théorie de changement .....	29
3.5 QE 4.1 Analyse de la fidélité d'implantation.....	37
3.6 QE 4.2 Analyse d'implantation .....	41
4) Conclusions et recommandations.....	45
7) Références principales .....	48
Annexes .....	49
Annexe 1 : Calendrier de l'évaluation et personnes rencontrées.....	49
Annexe 2 : Listes de présence .....	52
Annexe 3 : Quelques photos .....	53
Annexe 4 : Matrice révisée de suivi des indicateurs (source : outil MEAL – matrice révisée, janvier 2025) .....	54

## Liste des acronymes

ACNG	Association de Coopération Non Gouvernementale
AMS	Assistance Médicale Sénégal
ANADS	<a href="#">Archivage National des Données du Sénégal (ANADS)   Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) du Sénégal</a>
ANSD	<a href="#">Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) du Sénégal   «Un centre d'excellence dans un Système statistique national fort»</a>
CDEB	Chaîne de l'Espoir Belgique
CDEF	Chaîne de l'Espoir France
CDEL	Chaîne de l'Espoir Luxembourg
CHNEAR	Centre Hospitalier National pour Enfants Albert Royer
CJ	Critère de Jugement
CRB	Croix Rouge de Belgique
CSC	Cadre Stratégique Commun
DCMS	Direction du Contrôle Médical Scolaire
DCU	Déclaration de changement ultime
DGD	Direction générale Coopération au Développement et Aide humanitaire
DI	Dynamo International
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
Enabel	Agence belge de développement
LuxDev	<i>Luxembourg Development Agency</i>
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ONG	Organisation non gouvernementale
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
OSC	Organisation de la Société Civile
PA	Paquet d'activités
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
QE	Question évaluative
REVOCAP	Réseau de Volontaires Communautaires en Appui au Personnel de santé
SENPED II	Accès aux chirurgies et aux soins de santé pour les enfants porteurs d'un handicap au Sénégal
SHC	Sensorial Handicap Cooperation
SIM	Service d'information médicale
SROI	<i>Social Return on Investment (Retour social sur investissement)</i>
ToC	Théorie de changement
TdR	Termes de référence

## Résumé analytique

Le programme « #Health4All », commun à trois organisations de la société civile (OSC) et cofinancé par la coopération belge au développement, est mis en œuvre sur la période 2022-2026. Au Sénégal, il est mis en œuvre uniquement par la Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB) à travers un projet intitulé « Accès aux chirurgies et aux soins de santé pour les enfants porteurs d'un handicap au Sénégal ». Son objectif spécifique (Outcome) est le suivant : « À l'horizon 2026, les enfants du Sénégal porteurs de handicaps, dont auditifs ou locomoteurs, spécifiquement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, sont plus et mieux pris en charge par les structures sanitaires appuyées par le programme ». Le partenaire local de mise en œuvre est Assistance Médicale Sénégal (AMS). Sur le terrain, le programme est mis en œuvre dans un programme conjoint « SENPED II » avec AMS et la Chaîne de l'Espoir Luxembourg (CDEL), qui a développé un volet spécifique « Lutte contre la malentendance infantile au Sénégal ». Signalons d'emblée que le budget initialement sollicité pour le volet CDEB a été considérablement réduit par le bailleur en début de mise en œuvre, imposant une révision des cibles et une concentration géographique du programme.

Le programme #Health4All fait l'objet d'une évaluation externe qui se déroule en plusieurs phases et est réalisée par une équipe d'évaluation croisée appuyée par des évaluateurs externes. Une mission de recueil des informations a été réalisée à Dakar par M. Bob Lubamba, qui travaille pour l'organisation « Chirurgie pédiatrique en Afrique » (CHIRPA ASBL) qui est partenaire et représentante de la CDEB en République démocratique du Congo, accompagné par M. Farba Lamine Sall de l'équipe d'évaluateurs externes, du 19 au 23 août 2024. Ce rapport présente les principales conclusions de l'évaluation intermédiaire du programme, d'abord au regard des six questions évaluatives (QE) retenues et puis au regard des cinq critères d'évaluation pertinents à ce stade.

Sur la base des informations recueillies, cette évaluation intermédiaire a permis de tirer les conclusions suivantes.

- 1) **Le système de suivi du programme #Health4All, bien qu'en cours d'amélioration, ne permet pas encore d'assurer l'entière disponibilité et la qualité des informations nécessaires pour en assurer le suivi-évaluation.** Outre l'absence de groupe de contrôle, on note la difficulté de mesurer les effets attendus dans le chef de certaines populations cibles / parties prenantes du programme ; le fait que tous les indicateurs de suivi du programme ne font pas encore l'objet d'une définition appropriée et univoque ni d'une source de vérification objective ; le manque de pertinence de certains indicateurs au regard des effets du programme ; des incohérences entre la ligne de base et les cibles de certains indicateurs ; et le fait que la valeur de plusieurs indicateurs n'est pas encore renseignée à ce stade. Par ailleurs, hormis la pratique des leçons apprises collectées annuellement par la CDEB, il n'existe pas de mécanisme institutionnel permettant la gestion systématique des connaissances et les apprentissages communs (quatrième axe du programme #Health4All). Enfin, si les parties prenantes sont bien identifiées, les informations nécessaires au calcul du SROI lors de l'évaluation finale (identification et quantification de tous les effets pour toutes les parties prenantes, y compris leur durée) ne sont pas disponibles.
- 2) **Bien qu'ils n'aient pas été impliqués dans l'identification des besoins, le problème de santé auquel le programme entend répondre au niveau des bénéficiaires finaux (besoin**

**normatif associé aux handicaps auditifs et locomoteurs) est avéré et cohérent avec la politique nationale – et donc, le programme est pertinent au regard de son objectif spécifique.** En revanche, l'analyse causale des besoins (compréhension des causes profondes des problèmes et de leur vulnérabilité à l'intervention extérieure) n'a pas été faite et dès lors, les évaluateurs ne peuvent pas tirer de conclusion quant au degré de priorité des besoins au niveau des populations cibles (acteurs de la gouvernance, acteurs de l'offre et acteurs de la demande).

- 3) **L'objectif spécifique du programme correspond aux capacités et avantages comparatifs techniques de la CDEB, sa mise en œuvre repose sur l'ancrage local de son partenaire AMS et des synergies intéressantes ont été construites avec d'autres acteurs.** En revanche, les évaluateurs estiment que ni la CDEB, ni AMS ne disposent des capacités – en termes de légitimité politique et institutionnelle – d'agir sur certaines des causes profondes du problème, particulièrement celles relevant des Résultats 1 et 3, ni pour prendre le leadership au niveau du Résultat 2, rendant caduque la stratégie d'intervention. Si la cohérence externe du programme est relativement bonne, il serait toutefois utile de renforcer la collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en vue d'augmenter le levier stratégique du programme.
- 4) **Bien que la stratégie d'intervention soit relativement justifiée sur la base des leçons apprises, le modèle logique comprend des apories (certains résultats attendus étant de niveau impact, dépendant de facteurs hors de la sphère d'influence du programme), la théorie de changement est peu appropriée par les parties prenantes, les impacts sont difficiles à démontrer et peu du ressort des OSC impliquées, et les changements de modes opératoires se font encore attendre en pratique.** Le choix du recours à un partenaire ancré localement a du sens, mais l'autonomisation des acteurs locaux tarde encore, réduisant l'appropriation locale du programme. Les objectifs de l'intervention sont vraisemblablement trop ambitieux en regard des moyens mis en œuvre pour les atteindre, notamment du fait des importantes coupes budgétaires imposées par la DGD et de l'inadéquation du montage opérationnel pour répondre aux problèmes institutionnels. Ceci compromet l'atteinte des résultats attendus à la fin du programme. Il demeure aussi des synergies manquées et certains éléments de contexte ont été insuffisamment pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel.
- 5) **En dépit de l'importante coupe budgétaire et du recentrage du programme sur la seule région de Dakar, la mise en œuvre du programme est assez fidèle à la planification pour ce qui concerne les activités d'appui à l'offre et à la demande, mais moins d'activités ont été réalisées au niveau de la gouvernance et de l'apprentissage communs.** En outre, plusieurs activités ont connu du retard et les activités liées aux « projets qualité » ont dû être abandonnées à la suite des restrictions budgétaires. Il n'y a pas d'activités spécifiques au genre ou à l'environnement. Après deux années de mise en œuvre, le taux d'exécution financière s'élève à 73% pour le financement DGD. La majeure partie du budget (toutes sources de financement confondues) a été consacrée aux investissements en 2022 (>150.000 EUR), suivie du fonctionnement et de la gestion du programme (>50.000 EUR en personnel et >17.000 EUR en frais de fonctionnement d'AMS), mais une portion congrue du budget est consacrée aux activités à proprement parler (>8.000 EUR).
- 6) **Des changements ont été apportés à la conception du programme (recentrage sur la**

**région de Dakar) et la structure opérationnelle du programme (engagement d'une directrice d'AMS avec un profil « gestionnaire ») pour s'adapter aux coupes budgétaires. Des financements complémentaires ont été mobilisés et des partenariats développés pour permettre la mise en œuvre des activités et augmenter les chances de réussite du programme.** A ce stade de la mise en œuvre, plusieurs outputs (biens et services) et changements (effets) ont été produits, principalement au regard des axes « offre » et « demande », mais moins au niveau des deux autres axes du programme (gouvernance et apprentissage). Quelques acteurs stratégiques ont émergé en cours de mise en œuvre et ont été associés au programme, en particulier la Division du contrôle médical scolaire (DCMS) et le Réseau de Volontaires Communautaires en Appui au Personnel de santé (REVOCAP). Plusieurs éléments de contexte ont entravé la production des changements, dont l'arrêt des activités chirurgicales en 2022 et l'instabilité du personnel du Centre Hospitalier National pour Enfants Albert Royer (CHNEAR). Quant aux perceptions des partenaires limitrophes sur le programme, elles sont mitigées.

Au total, l'appréciation des évaluateurs quant à la performance du programme au regard des différents critères d'évaluation pertinents à ce stade de la mise en œuvre se présente comme suit :

- **Pertinence** : le programme est pertinent au regard de son objectif spécifique – il répond à un besoin normatif avéré, d'ailleurs reconnu par la politique nationale – mais on peut difficilement conclure quant à la pertinence stratégique et institutionnelle et sa logique d'intervention.
- **Cohérence** : le programme est cohérent avec la politique nationale et les interventions d'autres acteurs et il a construit des synergies intéressantes. Toutefois, sa cohérence interne n'est pas garantie, notamment du fait de l'inadéquation entre les moyens mis à disposition, les stratégies choisies et les résultats attendus – deux d'entre eux relevant du niveau « impact », hors de la sphère d'influence du programme. En particulier, la faible appropriation du modèle de coopération par les bénéficiaires directs et l'insuffisance de collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale nuisent à la cohérence interne du programme.
- **Efficacité** : la mise en œuvre du programme a permis de bien avancer vis-à-vis des objectifs des volets « offre » (avec en particulier la réhabilitation des blocs opératoires, la création du bloc ORL et le renforcement des capacités du CHNEAR) et « demande » (avec l'exploitation de synergies pour toucher plus d'enfants vulnérables). À l'instar de la CDEB dans son rapport moral de 2023, nous estimons que « la réalisation de l'objectif spécifique est très probable » – même si, paradoxalement, l'atteinte des résultats attendus est plus incertaine et difficile à mesurer. En revanche, le programme a moins progressé en regard des axes « gouvernance » et « apprentissages communs ».
- **Efficience** : à la suite des coupes budgétaires qu'il a subies, le programme a réussi à mobiliser d'autres sources de financement et à développer des synergies pour ne pas trop compromettre ses résultats. Néanmoins, la part la plus conséquente du budget provenant de la DGD est absorbée par des investissements, des frais de gestion et de personnel, laissant peu de ressources à la réalisation d'activités « soft » qui permettraient de transitionner vers un mode de gouvernance plus approprié par la partie nationale, ce qui

donne une vision tronquée de l'efficacité du programme.

- **Aspects transversaux** : le genre et l'environnement ne sont pas spécifiquement pris en compte par le programme, hormis pour ce qui concerne le suivi d'indicateurs désagrégés par genre.

Enfin, ce rapport se termine par une série de recommandations formulées au niveau de la stratégie d'intervention, de la gestion et du suivi du programme ainsi que des quatre axes que sont la gouvernance, l'offre, la demande, la capitalisation et la gestion des connaissances.

# 1) Contexte, objectifs et approche méthodologique

## 1.1 Le programme #Health4All

Le programme « #Health4All », commun à trois organisations de la société civile (OSC) et cofinancé par la coopération belge au développement, est mis en œuvre sur la période 2022-2026. Au Sénégal, il est mis en œuvre par la **Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB)** à travers un projet intitulé « **Accès aux chirurgies et aux soins de santé pour les enfants porteurs d'un handicap au Sénégal** ». Selon le document présentant le programme à la DGD, son objectif spécifique (Outcome) est formulé comme suit : « À l'horizon 2026, les enfants du Sénégal porteurs de handicaps, dont auditifs ou locomoteurs, spécifiquement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, sont plus et mieux pris en charge par les structures sanitaires appuyées par le programme » (#Health4All n.d.). A cette fin, quatre résultats sont attendus, qui sont alignés sur les quatre axes du programme conjoint #Health4All :

- Résultat 1 – gouvernance : Les améliorations et les effets positifs induits par le programme persistent (durabilité) grâce à la motivation et aux compétences des personnes-ressources en charge de la gouvernance (direction des services et des hôpitaux, gestion du partenaire), et à la remontée efficace des bonnes pratiques capitalisées vers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.
- Résultat 2 – offre : La performance des services du Centre Hospitalier National pour Enfants Albert Royer (CHNEAR) [...] par le programme est renforcée dans la prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou orthopédique, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins.
- Résultat 3 – demande : Les enfants souffrant d'un handicap auditif ou locomoteur disposent d'un meilleur accès (financier, géographique, culturel, institutionnel) à des soins de santé adéquats, particulièrement les plus démunis, les plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux.
- Résultat 4 – gestion des connaissances : Des groupes et réseaux de pairs ORL/orthopédie sont constitués, des référentiels exploitables à des fins de partages de bonnes pratiques en général, et d'éclairages/plaidoyers vis à vis des décideurs sanitaires nationaux et internationaux sont produits et diffusés.

Le partenaire local de mise en œuvre est Assistance Médicale Sénégal (AMS), qui appuie la Direction de la Mère et de l'Enfant du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Sur le terrain, le programme est mis en œuvre dans un **programme conjoint « SENPED II »** avec AMS et la Chaîne de l'Espoir Luxembourg (CDEL), qui a développé un volet spécifique « Lutte contre la malentendance infantile au Sénégal ».

Comme indiqué dans le document de programme, les activités sont organisées autour de sept axes stratégiques :

1. Organisation d'activités de **coopérations médicales interhospitalières** nationales et internationales avec prestations de soins partagées, dans le sens des « cascades de compétences » et des ressources (de compétences, techniques, médicaments et intrants) disponibles dans le pays, les régions, les départements pour les pathologies visées : transferts de savoirs et facilitations d'accès ;

2. **Apprentissages médico-techniques** multidisciplinaires de qualification (in et ex-situ), collaborations académiques (études) et soutien aux enseignements supérieurs (séminaires, compléments de cours lors de la présence d'experts internationaux) ;
3. Amélioration de la **sécurité technique** (infrastructure et équipements ; maintenance préventive et corrective) **et sanitaire** (hygiène, prévention et contrôle des infections), avec une politique d'achat locale prioritaire, et avec un alignement critique sur les pratiques nationales pour l'harmonisation des maintenances ;
4. Amélioration des **accès financier, socio-culturel, géographique et institutionnel** : alimentation, gestion et animation « triple regard » du fonds de solidarité par le partenaire AMS ; stratégies collaboratives en santé communautaire (inclusion des plus fragiles, perception du handicap), scolaire (prévention de complications) et sociale (consultations pour les enfants des rues) ;
5. Renforcement des **gouvernances clinique, de gestion, de décision** : appuis in situ pour la production des plans stratégiques par service et interservices, sur la structuration de projets qualité, la coordination des services de soins et de gestion ; stimulation des canaux de remontées d'information vers le MSAS ou d'autres pourvoyeurs de ressources ;
6. **Sensibilisation et plaidoyers** pédiatriques (bâtiment de chirurgie) ;
7. **Gestion des connaissances** : stimulation des réseaux de pairs, production de référentiels utiles et diffusables.

Au niveau de sa gouvernance, le programme est supervisé par diverses instances (voir Rapport AMS 2023), dont la composition, les rôles et les responsabilités font l'objet de termes de références détaillés consignés dans la convention de partenariat entre AMS et le CHNEAR ainsi que dans la convention de partenariat entre AMS et la CDEB :

- Un Comité de suivi composé de la directrice de la CDEL, de la directrice des programmes de la CDEB et de la coordinatrice du projet chez AMS ;
- Un Comité de pilotage qui assure le suivi de la qualité, de la pertinence et de la cohérence des actions mises en œuvre, et décide le cas échéant de procéder à des ajustements budgétaires et/ou de méthodologie de mise en œuvre, il réunit les trois mêmes actrices (hormis que la directrice de la CDEL peut être remplacée par le chef de projet de la CDEL) ;
- Un Comité directeur qui a pour rôle d'évaluer le budget annuel et d'orienter la stratégie générale du projet, dont la fréquence des réunions est fixée de commun accord par les partenaires et qui réunit également les mêmes acteurs (la Direction générale de la CDEB peut être remplacée par la Directrice des programmes) ;
- Des Comités scientifiques sont en charge de suivre les études rétrospectives et prospectives visant à établir notamment la prévalence des handicaps ainsi que l'étiologie, les complications et l'efficacité des traitements d'une série de pathologies infantiles identifiées dans le programme ; définir les programmes techniques des coopérations médicales nationales et internationales ; planifier/préparer les missions médico-chirurgicales qui y sont liées ; et proposer des appuis visant des transferts de compétences, partages de savoirs médicaux, consultations conjointes, télémédecine, etc.

Selon une information transmise par AMS, le CHNEAR a également créé un comité de suivi interne du programme le 2 février 2024 mais, par manque de disponibilité de son personnel et de sa direction, ce comité ne s'est réuni qu'une seule fois avec la participation d'AMS.

Notons d'emblée que le programme a connu plusieurs révisions par rapport à sa version initiale soumise aux bailleurs de fonds et en particulier, une importante restriction budgétaire imposée par la DGD. Selon le document de suivi budgétaire du SENPED II du 21/08/2024, alors que le budget total demandé pour la période 2022-2026 s'élevait à 1.055.720,00€ (dont 80% de subsides et 20% de fonds propres), seuls 255.302,62€ ont été accordés.<sup>1</sup> Le processus d'ajustement budgétaire n'a été finalisé qu'à la fin du mois d'août 2022, après la résolution des difficultés administratives avec la coopération belge. En conséquence, la période d'exécution du programme a été temporairement réduite de cinq à trois ans (2022-2024) et sa mise en œuvre se limite à la région de Dakar (alors que les régions de Thiès et Kaolack étaient aussi prévues dans le document de programme initial). En outre, les travaux de réhabilitation des blocs opérationnels lancés sous le programme précédent ont pris du retard, ce qui a retardé la mise en œuvre des activités de chirurgie et de leur prise en charge par le fonds de solidarité (source : Rapport AMS 2023 ; Plans annuels opérationnels 2023 et 2024).

## 1.2 Le processus d'évaluation

Le programme #Health4All dans son ensemble fait l'objet d'une évaluation externe qui poursuit une double finalité : l'apprentissage et la reddition de comptes. Les termes de référence (TdR) indiquent que l'évaluation devra :

- 1) Vérifier globalement et de manière indépendante le retour social sur investissement (*Social Return on Investment* – SROI) du programme et apprécier le programme sur la base de critères d'évaluation.<sup>2</sup>
- 2) Analyser la collaboration et la synergie sur le terrain entre les trois OSC, ainsi que leurs collaborations et les partenariats avec d'autres acteurs locaux pour l'atteinte des objectifs du programme.
- 3) Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques se trouvant dans la sphère de contrôle des OSC.

Selon l'approche méthodologique retenue, l'évaluation externe se déroule en plusieurs phases et est réalisée par une équipe d'évaluation croisée appuyée par des évaluateurs externes. **L'évaluation intermédiaire** (Phase 2) privilégie l'aspect formatif et se concentre sur les critères d'évaluation les plus pertinents à ce stade de la mise en œuvre du programme (voir le [Rapport de la Phase 1 de l'évaluation externe](#) qui décrit et justifie les choix méthodologiques posés). Elle a été menée par une équipe croisée appuyée par les évaluateurs externes recrutés pour piloter les cinq phases de l'évaluation externe. Une mission de recueil des informations a été réalisée à Dakar par M. Bob Lubamba, de la CDEB en République démocratique du Congo (RDC), du 19 au 23 août 2024. Il était accompagné de M. Farba Lamine Sall, de l'équipe d'évaluateurs externes de l'École de santé publique (ESP) de l'Université libre de Bruxelles (ULB).

Ce rapport, rédigé sous la direction d'Elisabeth Paul (ESP/ULB), présente les conclusions de l'évaluation intermédiaire, tirées sur la base des informations recueillies au cours de la mission

---

<sup>1</sup> Selon les informations transmises par le siège de la CDEB, ces chiffres s'élèvent à, respectivement, 1.053.720 € et 318.730 €, dont 278.730 € pour le partenaire à la mi-2022.

<sup>2</sup> Il s'agit des critères d'évaluation du Comité d'Aide au Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (CAD/OCDE), à l'exception de l'impact qui est intégré dans l'efficacité/efficience, plus le genre et l'environnement.

ainsi que de toutes les informations partagées par l'équipe hôte à Dakar ainsi qu'au siège. Il est organisé autour des six questions évaluatives (QE) validées à l'issue de la Phase 1 (préparation de l'évaluation intermédiaire) et de leurs critères de jugement (CJ) respectifs permettant d'y répondre de la façon la plus objective possible.

L'équipe d'évaluation – croisée et externe – tient à remercier les personnes ressources de la CDEB à Dakar (équipe hôte) ainsi qu'au siège, ainsi que l'ensemble des parties prenantes rencontrées au cours de la mission. Les conclusions et recommandations présentées dans ce rapport sont attribuables aux seuls évaluateurs et n'engagent nullement ni l'équipe hôte à Dakar, ni l'équipe du siège de la CDEB.

## 2) Déroulement de l'évaluation intermédiaire

### 2.1 Phase préparatoire

A la suite à la Phase 1 de l'évaluation externe, qui a permis de développer la méthodologie d'évaluation (y compris la formulation des QE, des CJ et des outils génériques de collecte des données) et de former les équipes d'évaluation au cours de trois séances (la première sur les concepts et principes de l'évaluation, la deuxième sur la méthode du retour social sur investissement, la troisième sur la méthodologie retenue et les outils à utiliser/adapter sur le terrain), la Phase 2 a commencé début juillet 2024. Les démarches suivantes ont été effectuées afin de préparer et de mener l'évaluation.

#### 1) Cadrage de l'évaluation

En vue de préparer l'équipe croisée à l'exécution de sa mission, plusieurs réunions en visioconférence ont eu lieu avec la gestionnaire de projet du siège de la CDEB et la partenaire locale au Sénégal, à savoir la directrice d'AMS. Elles ont permis de déterminer la liste des participants à interviewer, de faire le point sur la disponibilité de la documentation et de s'accorder sur les aspects logistiques de la mission.

#### 2) Analyse documentaire préalable

Conformément à ce qui était convenu dans le rapport de la première phase de l'évaluation (version révisée le 26 juin 2024), l'équipe hôte a mis à disposition des évaluateurs une série de documents qui ont fait l'objet d'un examen préalable à la mission de terrain. Il s'agit particulièrement de :

- Le document descriptif du programme et sa fiche synthétique ;
- La théorie de changement (ToC) et la stratégie institutionnelle CDEB-AMS ;
- Le rapport moral final du programme précédent ;
- La convention de partenariat AMS-CDEB et celle entre AMS et le CHNEAR ;
- Les rapports d'activité, leçons apprises et suivi de performance du programme pour 2022 et 2023 ;
- Le plan opérationnel et un fichier de suivi des indicateurs du programme.

### 3) Préparation des outils de collecte des données

Au cours de la Phase 1, les évaluateurs externes ont produit et partagé des outils génériques de collecte des données comprenant : (1) le guide de focus group avec les gestionnaires de programme et partenaires de mise en œuvre ; (2) des guides d'entretien avec les diverses parties prenantes, selon les différentes QE ; (3) un guide d'observation ; et (4) un guide d'animation des ateliers participatifs/réflexifs. Néanmoins, ces guides ont dû être adaptés en fonction des personnes interrogées. Certaines questions prévues pour les entretiens ont été parfois utilisées pour les discussions en focus group et vice versa.

### 4) Préparation du programme de la mission d'évaluation

Un calendrier a été élaboré en concertation avec la gestionnaire de programme de la CDEB et la directrice d'AMS. Ce calendrier a subi certaines modifications en fonction de la disponibilité des personnes à rencontrer. Certains rendez-vous prévus n'ont pas pu se réaliser faute de disponibilité des personnes sollicitées (chefs de services ORL & chirurgie). Les visites ont été organisées entre deux rendez-vous. Le calendrier définitif de l'évaluation est présenté en annexe.

## 2.2 Mission de collecte des données à Dakar

Les démarches suivantes ont été accomplies au cours de la semaine de mission à Dakar, du 19 au 23 août 2024. Elles ont permis de collecter les données qui ont alimenté l'évaluation croisée. Le contenu a été examiné et amendé avec le membre de l'équipe d'évaluateurs externes qui accompagnait la mission au cours d'un atelier de réflexion.

- Un entretien individuel avec la directrice d'AMS.
- Des entretiens collectifs avec :
  - o Les représentants du MSAS, la direction de l'hôpital et tous les services du CHNEAR concernés par le SENPED II ;
  - o Les attachés de coopération de l'ambassade de Belgique ;
  - o Les inspecteurs et le directeur de la Direction du Contrôle Médical Scolaire (DCMS) ;
  - o Les volontaires du Réseau de Volontaires Communautaires en Appui au Personnel de santé.
- Deux discussions en focus group avec :
  - o Des membres du comité de suivi du programme SENPED II ;
  - o Des membres de service social de CHNEAR.
- Des visites de terrain auprès des services appuyés par le SENPED II : bloc opératoire, soins intensifs, salle de réveil, stérilisation, unité de fluides médicaux, box de consultation ORL, salle d'appareillage.
- Un atelier réflexif de deux jours a rassemblé l'évaluateur croisé et l'évaluateur externe basé à Dakar. Il visait à rassembler les données issues de la revue de littérature, des entretiens et discussions en focus group pour renseigner les critères de jugement de façon collégiale.
- Un atelier de débriefing qui a rassemblé l'évaluateur croisé et l'évaluateur externe, l'équipe hôte et la gestionnaire de programme de CDEB à Bruxelles (présente en visioconférence). Cet atelier poursuivait trois objectifs :

- Restituer les conclusions préliminaires de l'évaluation ;
- Compléter, amender, infirmer ou confirmer collégalement ces conclusions préliminaires pour finalement produire des conclusions définitives validées collectivement par les participants ;
- Produire collégalement des recommandations pour la suite du programme.

Le calendrier de la mission ainsi que les listes de présence des participants aux entretiens collectifs, focus groups et atelier de restitution sont disponibles en annexe (Annexes 1 et 2). L'Annexe 3 propose quelques photos issues des observations de terrain qui viennent compléter les bases probantes récoltées sur une base documentaire ou orale.

## 2.3 Rédaction du rapport de mission

Conformément aux engagements convenus dans le rapport de la Phase 1, l'évaluateur croisé a produit un rapport de mission et un journal de bord décrivant ses activités, qui ont été relus et complétés par le membre de l'équipe externe basé à Dakar. Comme l'évaluateur croisé était seul, il n'a pas pu exploiter l'entièreté des documents mis à disposition par l'équipe hôte et des comptes-rendus d'entretiens, ce qui a nécessité un travail accru de la part des évaluateurs externes. Sur cette base, l'évaluatrice principale a rédigé le présent rapport, en veillant à contre-vérifier les informations et à harmoniser la présentation avec les rapports des autres pays des Portfolios B et C de l'évaluation #Health4All. Des échanges ont eu lieu avec l'évaluateur croisé pour s'assurer de la bonne compréhension du rapport, clarifier certains points et demander des compléments d'information. Cette version a été révisée et finalisée par l'évaluatrice principale à la suite des commentaires envoyés sur l'ébauche de rapport par l'équipe hôte et le siège de la CDEB.

## 2.4 Analyse réflexive

La démarche d'évaluation croisée appuyée par des évaluateurs externes constitue un défi qui a été relevé avec un certain succès. Cette sous-section tire ici quelques enseignements sur la démarche et pointe les limites de l'étude.

La **diversité des méthodes de collecte des données et des interlocuteurs rencontrés** a été particulièrement appréciée de l'évaluateur croisé, car elle a permis de croiser les points de vue et de recueillir des informations de différents types. Les discussions en focus groups et les entretiens avec les prestataires de soins, les volontaires et les inspecteurs de la DCMS ont permis de collecter des informations très concrètes et utiles à propos des répercussions immédiates des activités du SENPED II sur les acteurs du changement. Les entretiens collectifs et les discussions en focus group réalisés avec les dirigeants et les cadres ont dégagé des informations de portée plus générale concernant les missions internationales, les campagnes de dépistage et l'amélioration de conditions du travail au sein du CHNEAR.

Concernant les **outils de collecte des données**, comme les outils génériques de collecte étaient organisés autour des questions évaluatives plutôt que des interlocuteurs et qu'ils avaient vocation à couvrir tous les pays des Portfolios B et C du programme #Health4All, ils ont dû être réajustés et adaptés en fonction des interlocuteurs. Toutefois, comme les profils et les rôles des personnes à rencontrer n'étaient pas connus d'avance par l'évaluateur croisé, il a été difficile de

bien orienter les questions. Il aurait été utile qu'il connaisse clairement à l'avance le rôle/la contribution de chaque interlocuteur au programme, de sorte à bien orienter les questions. Pour ce qui concerne particulièrement les discussions en focus group et les entretiens collectifs, une leçon à retenir est d'éviter dans certains contextes de mettre dans une même salle des acteurs de groupes ou niveaux différents (par exemple, des décideurs et des prestataires ou acteurs de terrain), car cela biaise et bride la parole de certains acteurs. Une limite de cette évaluation est de ne pas avoir pu interviewer de patients/usagers (les enfants ou du moins leurs tuteurs) et dès lors, de n'avoir pas pu obtenir l'avis des bénéficiaires finaux du programme.

Concernant **l'organisation de la mission**, malheureusement, la présence d'un seul évaluateur croisé a constitué une forte contrainte et n'a pas permis de tirer tout le parti de la méthodologie proposée. Celui-ci a dû endosser à la fois les rôles d'évaluateur, de modérateur et de rapporteur. Les discussions en focus group se sont plutôt transformées en entretiens de groupe et l'atelier réflexif s'est résumé à un exercice de restitution face à l'évaluateur externe, plutôt qu'à un moment d'échange et de mise en commun. La présence de l'équipe hôte lors des entretiens est importante car elle permet de mettre en confiance les personnes à interviewer, même si cela peut également constituer un biais, principalement pour ce qui concerne les questions évaluatives et critères de jugement relatifs aux capacités du partenaires de mise en œuvre. En outre, le temps nécessaire pour préparer la mission a été sous-estimé et l'évaluateur croisé n'a pu prendre connaissance des documents essentiels pour préparer la mission (outil de suivi-évaluation « MEAL » sur Excel, états financiers) qu'en cours de mission, bien que ces documents lui aient été envoyés par email auparavant.

Pour ce qui concerne **l'approche d'évaluation croisée** soutenue par des évaluateurs externes, l'appui à la mission croisée par un évaluateur externe local a effectivement permis d'ouvrir certaines portes, de faciliter les rendez-vous et d'obtenir des informations cruciales qui auraient autrement été inaccessibles. Toutefois, le partage des tâches initialement envisagé par les termes de référence (collecte et préanalyse des informations par l'équipe croisée, encadrement méthodologique et rédaction du rapport par les évaluateurs externes) n'était pas adéquat dans ce cas de figure : il aurait été souhaitable que l'évaluateur externe local soit plus actif dans la collecte et la préanalyse des informations. D'ailleurs, lors de la rédaction du rapport, les évaluateurs externes ont été confrontés à des difficultés de compréhension des sources utilisées par l'évaluateur croisé pour étayer ses jugements. Plusieurs allers-retours ont été nécessaires pour s'assurer que l'évaluatrice principale avait bien compris les informations et leurs sources.

Enfin, d'un point de vue **pratique**, la mission ayant eu lieu pendant la saison de fortes pluies, les intempéries n'ont pas facilité les rendez-vous. En outre, certaines rencontres ont dû être écourtées du fait de la présence d'un jour férié dans l'agenda.

### 3) Constats et réponses aux questions d'évaluation

Cette section synthétise les éléments de réponse aux six questions évaluatives proposées et validées au cours de la Phase 1 de l'évaluation externe.

#### 3.1 QE 1. Appréciation de l'évaluabilité « en pratique »

Cette première question évaluative était formulée comme suit : *QE 1. Dans quelle mesure le système de suivi du programme #Health4All permet-il d'assurer la disponibilité et la qualité des informations nécessaires pour en assurer le suivi-évaluation – en particulier pour permettre, à terme, de mesurer le Retour Social sur Investissement du programme à la fin de sa mise en œuvre ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons conclure qu'à mi-parcours, le système de suivi du programme #Health4All, bien qu'en cours d'amélioration, ne permet pas encore d'assurer l'entière disponibilité et la qualité des informations nécessaires pour en assurer le suivi-évaluation. Outre l'absence de groupe de contrôle, on note la difficulté de mesurer les effets attendus dans le chef de certaines populations cibles / parties prenantes du programme ; le fait que tous les indicateurs de suivi du programme ne font pas encore l'objet d'une définition appropriée et univoque ni d'une source de vérification objective ; le manque de pertinence de certains indicateurs au regard des effets du programme ; des incohérences entre la ligne de base et les cibles de certains indicateurs ; et le fait que la valeur de plusieurs indicateurs n'est pas encore renseignée à ce stade. Par ailleurs, hormis la pratique des leçons apprises collectées annuellement par la CDEB, il n'existe pas de mécanisme institutionnel permettant la gestion systématique des connaissances et les apprentissages communs (quatrième axe du programme #Health4All). Enfin, si les parties prenantes sont bien identifiées, les informations nécessaires au calcul du SROI lors de l'évaluation finale (identification et quantification de tous les effets pour toutes les parties prenantes, y compris leur durée) ne sont pas disponibles.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

#### **Les populations cibles ne sont pas toutes clairement définies et quantifiées (CJ 1.1.).**

Le document de programme soumis à la DGD (page 3) précise que les populations cibles sont constituées de trois groupes :

- (i) *Les acteurs de la gouvernance* : les équipes de management du CHNEAR (direction, gestionnaires, chefs de service) et leur lien avec l'autorité sanitaire centrale ;
- (ii) *Les acteurs de l'offre* : les prestataires de soins du CHNEAR et ceux des structures sanitaires avec lesquelles ils collaborent dans le cadre du programme ;
- (iii) *Les acteurs de la demande* : les OSC représentatives des usager.ère.s avec lesquelles AMS collabore dans le cadre des synergies.

Ces populations-cibles ne sont pas toutes clairement identifiées ni quantifiées et les indicateurs de suivi ne permettent pas de mesurer l'ensemble des effets attendus à leur niveau.

Outre AMS qui est le partenaire de mise en œuvre et bénéficie d'appuis rapprochés de la CDEB au niveau de la gouvernance et de la gestion des connaissances, il ressort de la mission de terrain

que les parties prenantes ci-après sont les principaux bénéficiaires des appuis et des ressources du programme :

- Le CHNEAR : à la fois ses personnels de santé et de management ainsi que les chefs de service ORL et de chirurgie, qui sont engagés dans l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins ; il s'agit des « personnes-ressources » incontournables, les moteurs de la mise en œuvre du programme ;
- Les OSC et Associations de Coopération Non Gouvernementale (ACNG) actives dans l'appui à la demande dans le cadre de la mise en réseau de tous les acteurs du circuit de référencement ;
- Les autorités gouvernementales, l'autorité de régulation qu'est le MSAS mais également la DCMS du Ministère de l'Éducation, qui sert de facilitateur dans les activités de dépistage et recrutement des enfants dans le milieu scolaire.

Bien que le doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop ait été approché à plusieurs reprises par AMS,<sup>3</sup> il serait utile de resserrer la collaboration avec l'université pour mieux faire le lien entre les compétences requises des professionnels de santé et l'offre d'enseignement supérieur.

Les *bénéficiaires directs* du programme sont les enfants porteurs de handicap auditif ou locomoteur des régions ciblées par le programme – à savoir uniquement la région de Dakar à la suite de la réduction de l'ampleur du programme. L'estimation de la population cible totale se fonde sur les prévalences connues des handicaps (à savoir, 5,9% de troubles auditifs, 2% de malformations, déformations et lésions (accidents routiers) orthopédiques selon l'[Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie \(ANSD\) du Sénégal | «Un centre d'excellence dans un Système statistique national fort»](#)) et son portail [Archivage National des Données du Sénégal \(ANADS\) | Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie \(ANSD\) du Sénégal](#), adaptées aux populations pédiatriques de Dakar, Kaolack et Thiès (à savoir, 43% de la population totale (16.705.608 personnes\*43% = 7.183.411) dont 41,63% de moins de 15 ans (= 2.990.454)). Le nombre de bénéficiaires avait ainsi été estimé à 240.000 enfants de moins de 15 ans sur les trois régions initiales. Pour les autres groupes cibles, le travail de la quantification est intervenu dans la phase de mise en œuvre au regard des ajustements effectués avant le démarrage du programme.

### **Il n'existe pas de groupe de contrôle clairement défini et quantifié (CJ 1.2.).**

A la fin du programme, l'on pourra réaliser une comparaison « avant-après » mais il n'y a pas de groupe de contrôle conçu par design. L'appréciation des effets propres à l'intervention devra reposer sur une analyse de contribution à la théorie de programme plutôt que sur la démonstration d'une relation de causalité (imputation).

### **Tous les indicateurs de suivi du programme ne font pas encore l'objet d'une définition**

---

<sup>3</sup> Notamment pour permettre la mobilisation des étudiants et diplômés du Diplôme d'Études Spécialisées en ORL pour la réalisation des activités de dépistage de la malentendance en-dehors du CHNEAR (ce a été validé), ainsi que pour intégrer certaines formations dispensées dans le cadre du SENPED-II au sein de ce cursus (ce qui n'a pas été possible).

**appropriée et univoque (y compris numérateur et dénominateur) ni d'une source de vérification objective (CJ 1.3.).**

La CDEB et AMS ont développé un outil Excel « MEAL » qui précise l'ensemble des indicateurs de suivi du programme, leur source de vérification, leur baseline, leurs cibles et leurs valeurs annuelles (voir l'Annexe 4). Certains indicateurs ont été revus depuis le début du programme pour en faciliter la mesure. Ainsi par exemple, l'indicateur relatif au 3<sup>e</sup> résultat attendu, « IR3.3 : Proportion des enfants pris en charge au CHNEAR en situation d'accessibilité fragile » a été revu. La définition initiale de la « situation d'accessibilité fragile » faisait allusion aux aspects d'accessibilité géographique, financière et culturelle, mais a été ramenée à l'accessibilité financière uniquement. La base de calcul est faite sur le ratio entre les enfants pris en charge et ceux ayant accès au fonds de solidarité.

À l'heure de finaliser ce rapport, une matrice révisée d'indicateurs a été transmise aux évaluateurs (Annexe 4). La définition de certains indicateurs a été révisée et plusieurs valeurs de suivi ont été transmises, mais il demeure des problèmes au niveau de la cohérence entre la formulation et les modes de calcul de plusieurs indicateurs – par exemple :

- IO.3 « Evolution du score d'accessibilité et d'équité des soins visés par le programme » ; le commentaire indique que cet indicateur (score ?) est mesuré comme le « nombre de sollicitations (demandes) du fonds social... ».
- IR1.2 « Score de performance des plaidoyers », mesuré en « Nombre des plaidoyers planifiés... » avec une baseline de 0%, des cibles et des valeurs en %.

Notons par ailleurs que certains indicateurs ne semblent pas très pertinents pour refléter les effets du programme. Ainsi, concernant l'indicateur IR.1.1 « Gouvernance clinique : stabilité et engagement des personnels de management du CHNEAR », il est à noter que ce dernier n'a aucun moyen de stabiliser le personnel qui appartient à l'État, qui peut en disposer à tout moment sans aviser l'hôpital. En outre, les « projets qualité » censés être intégrés dans les scores de performance ont été abandonnés par le programme faute de budget. Enfin, la grille d'évaluation des scores de performance utilisée pour mesurer les indicateurs IO.2, IR.2.1 et IR.2.2 devait être mise à disposition avant fin 2024 mais n'a pas été transmise aux évaluateurs, rendant impossible l'appréciation de leur objectivité.

**A mi-parcours, il demeure des incohérences dans la ligne de base et la cible de certains indicateurs de suivi du programme, et toutes les valeurs annuelles ne sont pas disponibles (CJ 1.4.).**

Le document de programme soumis à la DGD précisait que la baseline de certains indicateurs (dont ceux d'Outcome) serait établie en début de programme (notamment sur la base des études menées pour la clôture du programme précédent). De fait, les baselines quantitatives proposées dans le cadre logique proviennent des mesures du précédent programme (nombre d'enfants pris en charge en mission, hors missions sur les pathologies spécifiques ; nombre de participants aux sessions d'apprentissages et sensibilisation ; nombre de plaidoyers aboutis ; nombre de référentiels produits). Pour ce qui concerne la ligne de base de l'indicateur d'outcome « Nombre d'enfants/an ayant bénéficié des prises en charge médicale et/ou chirurgicale, préventives et curatives, dans les régions de Dakar, Thiès et Kaolack », au moment de mener la mission d'évaluation croisée, la baseline établie s'établissait à 740 enfants/an (542 enfants vus en

consultation et opérés lors des missions +198 interventions chirurgicales orthopédiques). Ceci représentait 0,3% de la population cible.

La matrice révisée d'indicateurs transmise aux évaluateurs à l'heure de finaliser ce rapport comporte une baseline et des cibles pour chaque indicateur de suivi, de même que certaines valeurs annuelles (Annexe 4). Toutefois, il demeure des incohérences dans cette matrice, par exemple :

- IO.1 « Nombre d'enfants... » : la baseline est en nombre, les cibles et les valeurs annuelles sont en pourcentage
- IO.2 « Evolution du score de performance... » : la baseline est un score, les cibles et valeurs en pourcentage
- IO.3 « Evolution du score d'accessibilité et d'équité... » : la baseline est à zéro, les cibles en pourcentage d'accroissement (par rapport à zéro !); même observation pour IR1.1, IR2.1, IR2.2

Plusieurs indicateurs sont censés provenir d'une « grille d'évaluation des scores de performance », mais les évaluateurs ne sont pas en mesure de se prononcer sur l'objectivité des baselines qualitatives.

### **Plusieurs indicateurs de suivi pertinents sont désagrégés par genre (CJ 1.5.).**

Selon la nouvelle version de la matrice de suivi transmise à l'heure de finaliser ce rapport, les indicateurs désagrégés par genre sont les suivants :

- IR2.3 Nombre de personnes/jour (H-F-NB) ayant participé aux sessions d'apprentissages organisées par le programme ;
- IR3.1 Nombre de personne/jour par an participant aux séminaires de sensibilisation/détection ;
- IR3.2 Nombre d'enfants identifiés dans les structures sanitaires périphériques appuyées par le programme, et référencés de manière adéquate ;

On observe la préoccupation pour la dimension genre dans les fiches de dépistage des enfants et les listes des participants utilisées lors des activités de sensibilisation et de formation. En revanche, il n'est plus fait mention, dans la nouvelle matrice, de la désagrégation des deux indicateurs suivants, qui étaient auparavant considérés comme désagrégés selon le sexe de l'enfant :

- IO.1 Nombre d'enfants/an ayant bénéficié des prises en charge médicale et/ou chirurgicale, préventives et curatives... ;
- IR3.3 Proportion des enfants pris en charge au CHNEAR en situation d'accessibilité fragile.

La mission de terrain a néanmoins observé que les outils de recueil d'informations sanitaires utilisés par le service d'informations médicales de l'hôpital fournissent bien des données désagrégées par sexe.

**Il n’y a pas d’indicateurs/ marqueurs de progrès permettant de mesurer un éventuel impact environnemental du programme (CJ 1.6.).**

Selon le document du programme et corroboré par les personnes interviewées, le programme ne prévoit pas d’indicateur spécifique lié à l’environnement. Quelques efforts dans ce domaine ont malgré tout été observés, notamment au niveau de la gestion de l’information sanitaire avec le Service d’information médicale (SIM) récemment installé au CHNEAR qui s’attache à informatiser les dossiers patients et du fait que plusieurs personnes ont bénéficié d’une formation sur l’hygiène hospitalière.

**Hormis la pratique de tirer annuellement les leçons de la mise en œuvre du programme, la mission a constaté un faible niveau de documentation/capitalisation et l’inexistence, à ce jour, d’un mécanisme bien rôdé de collecte, de traitement et de partage des données. Le mécanisme de suivi du programme est inadapté, que ce soit au niveau de la fréquence de la collecte et de la production de rapports de mise en œuvre, la réalisation d’enquêtes, etc. ou encore pour ce qui concerne la qualité du système de suivi et des données produites (CJ 1.7 et 1.8.).**

Pour ce qui concerne les indicateurs, relevons tout d’abord que le CHNEAR a exigé que le programme respecte son circuit d’informations médicales centralisé au niveau du SIM et ne sollicite plus directement les services de chirurgie et d’ORL pour le partage des données cliniques liées au programme. Le SIM doit réaliser un rapport trimestriel avec l’ensemble des données des services, mais il ne parvient pas encore à transmettre ces données selon les échéances fixées. Selon les informations transmises, ceci est dû à l’utilisation sous-optimale des outils de collecte des données par les équipes médicales et au fait que la collecte des données se fait essentiellement sur papier avec un système d’archivage non centralisé et non uniformisé. En ce sens, l’hôpital a sollicité du programme un appui pour l’archivage et la numérisation de l’ensemble de ses données. Des matrices/canevas de recueil des données, validés avec les chefs des services correspondants, ont été mis en place avec le SIM pour les données cliniques du programme et les données des activités de dépistage.

Pour ce qui concerne les autres aspects du suivi de la mise en œuvre des activités du programme, des réunions de comité de pilotage sont tenues régulièrement entre AMS et la CDEB. En outre, la CDEB consigne les principales décisions stratégiques prises dans le rapport annuel et met à jour une liste de ses « leçons apprises » qui permet d’adapter la stratégie de mise en œuvre (quatre leçons apprises en 2022 et six en 2023). Toutefois, les données collectées sont insuffisantes – et insuffisamment exploitées publiquement – pour servir de levier pour le plaidoyer. La mission a ainsi relevé que vu que le programme constitue une initiative innovante dont l’impact sur la gouvernance clinique du CHNEAR mérite d’être documenté, il conviendrait de mettre en place un dispositif de suivi-évaluation continu, dynamique et commun à la CDEB, AMS et le CHNEAR, ainsi qu’aux autres partenaires, en vue de suivre l’impact du programme sur des éléments qualitatifs tels que : les pratiques des prestataires de soins, la qualité des soins, la perception et le degré de satisfaction des patients, la gouvernance de CHNEAR, la politique nationale (multisectorielle) sur l’inclusion de la population en situation de fragilité ou encore le degré d’intégration des enfants malentendants des milieux défavorisés de Dakar dans le système

scolaire.<sup>4</sup> Ces dimensions sont certes difficilement mesurables, d'où l'intérêt de documenter les effets du programme en explorant leur mesure de façon qualitative à travers une recherche-action définie avec les comités scientifiques et menée avec le concours de toutes les parties prenantes. Ceci permettrait de renforcer sa crédibilité et de réorienter l'intervention selon les effets identifiés.

**Il n'existe pas de mécanisme institutionnel permettant la gestion des connaissances et les apprentissages communs (quatrième axe du programme #Health4All) (CJ 1.9.).**

Un comité scientifique, qui comprend des partenaires limitrophes dont le CHNEAR et la DCMS, a été mis en place pour gérer les besoins en formation du personnel, documenter les expériences à des fins scientifiques et effectuer la capitalisation du programme. Cependant, ce comité peine à fonctionner correctement, notamment en raison de l'indisponibilité des référents chefs de services du CHNEAR.

A ce jour, seules les données permettant de renseigner les indicateurs de suivi du programme sont collectées par le SIM du CHNEAR et envoyées ensuite à la direction d'AMS, mais il n'a pas été observé de mécanisme permettant la gestion systématique des connaissances au niveau du CHNEAR ou d'AMS.

**Les informations nécessaires au calcul du SROI lors de l'évaluation finale ne sont pas disponibles (CJ 1.10.).**

- Les parties prenantes à impliquer à terme sont connues, mais le nombre de personnes à consulter n'est pas encore déterminé. Il s'agit principalement des parties prenantes suivantes :
  - Pour le volet gouvernance : la direction CHNEAR, les chefs de services ORL et Chirurgie, la Directrice d'AMS ;
  - Pour le volet offre : les chefs de services ORL et Chirurgie, les prestataires ayant bénéficié de renforcement de leurs capacités par le programme, les responsables de REVOCAP ;
  - Pour le volet demande : le responsable du service social du CHNEAR, le directeur et les inspecteurs de la DCMS, les responsables des établissements scolaires, les responsables des écoles coraniques (daaras), les familles des enfants bénéficiaires ;
  - Pour le volet gestion de connaissance : les chefs de services ORL et Chirurgie en qualité d'enseignants, les membres du comité scientifique.
- Les indicateurs de suivi repris dans l'outil MEAL ne sont pas suffisants pour mesurer l'ensemble des effets du programme sur les bénéficiaires.
- De même, la durée estimée des bénéfices pour chaque partie prenante et chaque résultat n'est pas connue.

---

<sup>4</sup> Bien que les activités de dépistage soient menées conjointement avec les équipes de la Division du Contrôle Médical Scolaire (DCMS), et associent ainsi le volet éducatif aux activités cliniques du programme, l'évaluation du degré d'intégration dans le système scolaire est difficilement mesurable.

## 3.2 QE 2.1 Analyse stratégique (réponse aux besoins)

Cette deuxième question évaluative était formulée comme suit : *QE2.1 Le programme #Health4All, tel qu'initialement formulé, répond-il toujours aux besoins prioritaires des bénéficiaires ?*

Sur la base des informations recueillies, nous estimons que, bien qu'ils n'aient pas été impliqués dans l'identification des besoins, le problème de santé auquel le programme entend répondre au niveau des bénéficiaires finaux (besoin normatif associé aux handicaps auditifs et locomoteurs) est avéré et cohérent avec la politique nationale – et donc, le programme est pertinent au regard de son objectif spécifique. En revanche, l'analyse causale des besoins (compréhension des causes profondes des problèmes et de leur vulnérabilité à l'intervention extérieure) n'a pas été faite et dès lors, les évaluateurs ne peuvent pas tirer de conclusion quant au degré de priorité des besoins au niveau des populations cibles (acteurs de la gouvernance, acteurs de l'offre et acteurs de la demande).

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

**Sur la base des informations partagées avec les évaluateurs et récoltées lors de la mission, la situation problématique de départ n'est pas clairement définie, formulée et quantifiée (CJ 2.1.1.).**

Ce programme s'inscrit dans la continuité de programmes précédents. Ce faisant, bien qu'ils fassent référence aux leçons tirées de l'expérience, aucun des deux principaux documents stratégiques mis à disposition des évaluateurs (le document de programme et la théorie de changement) n'inclut de description ou d'analyse de la situation problématique à laquelle le programme entend répondre. Le format de canevas strictement imposé par la DGD pour les demandes de financement des OSC commence directement par la description de l'outcome, sans inclure de description du contexte, de la problématique, de ses causes directes et indirectes ni de la justification du choix de la stratégie adoptée. C'est seulement dans la section « Description of the Relevance », qui arrive tard dans le document de programme (page 7/12), que la CDEB a pu donner des indications relatives à l'analyse stratégique réalisée. Toutefois, il n'est pas précisé si une analyse causale a été réalisée ou mise à jour, et la justification stratégique est assez sommaire. Elle évoque le fait que : « L'outcome s'inscrit dans les droites lignes des politiques nationales, et tout particulièrement du PNDS<sup>5</sup> ou à la loi d'orientation sociale (LOS) de 2010 qui promeut la promotion des droits des personnes handicapées » et que « Tout cet outcome s'inscrit dans la suite logique de l'outcome antérieur ». Le besoin auquel répond le programme est considéré comme allant de soi et se limite au handicap, sans pour autant évoquer ni analyser les dysfonctionnements qui font que le Sénégal a (encore) besoin d'un appui extérieur du type de celui qui est proposé par le programme, ainsi que leurs causes.

Comme indiqué dans la section 1), l'outcome du programme vise principalement à améliorer le trajet santé des enfants atteints d'une pathologie nécessitant des soins spécialisés, et particulièrement des chirurgies, et ce dans leurs dimensions curatives, palliatives (mieux-être) ou préventives (traitement médical précoce). L'outcome porte une attention particulière aux

---

<sup>5</sup> Il s'agit du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028.

handicaps auditifs et locomoteurs des enfants des régions visées par le programme avec des prévalences connues adaptées aux populations pédiatriques de Dakar (uniquement, suite à la réduction de l'ampleur du programme). Pour ce qui concerne la quantification de la situation problématique de départ, le document de programme définit les bénéficiaires directs comme suit : « les enfants porteurs de handicaps auditifs ou locomoteurs des régions visées -> prévalences connues adaptées aux populations pédiatriques de Dakar, Kaolack et Thiès, soit 43% de la population totale (16.705.608 personnes\*43% = 7.183.411) dont 41,63% de moins de 15 ans (= 2.990.454) \*5,9% troubles auditifs (stat ANSD)\*2% malformations, déformations et lésions (accidents routiers) orthopédiques = 240.000 enfants de moins de 15 ans ». Il explique également qu'il n'existe que de rares données accessibles concernant le recensement des enfants souffrant d'un déficit auditif au Sénégal. La problématique de la malentendance apparaît généralement sous-estimée voire négligée dans la politique nationale de santé. Le document de programme indique que « Tout au plus évaluait-on en 2013, que 0,6% de l'ensemble de la population, soit à l'époque près de 100.000 personnes, souffraient de problèmes auditifs allant de pathologies légères à la surdité totale. Ramenés aux chiffres de la population âgée de moins de 15 ans en 2020, près de 42.000 enfants au moins souffriraient [...] de malentendance. » En effet, les chiffres plus récents datent d'un recensement datant de 2015 qui a enregistré 800.000 sourds, soit une prévalence estimée de la surdité dans la population générale de 5,9% (source : ANADS).

**Les partenaires de mise en œuvre (acteurs de l'offre et acteurs de la gouvernance du CHNEAR) ont participé à l'identification des besoins, mais pas les bénéficiaires directs ni les acteurs de la gouvernance plus large du secteur de la santé (CJ 2.1.2.).**

Selon les informations recueillies lors des entretiens de terrain, le programme a été coconstruit en 2021 par AMS, la CDEB et la CDEL, avec la participation du CHNEAR (direction, référents médicaux, service social, enseignants et autres intervenants) à travers des ateliers organisés par la CDEB afin de recueillir les avis de la direction du CHNEAR et des équipes visées par le programme. Ces réflexions et ateliers ont abouti à l'élaboration de l'outcome entre juin 2020 et juillet 2021, et de déterminer les axes stratégiques du programme.

Sur le plan opérationnel, les besoins sont identifiés et planifiés ensemble par la CDEB, AMS et le CHNEAR lors des réunions de Comité de pilotage, de comité de suivi et de direction. Les besoins en dépistage/prise en charge et formation sont identifiés et planifiés lors des réunions des comités scientifiques où se retrouvent les chefs de services, référents scientifiques et les membres de la DCMS.

**La plupart des besoins identifiés dans les documents de programme consistent en des besoins normatifs associés aux handicaps auditifs ou locomoteurs (CJ 2.1.3.).**

Vu l'absence de participation des bénéficiaires à la formulation du programme et le focus de celui-ci sur les aspects techniques et médicaux, sans aborder les problèmes de gouvernance, il n'est pas fait mention de besoin ressenti ou exprimé, ni même de besoin comparatif entre deux régions, structures ou types d'offre. Les problèmes et les besoins institutionnels ne sont, quant à eux, pas clairement exprimés dans le document de programme ou la ToC.

#### **L'importance « technique » du problème est avérée pour les populations-cibles (CJ 2.1.4.).**

Au vu de la taille estimée de la population de bénéficiaires directs (enfants porteurs d'un handicap) et du peu de données précises sur cette population (voir CJ 2.1.1.), on peut raisonnablement en déduire que cette population a un réel besoin de prise en charge.

En dépit d'un manque de documentation du processus d'analyse stratégique réalisé, il ressort de la mission sur le terrain que la pertinence du problème est avérée au niveau des populations cibles. La mission n'a malheureusement pas eu l'occasion de rencontrer les patients/usagers (bénéficiaires directs), mais les parties prenantes interrogées ont été unanimes quant à la pertinence de l'intervention, qui répond à leurs besoins respectifs, en particulier :

- La direction CHNEAR reconnaît le besoin d'améliorer l'offre de soins à travers l'intégration de la prise en charge des personnes handicapées ; ceci devrait permettre à l'hôpital de retrouver son niveau d'hôpital national de référence en ayant un paquet d'activités plus important.
- Pour la DCMS, qui est un organe du ministère de l'Éducation, il est nécessaire de mettre au grand jour la question de l'équité dans l'accès aux soins dans le milieu scolaire et d'aider les enfants en situation sociale et géographique fragile à avoir une chance d'accéder convenablement aux activités scolaires.
- Pour le Réseau de Volontaires Communautaires en Appui au Personnel de santé (REVOCAP), il est essentiel d'adopter une approche centrée sur le patient. Le Réseau a exprimé un besoin de renforcement de ses capacités en vue d'être mieux à même d'identifier et d'accompagner les enfants souffrant de troubles auditifs.

Les entretiens ont fait ressortir le besoin, exprimé par les parents d'enfants avec un handicap et relayé par les inspecteurs de la DCMS, de prise en charge complète des enfants référés au CHNEAR, incluant l'accès à l'appareillage, aux examens complémentaires, etc. Or, la décision de supporter totalement ou partiellement les soins revient au service social de l'hôpital et non à AMS.

Enfin, un des évaluateurs externes, ancien Directeur de Cabinet du MSAS, ne saurait trop insister sur la pertinence de la thématique de l'inclusion dans la politique sanitaire sénégalaise. Il estime qu'il faut prendre en compte les spécificités des groupes vulnérables à travers une discrimination positive, et que tout projet qui aide à progresser en matière d'inclusion – à travers la sensibilisation, la prise de conscience et la formation – est bienvenu.

#### **Le choix des populations cibles n'est pas clairement justifié dans les documents de programme (CJ 2.1.5.).**

Etant donné que l'analyse des besoins n'est pas reflétée dans les documents mis à la disposition des évaluateurs, si les populations cibles sont définies, leur choix n'est pas clairement expliqué. En outre, les aspects institutionnels sont insuffisamment exploités, y compris le rôle du MSAS.

#### **Les aspects transversaux (genre et environnement) n'ont pas fait l'objet d'une prise en compte particulière lors de la formulation du programme, hormis pour ce qui concerne certains indicateurs de suivi et un effort de limitation de la pollution (CJ 2.1.6.).**

Comme le reconnaît le document de programme : « L'intégration du genre dans l'outcome ne se

traduit pas par des activités spécifiques, mais suit l'approche "gender mainstreaming" en intégrant des données sexo-spécifiques patients dans les statistiques de prestations de soins et des études, ainsi que dans les listes de participation des apprenants, et ce, depuis le programme précédent. Outre le système de veille qui est mis en place et qui, jusqu'ici, n'a pas révélé de déséquilibre particulier (...), AMS et CDEB ambitionnent de pouvoir améliorer la qualité et la rigueur de ce type de données (études) afin d'influencer les pratiques statistiques des hôpitaux (plus de systématisme) et la complétude des données SNIS sur le sujet ».

Ensuite, il reconnaît également que : « Dans la même logique, l'intégration des données environnementales dans l'outcome ne donne pas lieu à des activités spécifiques, mais se traduit de manière plus transversale dans les choix technologiques à effectuer, par exemple, pour des achats d'équipement (cahiers des charges types partagés au sein du #H4A notamment, avec expertise de MSV sur le sujet). De même, CDEB/AMS soutient les démarches de la direction du CHNEAR sur la construction d'un "bâtiment vert" en chirurgie, en intégrant ce sujet dans des démarches de plaidoyers partagées afin de pouvoir influencer sur la mise à disposition de ressources financières spécifiques. Enfin, une attention particulière est portée aux déplacements, circonscrivant strictement ceux-ci dans les "nécessaires", lorsqu'un appui à distance ne permet pas d'atteindre certains résultats (apprentissage de gestes, par exemple). »

Sur le terrain, le rapport AMS de suivi du SENPED II relève le contrôle qualité effectué régulièrement par la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) du MSAS concernant l'utilisation des équipements mis à disposition, mais l'évaluateur croisé n'a pas pu obtenir d'informations précises sur le mode de choix des équipements, ni sur le dossier du grand projet du Bâtiment vert. En outre, il a observé que les dossiers patients étaient encore recueillis d'abord sur un registre papier, même s'il existe désormais un service informatisé (le SIM) chargé d'encoder les dossiers patients dans une base des données centrale.

**Vu l'absence de description du modèle causal sous-tendant la situation problématique dans les documents mis à disposition des évaluateurs, le choix de la ou des causes du problème sur laquelle/lesquelles le programme entend agir clairement n'est pas justifié et fondé sur des bases probantes (CJ 2.1.7.).**

**La cohérence externe du programme avec les priorités nationales telles qu'identifiées dans les documents de politiques et de stratégies nationaux est démontrée (CJ 2.1.8.).**

Comme déjà indiqué, le document de programme précise que : « L'outcome s'inscrit dans les droites lignes des politiques nationales, et tout particulièrement du PNDS ou à la loi d'orientation sociale (LOS) de 2010 qui promeut la promotion des droits des personnes handicapées ». En effet, le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028, dans son analyse de la situation sanitaire, a dédié une section à la question des personnes handicapées (IV.2 « Situation de la pauvreté et du handicap »). Les personnes handicapées font également l'objet d'une attention dans l'analyse des forces, faiblesses et défis du secteur de la santé (Chapitre V). Dans ses missions (section VI.2), il précise que les missions du MSAS comprennent celle « de porter une attention particulière à la protection de la santé des femmes, des enfants, des travailleurs et des personnes âgées ou handicapées. » Enfin, plusieurs de ses lignes d'action s'intéressent particulièrement aux personnes handicapées (42 : Renforcement de la prévention

tertiaire et quaternaire ; 53 : Amélioration du ciblage des bénéficiaires ; 55 : Développement des mécanismes de mise en œuvre de la Loi d’Orientation Sociale). Cet alignement est confirmé par les témoignages des représentants du ministère interrogés.

La cohérence se vérifie également avec la DCMS du Ministère de l’Education Nationale car le programme contribue à réduire le taux d’enfants qui n’ont pas accès à l’école ou qui sont en décrochage scolaire pour cause de handicap auditif.

### 3.3 QE 2.2 Analyse stratégique (avantages comparatifs)

Cette troisième question évaluative était formulée comme suit : *QE2.2 Le programme #Health4All, tel qu’initialement formulé, correspond-il aux capacités/avantages comparatifs de l’OSC impliquée et de ses partenaires de mise en œuvre ?*

Sur la base des informations recueillies, les évaluateurs estiment que l’objectif spécifique du programme correspond aux capacités et avantages comparatifs techniques de la CDEB, que sa mise en œuvre repose sur l’ancrage local du partenaire AMS et que des synergies intéressantes ont été construites avec d’autres acteurs. En revanche, les évaluateurs estiment que ni la CDEB, ni AMS ne disposent des capacités – en termes de légitimité politique et institutionnelle – d’agir sur certaines des causes profondes du problème, particulièrement celles relevant des Résultats 1 et 3, ni pour prendre le leadership au niveau du Résultat 2, rendant caduque la stratégie d’intervention. Si la cohérence externe du programme est relativement bonne, il serait toutefois utile de renforcer la collaboration avec le MSAS en vue d’augmenter le levier stratégique du programme.

Les éléments probants qui nous permettent d’étayer ce jugement sont les suivants.

**L’objectif spécifique du programme est cohérent avec la stratégie de la CDEB mais moins dans celle d’AMS, en dépit de l’intégration du programme dans son plan quinquennal (CJ 2.2.1.).**

Dans le cadre du SENPED II, selon les entretiens menés lors de la mission de terrain, l’outcome et ses stratégies d’intervention, qui ont été entièrement coconstruits par AMS et la CDEB, s’inscrivent de manière organique dans la ToC institutionnelle de la CDEB et plus largement du programme conjoint #Health4All. Notons que les deux partenaires (la CDEB et AMS) se connaissent depuis plusieurs années, leur collaboration est basée sur le renforcement des capacités comme processus dynamique d’apprentissage mutuel.

AMS dispose d’un programme d’investissement quinquennal avec des indicateurs et un budget qui sont évaluée périodiquement par différents auditeurs et le ministère de l’Intérieur en vue du renouvellement de son agrément. Toutefois, elle est principalement spécialisée dans les missions d’itinérance, les urgences sanitaires et le renforcement du système de référencement et contre-référencement, mais en dépit de l’inscription du SENPED-II dans son plan quinquennal, elle n’est pas particulièrement connue pour ses interventions dans le domaine des handicaps.

**La CDEB a les capacités requises (en termes de ressources humaines, matérielles et d'expériences préalables) pour agir sur les causes directes du problème au niveau des bénéficiaires directs et finaux (particulièrement, au niveau du Résultat 2). En revanche, elle ne dispose pas des capacités d'agir sur les causes indirectes (institutionnelles) du problème, particulièrement au niveau du Résultat 1. La stratégie d'intervention reposant sur le partenariat avec des institutions locales, c'est surtout dans leur chef que ces capacités sont essentielles (CJ 2.2.2.).**

Comme elle l'explique dans le document de programme, « la stratégie partenariale de la CDEB fait une place très large aux acteurs locaux, puisque l'[Organisation non gouvernementale (ONG)] estime depuis le début de sa création et de ses activités que cela détermine très fortement le niveau de probabilité des cascades de changements espérés à la suite des interventions. Comme pour le reste des activités, la mobilisation de ressources internationales n'est envisagée que lorsque l'expertise locale n'est pas encore suffisamment adaptée aux exigences techniques et/ou de management des activités à mettre en œuvre : elle ne les mobilisera, à partir de son siège, qu'à la demande de son partenaire local. » Elle estime par ailleurs que « la légitimité de toute la [ToC] (il ne s'agit donc pas d'une hypothèse mais d'une valeur), l'efficacité des cascades de changements induites dès la base, et la solidité-durabilité de toutes les étapes de changements par la suite sont conditionnées par le fait que **les acteurs locaux sont en charge de leurs propres changements (base du pilier gouvernance – pas de substitution, seulement des stimulations visant l'empowerment).** »

Les entretiens menés lors de la mission de terrain confirment que la CDEB dispose des compétences médico-techniques requises pour renforcer l'offre (Résultat 2) et appuyer la gestion des connaissances (Résultat 4), ainsi que d'une expérience avérée y compris dans d'autres pays, pour agir sur le problème du handicap. Cependant, la CDEB n'est pas représentée au Sénégal, si ce n'est à travers son partenaire AMS, qui n'a pas la même légitimité technique dans ce domaine précis. En outre, en tant qu'ONG, elle ne dispose pas de la capacité et de la légitimité institutionnelle et politique nécessaires pour agir sur les causes indirectes du problème (Résultat 1). Dès lors, la persistance du modèle de « coopération médicale » de la CDEB (avec l'envoi d'équipes de volontaires du Nord spécialisés en chirurgie) est *de facto* perçu par certains acteurs locaux comme une stratégie de substitution (« combler un vide de compétences sur le court terme ») plutôt que de renforcement des capacités, permettant d'atteindre l'outcome en contournant les résultats attendus.

**Le partenaire de mise en œuvre (AMS) s'affirme comme ayant un bon ancrage local et une longue expérience dans le domaine de la santé au Sénégal, lui permettant de bien se positionner particulièrement au niveau du Résultat 3 (demande). Cependant, AMS ne semble pas être dans une position adéquate pour agir sur les causes indirectes (institutionnelles) du problème dans la zone d'intervention (gouvernance et offre) (CJ 2.2.3.).**

Le document de programme précise que le partenaire de mise en œuvre « Assistance Médicale Sénégal dispose de plusieurs « axes » d'ancrage dans la société civile du pays » par le biais de sa participation régulière aux échanges et travaux produits au sein des espaces de réflexion collective rassemblant les OSC belges et sénégalaises bénéficiant des financements de la coopération belge, de l'activité génératrice de revenus menée par son directeur ainsi que de ses

réseaux médicaux. Une convention lie par ailleurs AMS et le CHNEAR, fixant clairement le cadre de collaboration, avec des rencontres régulières et différents organes de contrôle. Les entretiens menés lors de la mission de terrain confirment qu'AMS dispose d'un bon ancrage local et d'une certaine reconnaissance, particulièrement au niveau de la société civile locale, lui permettant de bien se positionner dans l'appui à la demande (Résultat 3). La principale représentante du programme a un profil de gestionnaire de programme mais pas de background en matière de politiques de santé, ce qui réduit son capital symbolique vis-à-vis de certains interlocuteurs critiques pour le succès des objectifs techniques du programme (Résultats 1, 2 et 4). AMS n'a donc vraisemblablement pas la légitimité suffisante pour influencer sur les questions institutionnelles liées à la gouvernance du CNHEAR (Résultat 1), pour réaliser par elle-même les activités de renforcement de l'offre (Résultat 2) ni pour influencer sur l'inclusivité de la politique sanitaire nationale (Résultat 3).

**Le programme a participé à l'élaboration du Cadre Stratégique Commun (CSC) de la coopération belge et contribue à l'atteinte des objectifs de la Cible 3 Santé (CJ 2.2.4.).**

Le document de programme précise que les « *Approaches or sub-targets concerned* » du programme sont :

« Cible 3 santé :

3.1. Renforcer les mécanismes de l'accès aux soins (mutuelles communautaire, stratégies de soins avancées, etc.)

3.2. Renforcer les systèmes de santé, en visant la disponibilité d'une offre proposant des prestations de qualité, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la couverture géographique la plus large possible en privilégiant la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

3.3. Développer des mécanismes de dépistage/détection précoce et prise en charge des maladies transmissibles, infectieuses et tropicales, pathologies handicapantes et émergentes, en lien avec les autorités sanitaires ».

Il précise également que la CDEB est bien ancrée dans la société civile du pays, notamment « Par le biais de sa participation très régulière aux échanges et travaux produits au sein des espaces de réflexion collective rassemblant les OSC belges et sénégalaises bénéficiant des financement[s] de la coopération belge (synergies, complémentarités, collaborations, ...) : *sa contribution à la cible santé du CSC est à ce sujet démontrable* ». Quant au partenaire de mise en œuvre, AMS, la mission a pu confirmer qu'elle participe à toutes les activités organisées à destination des ACNG par l'Ambassade de Belgique au Sénégal.

La CDEB a participé activement à la rédaction du CSC et dès lors, la correspondance entre le CSC et le programme est assurée. Les personnes rencontrées à l'Ambassade de Belgique ont d'ailleurs confirmé que le programme SENPED II contribue de manière pertinente à la Cible 3 santé, conformément à ce qui est annoncé dans le document de programme.

**Le programme bénéficie d'une bonne cohérence externe avec les actions menées par d'autres acteurs dans les zones d'intervention (autres OSC locales, partenaires techniques et financiers (PTF), etc.). Néanmoins, il serait utile de renforcer la collaboration avec le**

**MSAS, seule institution à même d’agir au niveau des facteurs institutionnels du programme et d’assurer le passage à l’échelle des interventions (CJ 2.2.5.).**

D’emblée, il faut noter que l’outcome proposé par la CDEB/AMS est spécifique par rapport aux autres ACNG appuyés par la coopération belge au Sénégal, dans le sens où il s’agit du seul programme qui vise à améliorer la qualité, la continuité, la disponibilité et l’acceptabilité des soins pour les enfants handicapés à ce niveau de la pyramide sanitaire dans la région de Dakar.

Le document de programme explique largement que le choix des bénéficiaires directs, à savoir les enfants porteurs de handicaps dans la région de Dakar, se fonde sur une analyse des complémentarités géographiques et en termes de populations cibles avec d’autres acteurs (voir la section « Description of Synergies »). La section « Description of tasks among associate ANGCs » du document de programme explique que plusieurs synergies/complémentarités et actions conjointes étaient dès le départ envisagées avec d’autres OSC, notamment avec les acteurs du NIOFAR, cible 5 du CSC Sénégal autour de la gouvernance et gestion des connaissances ; avec la Chaîne de l’Espoir France (CDEF), CDEL et ENABEL autour de l’offre ; avec Dynamo International (DI), Sensorial Handicap Cooperation (SHC), la Croix Rouge de Belgique (CRB) et la CDEF autour de la demande. Et même si des drafts de convention avec la CDEB ont été établis pour certains de ces acteurs, leur opérationnalisation formelle a eu lieu avec AMS. D’autres complémentarités sectorielles ont été identifiées dans le document de programme, avec Action Damien, qui envisage une action au Sénégal sur la prise en charge des détresses respiratoires chez l’enfant, ainsi que la CDEF, qui appuie un hôpital pour les cas graves de Covid-19 ; la CDEL qui est co-porteur de l’outcome malentendance ; ainsi que LuxDev et Enabel sur la prise en charge d’urgences de jeunes enfants au niveau de l’anesthésie-réanimation.

En se basant sur le rapport d’activités, confirmé par certains témoignages recueillis lors de la mission, les synergies/complémentarités susmentionnées ont pu se matérialiser à un moment ou à un autre du programme. Par exemple :

- La CDEF a apporté son expertise pour la validation de cahier des charges de la réfection du bloc opératoire ; elle participe également à l’alimentation d’un fonds de solidarité « cardiaque » (détails non transmis à l’évaluateur croisé) ;
- SHC a collaboré autour de la détection et de la prise en charge précoce des enfants atteints de troubles auditifs, notamment en milieu scolaire ou via des visites médicales organisées au sein du CHNEAR, mais aussi en organisant des sessions de formation auprès des inspecteurs de la DCMS et du corps enseignant ;
- La Croix-Rouge de Belgique collabore autour de la sensibilisation de la communauté sur la prise en considération du handicap et sur les démarches à effectuer vers les lignes médicales (accessibilité socio-culturelle) ;
- Des contacts sont également pris avec Enabel et l’UNICEF en vue de créer des « ponts » dans le cadre des coopérations médicales nationales.

Par ailleurs, certaines synergies et collaborations intéressantes ont émergé au cours du programme, qui ont permis de mobiliser davantage de ressources humaines pour booster la dynamique communautaire. La mission d’évaluation croisée a identifié des collaborations particulièrement fructueuses avec les organismes suivants :

- La DCMS, qui est une des directions du ministère de l'éducation nationale et intervient surtout comme facilitateur dans la réalisation des activités de dépistage dans le milieu scolaire pendant et en-dehors des missions. Elle permet de rendre officielles les activités du programme dans le milieu scolaire tout en mettant à disposition ces inspecteurs pour la mobilisation et la disponibilité des élèves – surtout ceux venant des écoles coraniques. La DCMS espère, à travers ce projet pilote, étendre l'intervention à travers tout le pays car selon elle, le besoin reste énorme.
- Le REVOCAP qui met à disposition ses nombreux volontaires (plus de 400 membres) lors des activités de dépistage dans le milieu scolaire pendant et en-dehors des missions ainsi que pour la sensibilisation des familles, surtout celles se trouvant dans des situations d'accessibilité d'extrêmement fragile. Il s'agit d'un acteur très important pour la bonne mise en œuvre de ces activités. Le REVOCAP a d'ailleurs signé un partenariat avec AMS. Les données produites par le REVOCAP servent aussi pour le plaidoyer.
- Empire des enfants est une ONG qui héberge les enfants de la rue et qui collabore également dans les activités de dépistage des enfants

Précisons qu'aucune de ces synergies n'induit un transfert de fonds d'un acteur à l'autre. Il s'agit de complémentarités budgétées par chacun d'eux, avec une mise en coordination régulière, au Sénégal comme en Belgique, sur les ressources à mobiliser, la planification et l'organisation des activités. Ces synergies/collaborations sont appelées à être consolidées pour mener ensemble un plaidoyer afin de faire bouger les lignes.

Toutefois, le programme met insuffisamment l'accent sur la collaboration avec le MSAS, qui est pourtant l'institution la plus à même d'agir sur les causes profondes du problème (y compris la gouvernance du CHNEAR, la définition des paquets d'activités, etc.).

### 3.4 QE 3 Analyse logique de la théorie de changement

Cette quatrième question évaluative était formulée comme suit : *QE 3. La théorie de changement du programme #Health4All au Sénégal, telle qu'initialement formulée, est-elle toujours plausible et cohérente ?*

NB : Signalons d'emblée que l'évaluateur croisé a rapidement constaté que très peu d'acteurs/participants rencontrés avaient connaissance de la ToC du programme. Ils semblaient plutôt avoir une meilleure connaissance du cadre logique du programme. Dès lors, la question évaluative relative à la ToC n'a pas été abordée telle quelle lors des entretiens et discussions en focus group. Cela étant, la ToC du programme étant construite sur les quatre voies de changement du programme #Health4All (gouvernance, offre, demande, gestion des connaissances) qui sont transposées en outputs, et dont la combinaison devrait permettre d'atteindre l'outcome, l'évaluateur croisé a tout de même cherché à renseigner les critères de jugement relatifs à cette QE en se basant sur le lien qui existerait entre les résultats attendus et l'outcome du programme.

Sur la base des informations qu'ils ont pu recueillir, les évaluateurs estiment que bien que la stratégie d'intervention soit relativement justifiée sur la base des leçons apprises, le modèle logique comprend des apories (certains résultats attendus étant de niveau impact, dépendant de facteurs hors de la sphère d'influence du programme), la théorie de changement est peu appropriée par les parties prenantes, les impacts sont difficiles à démontrer et peu du ressort des OSC impliquées, et les changements de modes opératoires se font encore attendre en pratique. Le choix du recours à un partenaire ancré localement a du sens, mais l'autonomisation des acteurs locaux tarde encore, réduisant l'appropriation locale du programme. Les objectifs de l'intervention sont vraisemblablement trop ambitieux en regard des moyens mis en œuvre pour les atteindre, notamment du fait des importantes coupes budgétaires imposées par la DGD et de l'inadéquation du montage opérationnel pour répondre aux problèmes institutionnels. Ceci compromet l'atteinte des résultats attendus à la fin du programme. Il demeure aussi des synergies manquées et certains éléments de contexte ont été insuffisamment pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont présentés ci-dessous.

**Les impacts attendus et les étapes nécessaires pour les atteindre ne sont pas très clairs et le modèle logique contient des apories (CJ 3.1.).**

Le cadre logique du programme spécifie un outcome relativement abordable, mais curieusement, certains résultats attendus ne sont pas de nature « outputs » mais plutôt « impacts » – ces apories renversant la logique d'intervention (il est possible d'atteindre l'outcome sans atteindre les résultats attendus). En particulier, le Résultat 1, outre sa formulation alambiquée mêlant éléments relatifs aux impacts, à la durabilité et aux moyens mobilisés, est de niveau particulièrement élevé et inatteignable par un projet extérieur. Quant au Résultat 3, il est également dépendant de facteurs extérieurs, ne relevant pas de la sphère d'influence du programme (particulièrement les aspects d'accessibilité culturelle et institutionnelle).

Quant à la ToC, selon le document de programme soumis à la DGD, elle précise que les impacts attendus et les étapes pour les atteindre, sont les suivants (p. 10) :

- « un premier changement espéré sur la défragmentation des structures de soins : en stimulant les réseaux de pairs autour de l'ORL et l'orthopédie, en invitant systématiquement les prestataires de soins des hôpitaux de référence régionale lors des sessions d'apprentissages sur les soins spécialisés et les chirurgies, en organisant les coopérations médicales interhospitalières sous forme de missions nationales itinérantes (persistance des échanges, mise en réseau plus forte) ;
- une meilleure inclusion des enfants marginalisés dans les circuits de soins, en intégrant plus systématiquement les OSC les encadrant dans les réflexions sur le financement des soins de qualité (dispositifs réalistes et inclusifs) ;
- un lien plus fort (plus réaliste ?) entre l'offre pédagogique et les besoins professionnels en santé, bien que la qualité de l'enseignement en santé au Sénégal bien plus élevée que dans les pays de la sous-région ou en Afrique francophone ;
- une propagation plus large de “bonnes pratiques” sur la prise en charge des enfants porteurs

d'un handicap auditif ou locomoteur, par le biais des partages au sein des réseaux de pairs ou encore des partages d'apprentissages en séminaire, contribuant par là à la baisse de la morbi-mortalité infantile dans le pays ;

- une sensibilité plus forte des personnels de santé sur l'approche de soins centrés sur le patient, ou du patient-partenaire, par le biais des enquêtes d'"équité" dont ils auront la charge dans le cadre des études à mener. »

Ces impacts attendus sont vagues, difficilement mesurables/évaluables et difficilement « activables » ou influençables par les OSC impliquées.

Les entretiens menés par l'évaluateur croisé lors de la mission ont permis d'identifier d'autres effets à moyen terme plus « palpables », se retrouvant dans la sphère d'influence et la sphère d'intérêt du programme :

- La mise réseau des acteurs réfléchissant à la prise en charge des enfants avec handicap ;
- La mise en place d'une politique nationale sur la prise en charge des enfants avec handicap ;
- Le développement de la chirurgie pédiatrique au sein du CHNEAR avec un système de référence et contre référence.

En outre, un élément important à mettre dans les impacts du projet serait l'autonomisation de CHNEAR dans la prise en charge des pathologies ciblées par le programme.

**Le choix des stratégies d'intervention est relativement justifié et fondé sur des bases probantes, y compris les leçons apprises de la mise en œuvre des programmes précédents ; toutefois, ces leçons ne se traduisent pas encore en des changements de modes opératoires en pratique (CJ 3.2.).**

Le document de programme explique (page 9) le lien entre les résultats attendus et l'outcome :

- « les outils de gouvernance clinique permettront d'agir sur la défragmentation des services, la motivation des personnels (totalement impliqués dans les phases de planification, réalisation, évaluation de leurs propres projets), l'interrelation des besoins de chacun, l'amélioration d'un circuit patient harmonisé pour le CHNEAR ; et d'agir de manière plus globale sur leurs liens avec les hôpitaux périphériques, la qualité, la continuité et l'acceptabilité des soins ;
- la prise en considération plus large des besoins liés à l'offre, de manière **flexible : l'enveloppe "renforcements de capacités"**, incluant les possibilités de coopérations médicales internationales, **seront traduites en plan[s] d'action opérationnels fixés par un comité qualité incluant les chefs de services et la direction**, et pourront varier d'une année à l'autre selon les moyens à mobiliser / projets à réaliser pour atteindre les objectifs fixés dans une convention de partenariat AMS/CHNEAR découlant de l'outcome axé "enfants porteurs de handicaps" en lien avec leurs besoins (évitant notamment la discontinuité dans les soins, et proposant des caps réalistes) ;
- la stimulation des circuits de référencements, et les dispositifs de facilitations du trajet patient autour des accès multi-dimensionnels, qui doivent permettre aux enfants plus isolés, vulnérables ou marginalisés d'être inclus dans le circuit existant ;
- enfin, l'axe de la gestion des connaissances, qui permet a minima **d'évaluer régulièrement**

**et rigoureusement les progrès** attendus des actions au travers d'une **étude qui sera menée par les prestataires de soins et les médecins-étudiants en spécialisation (DES)** sur les deux pathologies visées par le programme, **à tous les niveaux du circuit de référencement de la pyramide sanitaire** ».

Le document de programme explique (page 8) que la construction d'une ToC institutionnelle partagée par la CDEB et AMS a pris en compte deux écueils des « lessons learned » :

- « le premier basé sur des résultats mitigés de précédents projets, dont l'explication, à la suite d'une évaluation externe en 2016, pointait la fixation d'un outcome dans les sphères très/trop élevées d'influence avec une multitude d'enchaînements probables ne supportant pas le moindre changement de contexte ;
- le deuxième basé sur les résultats mitigés également du programme 2017-2021 (SENPED-I) en 2019, qui ont donné lieu à deux séances de travail collectives [... qui] ont révélé : 1. D'une part, une correspondance parfois trop peu démontrée entre la tenue des coopérations médicales internationales (transferts de savoirs assez pointus) et les besoins réels du CHNEAR (plateaux techniques défaillants) et 2. D'autre part une insuffisance très nette de moyens sur les appuis à la gouvernance clinique, les services de soins du CHNEAR étant très fragmentés et peu reliés à la direction/gestion de l'hôpital, qui validait certaines options d'appui sans réelle coordination avec les chefs de service. La nécessité d'un appui externe plus continu restimulant un meilleur lien et une meilleure coordination entre les acteurs de l'hôpital a rapidement été relevée, et même demandée par les chefs de service et la direction eux-mêmes [...] ».

Plus loin, le document de programme résume les principales « lessons learnt » qui ont présidé au choix des stratégies comme suit :

- « une meilleure prise en considération globale des renforcements de capacité du [CHNEAR], par le biais de l'utilisation d'un outil flexible ("projets qualité") s'inscrivant dans un plan stratégique global partagé sous forme de convention entre l'hôpital et AMS ;
- un appui plus poussé et plus continu permettant de surmonter efficacement les écueils de gouvernance interne à l'hôpital, fragmentant les services et par conséquent les responsabilités sur une série de dysfonctionnements nuisibles à la qualité de la prestation des soins ;
- une meilleure stratégie de collaboration avec les OSC/ACNG agissant sur les accès géographique, financier, socio-culturel des soins afin d'intégrer ces aspects dans les stratégies de la sphère de contrôle du programme au lieu de les laisser dans des "impacts attendus" très lointains, en contradiction avec la [Déclaration de changement ultime (DCU)] et les stratégies de la CDEB qui découlent directement des ART.23 et 24 de la [Convention internationale des Droits de l'Enfant] ;
- une approche "recherche-action" à intégrer dans tous les aspects du programme, afin de pouvoir évaluer réellement les effets positifs des actions sur tout le circuit de référencement des patients, avec l'inclusion de notions d'accès et d'équité plus poussées ».

Enfin, la CDEB met à jour annuellement une liste de ses « leçons apprises » qui permet d'adapter la stratégie de mise en œuvre (quatre leçons apprises en 2022 et six en 2023).

Toutefois, jusqu'à ce jour, les évaluateurs n'ont pas identifié d'élément probant indiquant que les

écueils identifiés aient été pris en considération et que les leçons apprises aient résulté en des changements notoires au niveau des *modus operandi* du programme. Les résultats attendus de ce programme restent à un niveau très élevé et l'approche perçue comme paternaliste ou d'« assistance » des missions médicales perdue – probablement du fait que l'outcome peut être atteint par substitution, sans passer par l'atteinte des résultats attendus.

**Les objectifs de l'intervention sont vraisemblablement trop ambitieux en regard des moyens mis en œuvre pour les atteindre, notamment du fait des importantes coupes budgétaires imposées par la DGD et de l'inadéquation du montage opérationnel pour répondre aux problèmes institutionnels. Ceci compromet l'atteinte des résultats attendus à la fin du programme (CJ 3.3.).**

Les restrictions budgétaires (budget initial de 1.053.720 € réduit à 318.730 €, dont 278.730 € pour le partenaire) et la réduction de la zone d'intervention du programme relevées dans la section 1.1 compromettent l'atteinte des résultats initialement avancés. Les entretiens ont fait ressortir qu'à la suite de la réduction de son budget, le programme n'était pas en mesure d'assurer la prise en considération globale du renforcement des capacités du CHNEAR en chirurgie pédiatrique pouvant permettre son autonomisation (à travers l'élaboration et financement d'un projet d'établissement intégrant la construction du bâtiment vert en chirurgie, plus de formations en spécialisation, les équipements modernes, les modules pour la maintenance, etc.). Quant aux Résultats attendus 1 et 3, ils demeurent conditionnés à des facteurs extérieurs en-dehors des moyens d'action du programme.

**Il n'existe pas d'indicateurs valides et fiables pour chaque étape de la théorie de changement (CJ 3.4.).**

Les éléments du cadre logique repris dans le cadre d'indicateurs de suivi ne correspondent pas entièrement à la théorie de changement, qui comporte des déclarations d'intentions qui ne sont pas toutes mesurables. Particulièrement pour ce qui concerne le quatrième axe (gestion des connaissances), il serait utile de mettre en place un mécanisme simplifié de collecte et de partage des données entre les différents acteurs, et de soutenir les études et les recherches sur la thématique du programme.

**Vu l'incompréhension des évaluateurs quant à la mesure de certains indicateurs (voir QE 1.) et à de multiples révisions des cibles fixées, ils ne peuvent se prononcer sur le réalisme des cibles au regard du contexte et des moyens mis à disposition (CJ 3.5.).**

**Les interactions entre les différents axes du programme sont explicitées en théorie, y compris la complexité des relations causales, mais les axes gouvernance et apprentissages communs sont insuffisamment investis en pratique, nuisant à la logique d'ensemble du programme (CJ 3.6.).**

Le document de programme affirme (page 8) que : « La cohérence entre l'outcome et la ToC est visible d'un premier coup d'œil, celle-ci ayant été construite de la manière la plus transposable possible en stratégies d'intervention, autour des quatre voies de changement principales que

sont la gouvernance, l'offre, la demande et la gestion des connaissances. Le changement ultime est transposable en outcome, et les voies de changements intermédiaires situées dans la sphère de contrôle en output. Ce sont les interactions avec les autres acteurs au sein des espaces de gestion des connaissances qui mènent aux voies de changement principales, situées dans la sphère d'influence et menant au changement ultime. »

Les évaluateurs sont moins affirmatifs quant à la « visibilité au premier coup d'œil » de la cohérence de la ToC – qui n'est d'ailleurs pas bien comprise par les partenaires limitrophes du programme (voir CJ 3.8.). La ToC a correctement explicité les hypothèses causales et les relations théoriques entre les quatre axes stratégiques du programme mais comme les axes « gouvernance » et « apprentissages communs » sont insuffisamment investis en pratique, cela nuit à la logique d'ensemble du programme.

**Le choix du modèle opérationnel du programme – celui de reposer avant tout sur une OSC ancrée localement – est adéquatement justifié et fondé sur des bases probantes. Toutefois, la nature de « projet » et d'« assistance » (plutôt que de « co-opération ») du programme perdure, l'autonomisation des acteurs locaux tarde et les missions internationales sont remises en cause par plusieurs parties prenantes. D'autres aspects opérationnels pourraient en outre être optimisés (CJ 3.7.).**

Le choix de se reposer principalement sur un partenaire local est bien justifié dans le document de programme. Comme précisé à la page 8, la CDEB et AMS ont dès le départ envisagé la construction de l'outcome en prenant en compte deux écueils des « lessons learned » basés sur des résultats mitigés de précédents projets qui ont révélé, d'une part, une correspondance parfois trop peu démontrée entre la tenue des coopérations médicales internationales et les besoins réels du CHNEAR et, d'autre part, une insuffisance très nette de moyens sur les appuis à la gouvernance clinique. Dès lors :

« En conséquence, les travaux pour l'amélioration de l'efficacité du programme concernant la durabilité de l'amélioration de l'offre ont porté sur :

- l'intégration d'un volet "gouvernance clinique" important, proposant à la fois un dispositif de planification et réalisation de projets qualité au sein des services et inter-services, qui a été "importé" d'une pratique réalisée par la CDEB et ULBC en R.D.Congo ("projets qualité" hospitaliers), et qui permet de mieux intégrer les activités dans une réflexion stratégique portée par les acteurs eux-mêmes, et également un appui technique plus continu sur le site de l'hôpital permettant de former les acteurs à certaines pratiques managériales autour de la planification et de la réalisation de ces projets ;
- une meilleure prise en considération de la problématique majeure de la sécurité technique et sanitaire des services, affectant de manière écrasante leur fonctionnalité, et par voie de conséquence les prestations de soins elles-mêmes. Le CHNEAR ne disposant pas de beaucoup de ressources financières (recettes patients limitées du à son mandat social, limites des subsides du ministère affectant trop peu de moyens aux investissements et fonctionnements), il a été décidé d'affecter plus de ressources dans l'accompagnement des plaidoyers de l'hôpital visant à mobiliser d'autres ressources externes, telles que celles du secteur privé ([responsabilité sociale des entreprises], avec déjà quelques succès) pour les investissements, et dans les accompagnements au service de maintenance biomédicale et

de l'hygiène (quelques ajustements lors du précédent programme). »

La convention qui lie la CDEB à AMS définit le cadre de collaboration et de l'opérationnalité du programme. Les réunions du comité de pilotage permettent de suivre le niveau d'exécution des activités, du budget et des indicateurs. AMS, de son côté, planifie et réalise les activités avec les autres acteurs bénéficiant de l'essentiel des ressources mises à disposition, notamment les personnels de santé/de management et enseignants du CHNEAR, particulièrement ceux qui sont engagés autour des valeurs de qualité et d'accessibilité (« personnes-ressources » de coopération incontournables) ; l'Université Cheikh Anta Diop (afin de resserrer les liens entre les besoins professionnel et l'offre académique/d'enseignement supérieur) ; les autres acteurs (DCMS, OSC et ACNG) actifs dans le champ de la demande pour permettre un lien complet avec tous les acteurs du circuit de référence. Les fonds alloués par la CDEB sont gérés par AMS dans un compte dédié au programme. La justification se fait régulièrement suivant les procédures mises en place par les deux partenaires. Comme confirmé lors de la mission de terrain, toutes les parties prenantes sont impliquées dans la planification des activités, et AMS envoie des rapports périodiques à la CDEB.

Quant à la convention qui lie AMS au CHNEAR, elle fixe des lignes de collaboration claires dans le cadre du programme, avec rencontres régulières au sein de différents organes de contrôle. C'est lors de ces réunions que les besoins sont exprimés par le CHNEAR et transmis à AMS qui les reprend dans son plan opérationnel annuel.

Cependant, la mission a observé certaines susceptibilités entre le programme et les référents médicaux/chefs de services au niveau du CHNEAR, qu'il convient de garder à l'œil pour ne pas perturber la suite du programme – en particulier, certains partenaires du CHNEAR ne se sentent pas totalement valorisés et reconnus, « subissant » le programme comme relevant d'une assistance et non d'un réel partenariat d'égal à égal (programme perçu comme relevant d'une stratégie de substitution et non de réelle « co-opération » entre partenaires) et non du développement (renforcement des capacités), d'où l'émergence d'une certaine déception. Pour plusieurs chefs de services du CHNEAR interrogés, la politique de désengagement de la CDEB n'est pas clairement définie et prend du temps à se concrétiser, alors que la partie sénégalaise estime avoir toutes les capacités techniques nécessaires – ou du moins, souhaite capitaliser sur les capacités acquises – et que les ONG n'ont pas les capacités institutionnelles requises pour agir à ce niveau. Cela engendre de plus en plus de frustrations chez certains acteurs locaux dont l'autonomisation tarde à se mettre en place alors qu'elles estiment que les missions internationales n'apportent plus de plus-value.

Enfin, les entretiens ont également fait ressortir quelques aspects opérationnels à améliorer, notamment : (i) l'harmonisation des procédures de la CDEB et de la CDEL ; (ii) la participation intégrale de la DCMS dans la préparation des modules de formations à dispenser dans le milieu scolaire (activité gérée par SHC) afin de mieux les adapter aux publics cibles et permettre aux enseignants de détecter très rapidement des signaux afin de vite référer l'enfant pour la prise en charge ; (iii) la fluidité dans le partage des rapports des activités et la gestion des données qui doivent servir de levier pour enclencher des plaidoyers auprès des décideurs, y compris l'intégration des directeurs régionaux de la santé et des responsables des districts dans ces échanges.

**Les parties prenantes du programme n'ont pas toutes la même compréhension des différents niveaux de la théorie de changement ; il ne semble pas y avoir de consensus, entre les différents acteurs, sur les éléments clés de cette théorie de changement (CJ 3.8.).**

La mission a constaté que la théorie de changement était mal connue et encore moins comprise en-dehors des personnes clés de la CDEB et d'AMS. Elle est perçue comme un document « très technique », impropre à la vulgarisation, et non comme ce qu'elle devrait être, à savoir une représentation évolutive et appropriée par toutes les parties prenantes de *comment le programme est censé fonctionner et produire des résultats*.

**Il existe quelques synergies manquées au regard du contexte (CJ 3.10.).**

La mission croisée a constaté des synergies/complémentarités manquées dans le cadre du SENPED II, qui auraient pu aboutir à la création d'un réseau au niveau national en associant tous les acteurs publics/privés intéressés par la thématique. En particulier, des synergies avec les acteurs suivants pourraient être davantage explorées : la Direction Nationale de l'Action sociale du MSAS (qui est l'institution clé pour permettre le passage à échelle du programme et l'intégration de mesures idoines pour les enfants handicapés dans les services de santé), les ministères en charge de la Jeunesse et de la Famille, l'Union des associations d'élus locaux, les entités décentralisées/mairies, le Centre Verbo-tonal de Dakar (qui bénéficie de l'appui de l'ONG SHC), l'ONG SOS Village d'enfants, le Centre Talibou Dabo/Dakar.

**Certains éléments de contexte ont été insuffisamment pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel (CJ 3.9.).**

Il ressort de la mission de terrain que quelques éléments de contexte ont été insuffisamment pris en compte dans la conception du programme. Tout d'abord, si la légitimité de l'aide au développement a toujours fait l'objet de débats de nature tant technique (efficacité de l'aide)<sup>6</sup> que politique (intérêts des donateurs),<sup>7</sup> elle est plus que jamais remise en question, d'autant plus dans le cadre des débats sur la décolonisation de la santé mondiale.<sup>8</sup> Un article à paraître dans la revue *Santé publique*, comprenant d'anciens ministres africains parmi les auteurs, de même qu'un auteur sénégalais,<sup>9</sup> tire à boulets rouges sur les ONG de développement, en proclamant que : « Avec les ressources captées, les ONGs se substituent aux acteurs nationaux sur le terrain et agissent en sciant, pour beaucoup, quatre piliers importants du développement de tout système de santé que sont la gouvernance, le financement, les ressources humaines et l'offre de services, entretenant ainsi une fragilisation continue des systèmes de santé ». Cet état d'esprit est particulièrement prégnant au Sénégal où le rapport de la récente « Evaluation de la politique

---

<sup>6</sup> Voir par exemple [Assessing aid - what works, what doesn't, and why](#) ; [Trouver des problèmes aux solutions | OCDE](#) ; [Aid Effectiveness in the Health Sector | OECD](#) ; [La revanche des contextes | Cairn.info](#)

<sup>7</sup> Voir par exemple [The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good: Easterly, William: 8580001121710: Amazon.com: Books](#) , [L'aide fatale - broché - Dambisa Moyo, Livre tous les livres à la Fnac](#)

<sup>8</sup> Voir par exemple [La fin de l'aide publique au développement : les enjeux de l'action hypercollective | Cairn.info](#), [Agir pour une décolonisation de la santé mondiale en France... et ailleurs | Cairn.info](#)

<sup>9</sup> Meda N, Sombié I, Seck I, Binagwaho A (2025) La décolonisation de la santé publique en Afrique : quelle place pour les Organisations Non-Gouvernementales du Nord Global (ONGs) ? *Santé publique* vol. 37 / No 1 – janvier-février 2025.

nationale de santé et du système de santé » commanditée par la Commission d’Evaluation et de Suivi des Politiques et Programmes Publics de la Présidence de la République, menée sous la direction d’El Hadji Ibrahima Sall et la coordination des Professeurs Niama Diop Sall et Modeste Ogoubemy, constate que « Les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé sont insuffisamment coordonnés. Pour l’heure, il existe de grands risques que les priorités des partenaires au développement prennent le pas sur les priorités nationales. » Le rapport déplore également que : « alors que le gouvernement du Sénégal disposait pleinement des capacités d’analyse et des ressources académiques pour repenser des modèles proposés par les différents PTF, l’on a préféré, par des comportements passifs, appuyer des initiatives portées par les bailleurs de fonds sans véritable processus de questionnement et d’appropriation ». L’évaluation épingle également les conflits d’intérêts, la dépendance financière vis-à-vis des PTF pour certaines thématiques poussées par eux, aux dépens d’autres priorités nationales, ainsi que la fragmentation de l’aide qui en réduit l’efficacité. Ceci explique en partie les perceptions assez négatives de certains acteurs nationaux vis-à-vis des coopérations internationales, qui ont été également constatées dans le cadre de cette évaluation. En particulier, la fierté et la susceptibilité locales ne sont pas compatibles avec l’approche de missions médicales (ces dernières sont perçues comme de l’« assistance » voire du « paternalisme » plus que de la « coopération » ou un réel partenariat d’égal à égal).

Ensuite, la hiérarchie politique et symbolique de certaines institutions (rôle du MSAS, de la Faculté de Médecine) a probablement été sous-estimée. Enfin, les évaluateurs n’ont pas pu apprécier, sur la base des informations collectées, si le programme avait mené une analyse des perceptions culturelles liées aux handicaps dans la société sénégalaise<sup>10</sup> et avait adapté ses stratégies en conséquence.

### 3.5 QE 4.1 Analyse de la fidélité d’implantation

Cette cinquième question évaluative était formulée comme suit : *QE 4.1. A ce stade, la mise en œuvre du programme #Health4All est-elle conforme à la planification ?*

En dépit de l’importante coupe budgétaire et du recentrage du programme sur la seule région de Dakar, la mise en œuvre du programme est assez fidèle à la planification pour ce qui concerne les activités d’appui à l’offre et à la demande, mais moins d’activités ont été réalisées au niveau de la gouvernance et de l’apprentissage communs. En outre, plusieurs activités ont connu du retard et les activités liées aux « projets qualité » ont dû être abandonnées à la suite des restrictions budgétaires. Il n’y a pas d’activités spécifiques au genre ou à l’environnement. Après deux années de mise en œuvre, le taux d’exécution financière s’élève à 73% pour le financement DGD. La majeure partie du budget (toutes sources de financement confondues) a été consacrée aux investissements en 2022 (>150.000 EUR), suivie du fonctionnement et de la gestion du programme (>50.000 EUR en personnel et >17.000 EUR en frais de fonctionnement d’AMS), mais une portion congrue du budget est consacrée aux activités à proprement parler (>8.000 EUR).

Les éléments probants qui nous permettent d’étayer ce jugement sont les suivants.

<sup>10</sup> Voir par exemple [L’invisibilité des personnes vivant avec un handicap au Sénégal | Cairn.info](#) et le rapport [rapport-repenser-handicap-senegal\\_1.pdf](#)

**Les activités exécutées par le programme au niveau de l'offre et de la demande sont assez en ligne avec la planification, mais relativement peu d'activités ont été réalisées au niveau de la gouvernance et de l'apprentissage communs (CJ 4.1.1.).**

Mentionnons tout d'abord que les fonds accordés par la DGD après coupes ont été affectés au renforcement de l'équipe de coordination d'AMS, avec le recrutement, depuis janvier 2022, d'une directrice avec un profil gestionnaire qui a la charge d'assurer la coordination du programme à plein temps (elle combine un mi-temps en tant que coopérante internationale, pris en charge par la CDEL, et un mi-temps en tant que directrice d'AMS, pris en charge par CDEB ; source : Rapport AMS 2023). Ceci a été fait afin qu'AMS puisse développer ses capacités dans la gestion de projets et contribuer à mobiliser des fonds supplémentaires pouvant permettre d'atteindre les objectifs du programme. Outre les activités de gestion du programme proprement dites, y compris les réunions de coordination entre AMS et le CHNEAR (comité de suivi qui se réunit une fois par mois ; comité de pilotage qui se réunit une fois par trimestre ; comité de direction qui se réunit une fois par an ; comités scientifiques – ORL et chirurgie – censés se réunir tous les deux mois), les activités « productives » réalisées à mi-parcours par le programme sont les suivantes :

- 1) L'amélioration de la **qualité de l'offre** au niveau du CHNEAR avec la réfection et remise aux normes des blocs opératoires et du service ORL ; la dotation en équipements ; les formations (qualifiantes et de spécialisation) du personnel sur certaines thématiques (ex : stage de la major des blocs du CHNEAR au centre hospitalier universitaire de Nîmes en gestion des blocs opératoires, formation en hygiène hospitalière avec une supervision de six mois pour assurer l'intégration des bonnes pratiques et le bon fonctionnement des blocs réhabilités, formation de spécialisation ORL du Dr Fallou Niang) et les missions internationales de coopération (CDEB et CDEL) menées en présentiel à partir de mars 2022 ;
- 2) L'appui à la **demande**, à travers des appuis à trois niveaux :
  - **L'accessibilité financière** : alimentation et gestion du fonds de solidarité pour les enfants en situation de fragilité financière ;
  - **L'accessibilité géographique et socio culturelle** : collaboration avec REVOCAP, SHC et la DCMS pour l'identification et la prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou locomoteur ;
  - La **prévention/détection** réalisées notamment en milieu scolaire (écoles coraniques) et dans la communauté par les « unités mobiles de détection », composées de médecins (en formation), des équipes internationales lors de missions et des volontaires.
- 3) Peu d'activités ont été réalisées au niveau de la promotion de la bonne **gouvernance**. Notons que parmi les comités de coordination du programme, qui sont tous dirigés par AMS, les comités scientifiques visent à suivre tous les aspects liés aux statistiques, à la formation, à la recherche en plus de la programmation des activités liées aux missions. Ils sont constitués des professeurs chefs de services ORL et chirurgies du CHNEAR ainsi que des inspecteurs et directeurs de la DCMS et sont hypothétiquement créateurs de valeur ajoutée pour les populations cibles. Toutefois, l'indisponibilité de certains membres (chefs de services, corps professoral) de ces comités ne permet pas la tenue régulière des rencontres.
- 4) De même, le programme accorde en théorie une grande importance à la **gestion des**

**connaissances et à l'apprentissage communs**, mais hormis le partage des données collectées sur les enfants diagnostiqués lors des activités de détection avec les référents chefs de service et les autorités sanitaires centrales, le programme est encore timide au niveau du partage des « bonnes pratiques » sur la prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou locomoteur. Signalons la tenue d'une conférence de presse en 2023 sur l'importance et la méthodologie du dépistage avec le référencement des enfants au CHNEAR, la réalisation d'une thèse sur le volet ORL/dépistage par une personne du service ORL du CHNEAR et quelques interventions dans le cadre de congrès scientifiques et de réseaux sociaux et traditionnels.

#### **Il n'y a pas eu d'activités spécifiques liées au genre ou à l'environnement (CJ 4.1.2.).**

Comme précisé dans l'outil Score de performance accompagnant le Rapport moral 2023, l'aspect genre se limite à collecter des données sexo-spécifiques sur les patients et les listes de participation des apprenants. Quant à la thématique environnement : « Dans le cadre de la formation en hygiène hospitalière, une attention particulière a été portée sur la réalisation d'un module sur la gestion des déchets. Pour ce qui concerne toutefois les déplacements internationaux, ceux-ci sont circonscrits au nécessaire, mais la Chaîne de l'Espoir Belgique doit encore mettre en place des mesures d'atténuation de son impact sur l'environnement. »

#### **Il y a eu des écarts significatifs entre les moyens/ressources prévus initialement et les moyens/ressources mis en place, avec une coupe budgétaire importante imposée par la DGD, passant de 1.055.720 € demandés à 255.302,62 € accordés (CJ 4.1.3.).**

Des moyens supplémentaires ont toutefois été mobilisés auprès d'autres bailleurs que la DGD. Vu que le projet de « Lutte contre la malentendance infantile au Sénégal » mené en partenariat avec la CDEL n'a pas connu de restriction budgétaire, *de facto* le programme SENPED-II a plus de moyens pour mener les activités au bénéfice des enfants porteurs d'un handicap auditif.

#### **Outre la limitation de la mise en œuvre du programme à la région de Dakar (et l'abandon de Thiès et Kaolack), quelques activités ont été modifiées ou retardées (CJ 4.1.4.).**

Les opérations de chirurgie ont été suspendues en 2022 du fait du retard dans la réhabilitation des blocs opératoires, mais des activités parallèles ont été menées avec des malades vus au CHNEAR et référencés ensuite dans d'autres structures sanitaires (centres de santé voire cliniques) pour les opérations. A leur tour, les activités liées à l'accessibilité financière (prise en charge des patients en situation fragile au niveau du CHNEAR) ont démarré tardivement à la suite de ces retards enregistrés dans les travaux de réhabilitation (Rapport AMS 2023).

Les activités liées aux « projets qualité » ont été abandonnées.

En outre, la mission n'a pas constaté de liens avec le milieu universitaire, hormis la présence des référents chefs de services qui sont également des enseignants à l'université.

**Après deux années de mise en œuvre, le taux d'exécution financière s'élève à 73% pour le financement DGD et 61% pour l'ensemble du programme (y compris le volet CDEL) (CJ**

#### 4.1.5.).

Selon le fichier Excel transmis aux évaluateurs, l'exécution financière en 2022 et 2023 se profile comme suit :

SUIVI EXECUTION BUDGETAIRE SENPED-II	CDEB/FINANCEMENT DGD	CDEL/SUBVENTION	MONTANT TOTAL (EUR)
BUDGET TOTAL PROGRAMME SENPED-II	232.584,14 €	261.404,00 €	<b>493.988,14 €</b>
REPARTITION DU BUDGET PROGRAMME SENPED-II	47%	53%	
TOTAL DEPENSES PROGRAMME SENPED-II (2022)	75.932,92 €	40.141,80 €	116.074,72 €
TAUX D'EXECUTION BUDGETAIRE	33%	15%	23%
TOTAL DEPENSES PROGRAMME SENPED-II (2023)	59.293,51 €	88.476,87 €	147.770,38 €
TAUX D'EXECUTION BUDGETAIRE	58%	49%	53%
TOTAL DEPENSES PROGRAMME SENPED-II (2024 T1 ET T2)	35.611,59 €	3.859,75 €	39.471,34 €
TOTAL DEPENSES PROGRAMME SENPED-II (2022-2024)	170.838,02 €	132.478,42 €	<b>303.316,44 €</b>
TAUX D'EXECUTION BUDGETAIRE (2022-2024)	73%	51%	<b>61%</b>
TOTAL FINANCEMENTS PRIVES POUR ACTIVITES SENPED-II 2022	36.777,37 €	81.911,97 €	118.689,34 €
TOTAL FINANCEMENTS PRIVES POUR ACTIVITES SENPED-II 2023	35.812,49 €	48.114,14 €	83.926,63 €
TOTAL FINANCEMENTS PRIVES POUR ACTIVITES SENPED-II 2022-3	72.589,86 €	130.026,11 €	<b>202.615,97 €</b>

**La majeure partie du budget (toutes sources de financement confondues) a été consacrée aux investissements en 2022 (>150.000 EUR), suivie du fonctionnement et de la gestion du programme (>50.000 EUR en personnel et >17.000 EUR en frais de fonctionnement d'AMS), mais une portion congrue du budget est consacrée aux activités à proprement parler (>8.000 EUR) (CJ 4.1.6.).**

Selon le Rapport AMS (2023, p. 13), les principales rubriques budgétaires ont été utilisées comme suit en 2022 :

Rubrique budgétaire	Dépenses 2022 (EUR)
Investissement (infrastructure, équipements et matériels amortissables)	151.159,01 EUR
Fonctionnement	25.604,06 EUR
Frais liés au fonctionnement d'AMS	17.383,52 EUR
Frais liés au fonctionnement des activités	8.220,54 EUR
Activités AS1 : coopérations médicales	2.679,70 EUR
Activités AS2 : apprentissages	0 EUR
Activités AS3 : sécurité technique et sanitaire	1.052,36 EUR
Activités AS4 : accès financier, géographique, culturel, institutionnel	371,67 EUR
Activités AS5 : gouvernance et renforcement de capacités	3.836,15 EUR
Activités AS6 : sensibilisation et plaidoyers	0 EUR
Activités AS7 : gestion des connaissances	280,66 EUR
Personnel AMS	51.479,70 EUR

### 3.6 QE 4.2 Analyse d'implantation

Cette sixième et dernière question évaluative était formulée comme suit : *QE 4.2. A ce stade, le programme #Health4All produit-il les résultats attendus et quels en sont les principaux ressorts ?*

Des changements ont été apportés à la conception du programme (recentrage sur la région de Dakar) et la structure opérationnelle du programme (engagement d'une directrice d'AMS avec un profil « gestionnaire ») pour s'adapter aux coupes budgétaires. Des financements complémentaires ont été mobilisés et des partenariats développés pour permettre la mise en œuvre des activités et augmenter les chances de réussite du programme. A ce stade de la mise en œuvre, plusieurs outputs (biens et services) et changements (effets) ont été produits, principalement au regard des axes « offre » et « demande », mais moins au niveau des deux autres axes du programme (gouvernance et apprentissage). Le suivi budgétaire n'étant pas organisé sur la base des activités, il n'a pas été possible de calculer les coûts unitaires des principaux biens et services produits. La mission n'a pas identifié d'outils de gestion, d'outils techniques ou de bonnes pratiques développés dans le cadre du programme, capitalisés et transférés vers d'autres partenaires et/ou d'autres contextes. Quelques acteurs stratégiques ont émergé en cours de mise en œuvre et ont été associés au programme, en particulier la DCMS et le REVOCAP. Plusieurs éléments de contexte ont entravé la production des changements, dont l'arrêt des activités chirurgicales en 2022 et l'instabilité du personnel du CHNEAR. Quant aux perceptions des partenaires limitrophes sur le programme, elles sont mitigées.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

#### **Des changements ont été apportés à la conception du programme (recentrage sur la région de Dakar) et la structure opérationnelle du programme (engagement d'une directrice d'AMS avec un profil « gestionnaire ») pour s'adapter aux coupes budgétaires (CJ 4.2.1.).**

Le siège de la CDEB et la directrice d'AMS se sont attelés à mobiliser des financements complémentaires et à développer des partenariats pour permettre la mise en œuvre des activités et augmenter les chances de réussite du programme. Ainsi, sur les trois premières années de mise en œuvre du programme (2022-2024), la CDEB a mobilisé et contribué au financement complémentaire du programme pour un montant estimé à environ 80.000 € (notamment pour le bloc opératoire). D'autres fonds ont été mobilisés par AMS, notamment auprès de la CDEL.

Selon certaines sources, la planification des activités – en particulier des missions internationales – entre la CDEB et la CDEL n'était pas toujours coordonnée au début de la mise en œuvre du programme, mais les choses se sont améliorées à la suite de la signature de la nouvelle convention de partenariat entre AMS et le CHNEAR, qui a permis de redéfinir un circuit unique d'organisation et de coordination des missions de la CDEB et de la CDEL par AMS.

#### **Plusieurs outputs (biens et services) et changements (effets) ont été produits à ce stade au regard des axes « offre » et « demande », mais peu au niveau des deux autres axes du programme #Health4All (gouvernance et apprentissage) (CJ 4.2.2.).**

Pour ce qui concerne le volet « offre », grâce au programme, le CHNEAR a amélioré son plateau technique et ses capacités, notamment grâce aux missions de coopération médicale

internationale, ce qui a permis d'augmenter son paquet d'activités. Il est désormais connu pour la prise en charge ORL et orthopédique des enfants.

Au niveau de la demande, le fonds de solidarité n'a quasiment pas été mobilisé en 2022 en raison de l'interruption des chirurgies pédiatriques au CHNEAR. Par après, les synergies menées avec des acteurs communautaires ont permis d'améliorer l'accès à l'information des communautés, la perception des pathologies et d'aboutir à plus d'engagement de la communauté.

En revanche, il n'y a pas eu d'activités d'apprentissage académique en 2022 en raison de la suspension des activités chirurgicales au CHNEAR, et peu de progrès au niveau de la gouvernance et de la gestion des connaissances.

**Le suivi budgétaire n'étant pas organisé sur la base des activités, il n'a pas été possible de calculer les coûts unitaires des principaux biens et services produits (CJ 4.2.3.).**

**La mission n'a pas identifié d'outils de gestion, d'outils techniques ou de bonnes pratiques développés dans le cadre du programme, capitalisés et transférés vers d'autres partenaires et/ou d'autres contextes (CJ 4.2.4.).**

Pour les personnes interrogées, le programme est un projet pilote qu'il faudrait capitaliser et dont les données devraient être bien documentées afin d'être exploitées pour influencer les décisions pour une duplication sur toute l'étendue nationale. Toutefois, il souffre d'un manque de capitalisation.

**Quelques acteurs stratégiques ont émergé en cours de mise en œuvre et ont été associés au programme (CJ 4.2.5.).**

Des synergies ont été développées avec des acteurs stratégiques émergents, notamment la DCMS et le REVOCAP dans le cadre des activités liées à l'offre et à la demande :

- La DCMS joue le rôle de facilitateur entre la population (milieu scolaire, écoles coraniques, communauté) et les prestataires de soins ;
- Le REVOCAP a mis à la disposition du projet un groupe de près de 400 volontaires bénévoles qui participent aux activités de dépistages et de sensibilisation dans le milieu scolaire. Ils contribuent à l'appropriation (pérennisation) du projet par la communauté.

En outre, la mission a constaté une certaine motivation de plusieurs personnes du CHNEAR au-delà des chefs de service.

**Plusieurs éléments de contexte ont entravé la production des changements (goulots d'étranglement) (CJ 4.2.6.).**

Les activités chirurgicales du CHNEAR ont dû être suspendues pour permettre la finalisation des travaux de réaménagement des nouveaux blocs opératoires en 2023 (Rapport AMS 2023, p. 6).

Bien qu'il s'agisse d'un engagement dans la convention qui lie le CHNEAR à AMS, du fait de leur double (voire triple) appartenance (CHNEAR/Santé et Enseignement supérieur, sans compter la pratique privée), les référents chefs de services manquent de disponibilité pour participer aux

réunions de planification et aux comités scientifiques, ce qui peut constituer un écueil à l'appropriation de l'intervention.

En outre, la gestion des ressources humaines est un réel problème pour le CHNEAR car la plupart des médecins sont des fonctionnaires de l'État qui peuvent être mutés à tout moment, sans requérir l'avis de l'hôpital. Dans ce contexte, il est difficile d'investir dans leur formation en sachant qu'ils peuvent à tout moment partir. Ainsi en particulier, la mutation dans un autre hôpital de la référente médicale, Dr. Ndeye Fatou Seck, a retardé les activités liées au suivi des données médicales des enfants (Rapport AMS, p. 11). De même, du côté ORL, la nomination du Dr Fallou Niang à la direction de l'hôpital de Kolda juste après sa formation de spécialisation en France a également nécessité une révision des activités de formation prévues au sein du service ORL.

Au niveau du service social, les délais de remontée des référencements au service social par les services de chirurgie et d'ORL après les consultations préopératoires sont longs.

Les personnes interrogées ont aussi mentionné les troubles liés aux événements politiques de 2022 qui ont paralysé les activités dans le pays ainsi que les grèves récurrentes des étudiants qui peuvent avoir une incidence sur les activités scolaires.

#### **Les perceptions des partenaires limitrophes sur le programme sont mitigées (CJ 4.2.7.).**

La mission d'évaluation a perçu que le programme était globalement apprécié par certains prestataires de soins (du côté du CHNEAR), décideurs (DCMS) et acteurs de la société civile représentant les patients/usagers (REVOCAP). Plusieurs intervenants du CHNEAR estiment que le programme a remis l'hôpital au centre des activités pédiatriques à Dakar. En particulier, les entretiens ont fait ressortir que les parties prenantes appréciaient le côté innovant du programme à quatre niveaux :

- Il est le seul à proposer des composantes visant à améliorer la qualité, la continuité, la disponibilité et l'acceptabilité de ce type de soins à ce niveau de la pyramide sanitaire, dans la région de Dakar, et sur cette population-cible ;
- Par la création de conditions qui rapprochent l'offre de la demande par l'amélioration des circuits de référencements et la mise en place de dispositifs de facilitation du trajet patient, ce qui doit permettre aux enfants isolés, vulnérables ou marginalisés d'être inclus dans le circuit de prise en charge ;
- Par la mise en réseau des acteurs qui induit la valorisation des volontaires locaux sur le dépistage des enfants malentendants ;
- Par la sensibilité plus forte des personnels de santé sur l'approche de soins centrés sur le patient.

En particulier, le programme semble être aligné sur l'ambition du comité directeur du CHNEAR de construire un bloc opératoire vert afin d'en faire un pôle de compétences en chirurgie pédiatrique. Ceci devrait être intégré dans le projet établissement à venir. En outre, pour l'Ambassade de Belgique, le programme donne une certaine visibilité de la coopération belge dans la région de Dakar et s'intègre dans les axes définis dans le CSC.

En revanche, le MSAS a très peu de visibilité sur le programme et plusieurs personnes clés au

CHNEAR (dont les référents chefs de service ORL et chirurgie) ont émis le souhait de sortir du modèle traditionnel d'aide-projet, jugé trop « paternaliste », et de voir les ONG étrangères développer un plan de désengagement clair car, de leur point de vue, le montage actuel n'apporterait guère de plus-value.

**À ce stade, aucune intervention clé n'a été identifiée par l'évaluateur croisé comme particulièrement pertinente pour faire l'objet de l'évaluation finale (CJ 4.2.8.).**

Cette question devra être réfléchie de pair avec la réflexion sur l'évaluabilité du SROI (voir QE 1.).

**De même, la mission d'évaluation croisée n'a pas identifié de bonne pratique susceptible d'être transférée dans le contexte de la RDC. Une erreur à éviter, en revanche, réside dans l'approche insuffisamment sensible au contexte sénégalais (CJ 4.2.9.).**

(Voir CJ 3.9.).

## 4) Conclusions et recommandations

Il ressort de cette évaluation que le programme #Health4All au Sénégal a pâti de deux problèmes majeurs : d'une part, une coupe budgétaire conséquente imposée par la DGD et d'autre part, un modèle de coopération couplé à une logique d'intervention insuffisamment appropriés par les acteurs locaux. En effet, outre un manque de clarté et de réalisme dans la formulation des résultats attendus, la ToC est perçue comme un document technique (une exigence du bailleur ?) et non comme ce qu'elle devrait être, à savoir une représentation évolutive et appropriée par toutes les parties prenantes de *comment le programme est censé fonctionner et produire des résultats*. Néanmoins, il répond à un besoin avéré, il a développé des stratégies d'adaptation et a déjà pu produire plusieurs résultats prometteurs.

Dans l'outil « Scores de performance » accompagnant son Rapport moral à la DGD de 2023, la CDEB s'auto-évalue très positivement, en s'accordant un score de A (très bien) au regard de la plupart des critères de performance (efficacité, pertinence, durabilité, cohérence et thématique du genre) et de B (bien) au regard du critère d'efficience et de la thématique de l'environnement. Cette évaluation externe tire des conclusions plus nuancées et estime qu'à mi-parcours, bien que le programme #Health4All au Sénégal réponde à un besoin « technique » au niveau des bénéficiaires finaux, sa logique d'intervention comprend des apories, notamment du fait de l'absence d'analyse causale des besoins (quelles sont les causes profondes de la situation problématique ? lesquelles sont vulnérables à une intervention extérieure ?); du niveau « impact » de certains résultats attendus, hors de portée d'un programme d'ONG ; d'une insuffisante adaptation aux particularités du contexte institutionnel et culturel local ; de l'absence d'une compréhension commune de la logique d'intervention du programme ; et, bien sûr, de l'inadéquation des moyens déployés au regard des ambitions en matière de changements institutionnels.

Sur la base des questions évaluatives et critères de jugement présentés ci-dessus, nous pouvons synthétiser l'appréciation des évaluateurs externes quant à la performance du programme au regard des différents critères d'évaluation pertinents à ce stade de la mise en œuvre comme suit.<sup>11</sup>

- **Pertinence** : le programme est pertinent au regard de son objectif spécifique – il répond à un besoin normatif avéré, d'ailleurs reconnu par la politique nationale – mais on peut difficilement conclure quant à la pertinence stratégique et institutionnelle et sa logique d'intervention.
- **Cohérence** : le programme est cohérent avec la politique nationale et les interventions d'autres acteurs et il a construit des synergies intéressantes. Toutefois, sa cohérence interne n'est pas garantie, notamment du fait de l'inadéquation entre les moyens mis à disposition, les stratégies choisies et les résultats attendus – deux d'entre eux relevant du niveau « impact », hors de la sphère d'influence du programme. En particulier, la faible appropriation du modèle de coopération par les bénéficiaires directs et l'insuffisance de collaboration avec le MSAS nuisent à la cohérence interne du programme.
- **Efficacité** : la mise en œuvre du programme a permis de bien avancer vis-à-vis des objectifs

---

<sup>11</sup> Comme expliqué dans le rapport de Phase 1, l'impact et la soutenabilité seront évalués lors de l'évaluation finale.

des volets « offre » (avec en particulier la réhabilitation des blocs opératoires, la création du bloc ORL et le renforcement des capacités du CHNEAR) et « demande » (avec l'exploitation de synergies pour toucher plus d'enfants vulnérables). À l'instar de la CDEB dans son rapport moral de 2023, nous estimons que « la réalisation de l'objectif spécifique est très probable » – même si, paradoxalement, l'atteinte des résultats attendus est plus incertaine et difficile à mesurer. En revanche, le programme a moins progressé en regard des axes « gouvernance » et « apprentissages communs ».

- **Efficienc**e : à la suite des coupes budgétaires qu'il a subies, le programme a réussi à mobiliser d'autres sources de financement et à développer des synergies pour ne pas trop compromettre ses résultats. Néanmoins, la part la plus conséquente du budget provenant de la DGD est absorbée par des investissements, des frais de gestion et de personnel, laissant peu de ressources à la réalisation d'activités « soft » qui permettraient de transitionner vers un mode de gouvernance plus approprié par la partie nationale, ce qui donne une vision tronquée de l'efficacité du programme.
- **Aspects transversaux** : le genre et l'environnement ne sont pas spécifiquement pris en compte par le programme, hormis pour ce qui concerne le suivi d'indicateurs désagrégés par genre.

Enfin, nos observations et les suggestions émises par les personnes interrogées lors de la mission nous permettent de formuler les recommandations suivantes pour améliorer la mise en œuvre du programme dans les prochaines années :

1) Au niveau de la stratégie d'intervention :

- Assurer la restitution des résultats de cette évaluation auprès de l'ensemble des parties prenantes afin d'améliorer la compréhension commune du programme et de rechercher des pistes pour favoriser l'atteinte des résultats ;
- Mener une réflexion stratégique sur l'évolution des rôles des ONG dans les politiques de développement ;<sup>12</sup>
- Réaliser, avec les parties prenantes concernées, une mise à jour de l'analyse causale et de l'analyse stratégique – y compris au regard des perceptions culturelles du handicap – afin d'identifier les voies de changements culturellement sensibles et vulnérables par le programme et de reformuler les résultats attendus, pour éviter qu'ils soient « orientés par le bailleur » (« trouver des problèmes aux solutions ») et garantir qu'ils soient atteignables et imputables au programme (niveau output) ;
- Profiter des espaces d'échanges (CSC, etc.) pour amener la DGD à changer sa politique d'octroi de financement qui désavantage les petites ACNG.

2) Au niveau de la gestion et du suivi du programme :

- Améliorer la coordination et le partage d'informations entre la CDEB, la CDEL et AMS, ainsi que la planification et la gestion des activités – notamment en associant le service social du

---

<sup>12</sup> A ce sujet, voir par exemple [Fit for the Future? Development trends and the role of international NGOs - Oxfam Policy & Practice](#) ou encore [The future of INGOs: Defining our role in locally led development | Results for Development](#)

CHNEAR au planning des missions afin de faciliter la sélection des candidats éligibles au fonds de solidarité ;

- Mobiliser l'appui d'un.e spécialiste en suivi-évaluation pour réviser la matrice d'indicateurs de suivi en vue de s'assurer de la clarté de la définition de chaque indicateur, de sa pertinence, de son objectivité et de la cohérence entre les baselines et les cibles au regard des moyens disponibles ;
- Identifier les données nécessaires au calcul à terme du SROI et mettre en place les outils de collecte adéquats ;
- Mettre en place un mécanisme simplifié de collecte et de partage de données entre les différents acteurs ;
- Impliquer davantage les membres du comité de suivi dans la planification et la prise de décision, et rendre régulières et fructueuses les réunions des comités scientifique et de suivi.

### 3) Au niveau de la gouvernance :

- Davantage collaborer avec le MSAS au regard des Résultats 1, 2 et 4 du programme et assurer un plaidoyer en faveur du passage à l'échelle du programme sur toute l'étendue du territoire ;
- Poursuivre le plaidoyer pour atteindre une certaine autonomie de la gestion des ressources humaines au niveau du CHNEAR et garantir la stabilité du personnel ;
- Continuer à appuyer l'informatisation des dossiers patients ;
- A propos de la maintenance, mettre à disposition des outils de contrôle et d'inventaires des équipements acquis dans le cadre du programme ;
- Créer un réseau sur la prise en charge des enfants malentendants qui pourra regrouper les OSC, les prestataires de tous les niveaux de la pyramide, ainsi que les autorités des ministères en charge de la santé, de l'éducation et de la jeunesse ;
- Approcher d'autres acteurs intéressés par la prise en charge des enfants malentendants pour plus de synergies et/ou de complémentarités – entre autres la Direction Nationale de l'Action sociale du MSAS, l'Agence sénégalaise de la Couverture sanitaire universelle, les ministères en charge de la Jeunesse et de la Famille, l'Union des associations d'élus locaux, les Mairies, Solidarité/Centre Verbo-tonal de Dakar, le Centre Talibou Dabo/Dakar, etc.

### 4) Au niveau de l'offre :

- Appuyer la direction du CHNEAR à matérialiser sa vision de la construction d'un grand bloc opératoire vert en l'intégrant dans son projet d'établissement hospitalier afin de faciliter le plaidoyer auprès des autorités et des bailleurs pour lui trouver un financement ;
- L'appuyer également à développer un plan de formation pour une autonomisation graduelle des acteurs ;
- Réduire le temps de référencement pour permettre aux enfants qui viennent des zones éloignées de reprendre rapidement le chemin de l'école.

### 5) Au niveau de la demande :

- Etendre la tranche d'âge de bénéficiaires directs aux enfants de plus de 15 ans dont le diagnostic s'est fait tardivement mais qui ont besoin d'une prise en charge ;

- Etendre la couverture du fonds de solidarité du CHNEAR à la prise en charge des examens complémentaires, des médicaments et à la dotation des appareillages aux enfants qui en ont besoin, avec une attention particulière pour les enfants de zones reculées dont la durée de prise en charge est souvent longue et pénalise la reprise à l'école ;
- Rendre plus transparents les critères d'accessibilité aux fonds de solidarité ;
- Impliquer la DCMS dans la préparation des modules de formation sur le dépistage à administrer aux enseignants afin de mieux les adapter aux publics cibles ;
- Renforcer la coopération avec la société civile en augmentant le nombre de volontaires formés (400) afin d'étendre les activités de dépistage dont la demande est de plus en plus importante à travers tout le pays.

6) Au niveau de la capitalisation et de la gestion des connaissances :

- Encourager davantage de recherches sur les thématiques du programme auprès des médecins en formation, en mettant en place une politique claire d'octroi de bourses ;
- Documenter et partager les informations sur les enfants dépistés et pris en charge afin de contribuer à la constitution d'une base de données permettant de soutenir le plaidoyer auprès des autorités afin d'influencer les décisions ;
- Mettre en place un dispositif de recherche-action commun à la CDEB, AMS et le CHNEAR, ainsi qu'aux autres partenaires, en vue de suivre l'impact du programme sur les éléments plus qualitatifs comme les pratiques des prestataires de soins, la qualité des soins, la perception et le degré de satisfaction des patients, la gouvernance de CHNEAR, la politique nationale (multisectorielle) sur l'inclusion de la population en situation de fragilité ou encore le degré d'intégration des enfants malentendants des milieux défavorisés de Dakar dans le système scolaire.

## 7) Références principales

- AMS et CDEB (2023) Rapport Assistance médicale Sénégal sur les activités du programme SENPED-II 2022 ET 2023. Dakar, 23.03.2023.
- CDEB (2021) République du Sénégal – Programme 2022-2026. Fiche synthétique.
- #Health4All (n.d.) #H4A – Sngal (document de programme initialement soumis à la DGD).<sup>13</sup>
- Fichiers Excel : Outil de suivi-évaluation « MEAL » ; Suivi exécution budgétaire SENPED-II 2022\_2026 SYNTHÈSE ; Plan annuel opérationnel du SENPED II, 2023 ; Outil « Scores de performance » associé au Rapport moral de 2023.

---

<sup>13</sup> Notons que les évaluateurs n'ont pas eu accès au document du programme revu qui a été finalement introduit à la DGD à la suite de ces réductions. AMS ne dispose pas de ce document non plus.

# Annexes

## Annexe 1 : Calendrier de l'évaluation et personnes rencontrées

PROGRAMME D'ACTIVITÉS MISSION D'ÉVALUATION PROGRAMME SENPED-II			
18-24 août 2024			
Lieu : Dakar, Sénégal			
<b>DIMANCHE 18 AOÛT</b>			
Horaire	Activité	Participants/ Entités représentées	Lieu
16h10	Arrivée de M. Bob Lubamba sur Dakar  Transport aéroport-hôtel (Casa Mara)	M. Bob Lubamba, évaluateur	Casa Mara
<b>LUNDI 19 AOÛT</b>			
8h00	Réunion de démarrage AMS	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS	Bureaux AMS (3 Avenue des Ambassadeurs, Fann Résidence)
11h00	Atelier hôpital Albert Royer (CHNEAR)	CHNEAR/Directrice (Dr Issa TALL DIOP) Membres du comité de suivi interne du programme SENPED-II du CHNEAR (cf. convocation) Participation du Ministère de la Santé M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS	Salle de la direction d'Albert Royer
14h30	Réunion Ambassade de Belgique	M. Vincent Drieskens, attaché adjoint à la coopération au développement M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS	Ambassade de Belgique
16h00	Retour au Casa Mara	M. Bob Lubamba, évaluateur	Casa Mara
<b>MARDI 20 AOÛT</b>			

Horaire	Activité	Participants	Lieu
8h00	Réunion AMS focus groups	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS	Bureaux AMS
10h00	Réunion focus group DCMS	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS Dr Dia, directeur DCMS Inspecteur Ndiaye, DCMS M. Bocoum, DCMS	Bureaux Division du Contrôle Médical Scolaire
11h00	Focus Groups Albert Royer (CHNEAR)	CHNEAR/Directrice (Dr Issa TALL DIOP) Membres du comité de suivi interne du programme SENPED-II du CHNEAR (cf. convocation) M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS	Salle de la direction d'Albert Royer
15h00	Focus Group REVOCAP	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS Dr Fall, REVOCAP et autres membres	Bureaux AMS
16h00	Retour au Casa Mara	M. Bob Lubamba, évaluateur	Casa Mara
<b>MERCREDI 21 AOÛT</b>			
Horaire	Activité	Participants	Lieu
8h00-17h00	Atelier de réflexion	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur	Casa Mara
<b>JEUDI 22 AOÛT</b>			
Horaire	Activité	Participants	Lieu
8h00-13h00	Atelier de réflexion	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évalueu	Casa Mara
15h00-16h00	Réunion débriefing mission évaluation	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur Mme Capucine Del Medico, directrice AMS Mme Chiara Carbone, chargée de projets CDEB Mme Dany de Muyser-Bichler, directrice CDEL	Bureaux AMS
16h00	Retour au Casa Mara	M. Bob Lubamba, évaluateur	Casa Mara
<b>VENDREDI 23 AOÛT</b>			

Horaire	Activité	Participants	Lieu
8h00-17h00	Poursuite de l'atelier de réflexion et rédaction du rapport de mission	M. Bob Lubamba, évaluateur Dr Farba Lamine Sall, évaluateur	Casa Mara
<b>SAMEDI 24 AOÛT</b>			
Horaire	Activité	Participants	Lieu
5h30	Départ de M. Bob Lubamba pour l'aéroport	M. Bob Lubamba, évaluateur	Casa Mara

## Annexe 2 : Listes de présence



Liste de  
présence\_Atelier



Feuille de  
présence\_réunion



Feuille de  
présence\_focus\_groupe



Feuille de



Feuille de  
présence\_focus\_groupe



Feuille de  
présence\_focus\_groupe



Feuille de  
présence\_atelier CHN



Liste de  
présence\_Atelier Parti

### Annexe 3 : Quelques photos



Au CHNEAR



L'évaluateur croisé au bloc opératoire



Les évaluateurs

## Annexe 4 : Matrice révisée de suivi des indicateurs (source : outil MEAL – matrice révisée, janvier 2025)

		Indicator title	Indicator description	Source de vérification	Commentaires	Baseline	TY3	TY5	2022	2023	2024
Outcome : À l'horizon 2026, les enfants du Sénégal porteurs de handicaps, dont auditifs ou locomoteurs, spécifiquement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, sont plus et mieux pris en charge par les structures sanitaires	IO.1	Nombre d'enfants/an ayant bénéficié des prises en charge médicale et/ou chirurgicale , préventives et curatives, dans la région de Dakar	<p>Les données proviendront du service SIM du CHNEAR chargé de la collecte et de l'analyse des données des différents services de l'hôpital.</p> <p>Le programme a appuyé la collecte des données en fournissant un ordinateur au major du service d'hospitalisation de la chirurgie, le Major Lamine KANE.</p> <p>Les données utilisées sont les données des consultations et opérations (en mission et hors mission).</p>	Grilles de monitoring des prestataires en charge des coopérations médicales nationales et internationales Rapports de mission Registres et statistiques hospitalières	<p>Consultations + opérations (en mission + hors mission) Le registre tenu par le service de chirurgie (Major Lamine) sera utilisé comme source pour la collecte de données. De ce registre il faudra extraire les pathologies visées par le programme (ortho / ORL).</p>	528 5 <sup>14</sup>	+25 %	+35 %	66,01 %	71,62 %	143,2 4%

<sup>14</sup> Les données de 2020 ont été utilisées pour cette nouvelle baseline, le bâtiment du service de chirurgie ayant été condamné en juin 2021. Il s'agit de 4219 consultations (4146 consultations pédiatriques orthopédiques, urologiques et ORL hors missions, plus 73 durant les missions) et 1066 interventions de chirurgie pédiatrique (1035 chirurgies hors missions, 31 durant missions).

appuyées par le programme	IO.2	Evolution du score de performance des structures sanitaires et services identifiés pour les prises en charge	Ce score de base composé d'indicateurs agrégés (échelle de 1 à 5 utilisée lors du programme précédent) sera fixé par les acteurs de la coopération médicale sénégalais et internationaux, avec le directeur d'AMS (médecin). Ils prendront en compte la compétence du personnel soignant à 50%, la sécurité technique et sanitaire des services à 30%, et l'organisation générale des services et hôpital (dont l'accueil du patient) à 20%	Grille d'évaluation des scores de performance en cours de préparation (à soumettre à l'équipe international CDEB) Rapports missions Registres et statistiques hospitalières	Compétences du personnel soignant : l'équipe locale, à aujourd'hui, ne prend pas en charge les malformations/déformations (les enfants sont opérés ailleurs), elles ne sont prises en charge que pendant les missions internationales. Évaluer donc si à la fin des 5 années du programme, l'équipe locale sera en mesure de prendre en charge les malformations/déformations -> elles seront donc extraites dans le registre du service de chirurgie. Sécurité technique : données du service de maintenance. Organisation générale des services et hôpital: nombre de patients qui arrivent au service d'accueil -> volume d'accueil de l'hôpital -> il reste un hôpital de référence.	3,1/5	+25%	+40%			100,00%
---------------------------	------	--	---	---	---	-------	------	------	--	--	---------

	IO.3	Evolution du score d'accessibilité et d'équité des soins visés par le programme	Ces données sont encore très peu disponibles, les registres et statistiques hospitalières le reflétant très peu. Une étude est actuellement en cours au sein du CHNEAR, avec le service social et le service financier de l'hôpital. Les données sur les accessibilités seront indiquées dans les grilles de monitoring évoquées dans l'IO.1, et croisées avec celles d'AMS dans le cadre de la gestion du fonds de solidarité et des consultations sociales	Registres et statistiques hospitalières  Registres / rapports AMS	Nombre de sollicitations (demandes) du fonds social de l'hôpital et du fonds social de AMS <sup>15</sup>	0 <sup>16</sup>	+5%	+10 %	2		9
Résultat 1 – gouvernance : Les améliorations et les effets positifs induits par le programme persistent (durabilité) grâce à la motivation et aux compétences des personnes-ressources en charge de la gouvernance (direction des services et des hôpitaux, gestion du partenaire), et	IR1.1	Gouvernance clinique : stabilité et engagement des personnels de management du CHNEAR	Cet indicateur qualitatif sera fixé par AMS, et suivi dans le cadre de l'assistance technique plus continue sur le site du CHNEAR.	Rapports des réunions	Participation stable et engagée des référents des services visés par le programme -> stabilité du personnel qui participe aux réunions et aux comités scientifiques / engagement du personnel aux missions et dans la collecte des données: • Périodicité des comités de coordination Direction CHNEAR/AMS (on vise 1X/trimestre / « Comité de pilotage ») • Efficacité des revues annuelles (« comités	0	+25 %	+50 %	100%	100%	100%

<sup>15</sup> À ce jour, le service social ne fait pas de suivi sur les sollicitations reçues en interne ni au SIM. Ainsi, aucune information du service social ne figure dans le rapport d'activités trimestriel du SIM.

<sup>16</sup> Le Fonds de solidarité a été mis en place en 2022.

à la remontée efficace des bonnes pratiques capitalisées vers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale					de direction») pour planification/évaluation des projets par service <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de représentativité des différents services bénéficiaires des appuis dans les réunions de coordination et de direction</li> <li>Périodicité et efficacité des comités scientifiques</li> </ul>						
	IR1.2	Score de performance des plaidoyers effectués auprès du MSAS	Cet indicateur sera calculé en divisant le nombre de plaidoyers "aboutis" par le nombre de plaidoyers planifiés. Les enjeux identifiés à ce stade sont : le financement d'un nouveau bâtiment de chirurgie au sein du CHNEAR (l'actuel est en voie de s'écrouler), validation de l'activité de dépistage avec le Ministère de l'Education nationale, validation de l'implication des DES dans les activités du programme	Rapports activité	Nombre des plaidoyers planifiés sur les 5 ans ? -> faire un plan de plaidoyer (réunions avec le Ministère)	0%	+50%	+75%	100%	100%	100%
Résultat 2 – Offre : La performance des services du CHNEAR et des autres structures sanitaires appuyées par le programme est renforcée dans la	IR2.1	Niveau de compétences des prestataires de soins hospitaliers visés par le programme	Cet indicateur est traduit par un score de performance se basant sur le triptyque classique de compétences cliniques (projet synergie avec l'ARES sur ce point) : savoir (évalué par les formateurs lors des sessions d'apprentissages théoriques), savoir-faire (appréciation des actes techniques posés par les référents CDEB et CHNEAR), savoir-être (motivation, accueil du patient)	Grille d'évaluation des scores de performance en cours de préparation (à soumettre à l'équipe internationale CDEB)	Méthodologie interprétative Evaluation en % pendant les missions de Damien Desmette des 3 niveaux de compétences des prestataires de soins hospitaliers (savoir, CDEB)	0	+25%	+50%			

prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou orthopédique, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins				Rapports missions Rapports des formateurs	savoir-faire, savoir-être).						
	IR2.2	Niveau de sécurité technique et sanitaire des structures et services appuyés par le programme	Score de performance multicritères, dont la grille sera établie par la CDEB, qui collabore sur ce sujet avec CDEF et MSV (travaux "transversaux" du #H4A), qui disposent de ce type d'outils et d'évaluations lors des missions de coopérations médicales. Ils mesurent la qualité de la maintenance biomédicale préventive et corrective. AMS collabore par ailleurs avec un expert en hygiène sénégalais depuis 2020 (Covid) pour la mesure de la PCI	Grille d'évaluation des scores de performance en cours de préparation (à soumettre à l'équipe internationale CDEB) Rapports du service maintenance	Méthodologie interprétative Le service de maintenance prévoit : 1) Planification annuel des visites dans les services, 2) Bon de travail pour les équipements en panne, 3) Visite quotidienne pour l'oxygène dans le quartier opératoire. Mais comment évaluer l'amélioration de la sécurité ?	0	+15 %	+25 %			
	IR2.3	Nombre de personnes/ jour (H-F-NB) ayant participé aux sessions d'apprentissages organisées par le programme	Indicateur quantitatif utilisé lors du précédent programme permettant d'évaluer les "obligations de moyens" et la santé des activités sur le sujet.	Rapport d'activité et liste présence	Formations + missions CDEB et CDEL. Prévoir évaluation de la qualité des formations : évaluer avec les formateurs la méthode à utiliser... il faudrait d'une part évaluer la qualité de 'performance' de la formation (enquêtes de satisfactions à remplir chez les	0 (attendu AN1 500 p/j, 250 H - 250 F)	Cumulé : 150 p/j, 750 H, 750 F	Cumulé : 250 p/j, 125 OH, 125 OF	41	313	455

					participants), et aussi de son efficacité (compétences à acquérir à fixer, puis évaluation des compétences acquises ou non sous forme "d'interro", pré-/post test...)						
Résultat 3 – demande : Les enfants souffrant d'un handicap auditif ou locomoteur disposent d'un meilleur accès (financier, géographique, culturel, institutionnel) à des soins de santé adéquats, particulièrement les plus démunis, les plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux	IR3.1	Nombre de personne/jour par an participant aux séminaires de sensibilisation/détection	Ces données proviendront essentiellement des grilles de participation élaborées dans le cadre des stratégies participatives avec les OSC identifiées dans les synergies : SHC (prévention en milieu scolaire), CRB (santé communautaire) et Dynamo Intl (personnels des centres d'accueil pour les enfants des rues/talibés).	Rapport d'activité et liste présence	Données CDEL	0	100 p/j - 50F, 50H	200 p/j - 100 F, 100 H	0	19	19
	IR3.2	Nombre d'enfants identifiés dans les structures sanitaires périphériques appuyées par le programme, et référencés de manière adéquate	Cet indicateur vise à établir la fonctionnalité des référencements/contre-référencements concordant avec les PMA/PCA des structures sanitaires (cf. IO avec les études associées), en lien avec le volume des activités visant à les stimuler par le biais des coopérations inter-hospitalières et des missions itinérantes de prévention/détection (en ce compris les consultations sociales). Il s'agit du nombre d'enfants bénéficiant directement des prestations.	Registres hospitaliers Registres (fiches) des référencements/contre-référencements, si existent	Il faudra créer une grille de référencement à Albert Royer  Provenance géographique	0	1500 enfants (cumulé) : 750 F - 750 G	2500 enfants (cumulé) : 1250 F - 1250 G	100	426	590

	IR3. 3	Proportion des enfants pris en charge au CHNEAR en situation d'accessibilité fragile	La grille des monitorings du CHNEAR est déjà adaptée (études en cours) aux données géographiques (hors-zone Dakar), financières (données du service social et du service financier) et socio-culturelle des enfants (qualitatif lors des entretiens). La proportion sera établie en divisant le nombre d'enfant en situation d'accès fragile par le nombre d'enfants total pris en charges dans les services et pour les pathologies visées	Registres hospitaliers Liste enfants en situation d'accessibilité fragile Sondages auprès des familles des patients	Pour cet indicateur on donne priorité à l'accès financier et on mentionnera que la plupart des familles qui sollicitent le fonds provient de loin.	0%	+5%	+10 %	4%	4%	18%
Résultat 4 – gestion des connaissances : des groupes et réseaux de pairs ORL/orthopédie sont constitués, des référentiels exploitables à des fins de partages de bonnes pratiques en général, et d'éclairages/plaidoyers vis à vis des décideurs sanitaires nationaux et internationaux sont produits et diffusés	IR4. 1	Nombre de groupes et réseaux de pairs constitués et fonctionnels	Il peut s'agir ici de plateformes formelles ou informelles, visant principalement à établir des cartographies claires par bassin de compétences, facilitant les référencement et contre-référencements des patients sur les pathologies visées par le programme. Les partages concerneront également les capitalisations de bonnes pratiques et les études. En priorité : la prise en charge de la malentendance et des handicaps locomoteurs (y compris dans leur dimension revalidation/prothèses-orthèses)	Rapports produits lors des séances de travail	Plateforme pour les dossiers informatisés des patients + les comités scientifiques	0	1	1	2	2	0
	IR4. 2	Nombre de référentiels produits et diffusés	Le terme "référentiel" est assez large et couvre la production de : capitalisation de bonnes pratiques partagées en réseau (les pairs, les espaces de concertation multi-acteurs tels que les CSC mais aussi ceux animant les débats sur la CSU), modules de formation, outils, études spécifiques. Ils seront à la fois sectoriels et intersectoriels (« one health »), et seront diffusés au sein d'espaces de gestion des connaissances ou vers les autorités centrales.	Rapport d'activités	Modules de formations : DES (avec CDEF) + études + la formation de SHC	0	2	5	2	4	5