

FONDS AFRICAIN DE DÉVELOPPEMENT

RAPPORT D'ACHÈVEMENT DE PROJET

**PROJET DE SANTÉ RURALE II
RÉPUBLIQUE DU KENYA
(PRÊT No 2100150000472)**

**DÉPARTEMENT DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN
OCTOBRE 2008**

TABLE DES MATIÈRES

Page

ABBRÉVIATIONS	i
DONNÉES DE BASE SUR LE PROJET.....	iii
MATRICE RÉTROSPECTIVE DU PROJET	vi
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	viii
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS ET FORMULATION DU PROJET.....	1
2.1 Objectifs.....	1
2.2 Description.....	1
2.3 Formulation.....	2
2.4 Origine	3
2.5 Évaluation, négociation et approbation.....	3
3. EXÉCUTION DU PROJET	3
3.1 Entrée en vigueur et démarrage	3
3.2 Modifications	4
3.3 Calendrier d'exécution.....	4
3.4 Établissement des rapports.....	5
3.5 Passation de marchés	5
3.6 Sources de financement et décaissements.....	6
3.7 RAP de l'emprunteur	7
4. PERFORMANCE ET RÉSULTATS DU PROJET	7
4.1 Évaluation globale	7
4.2 Résultats opérationnels	8
4.3. Performance institutionnelle	11
4.4 Efficacité en matière de gestion et organisationnelle.....	11
4.5 Recrutement, formation et perfectionnement du personnel	12
4.6 Performance des consultants, des contractants et des emprunteurs	13
4.7 Conditions et engagements	15
5. IMPACT SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL.....	16
5.1 Impact social	16
5.2 Impact sur les femmes	16
5.2 Impact environnemental	17
6. DURABILITÉ DU PROJET.....	17
7. PERFORMANCE DE LA BANQUE ET DE L'EMPRUNTEUR	18
7.1 Objectives et justification du projet	18
7.2 Mise en œuvre du projet et résultats opérationnels.....	19
8. PERFORMANCE ET NOTATION GLOBALES	20
9. CONCLUSION, ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET RECOMMANDATIONS	20
9.1 Conclusion	20
9.2 Enseignements tirés	21
9.3 Recommandations.....	22

LISTE DES ANNEXES

1.	Carte du Kenya et emplacement des sites du projet	1
2.	Évaluation de la performance et notation	4
3.	Principales recommandations et matrice de suivi	1
4.	Précisions sur les marchés attribués	4
5.	Sources d'information	1

Ce rapport a été préparé par M. Fabrice Sergent, analyste de santé principal (OSHD.3, poste 3067) et un architecte consultant, avec l'aide de M^{me} R. Charo (spécialiste du développement social, KEFO) suite à la mission RAP menée au Kenya en septembre-octobre 2008. Pour toute question, prière de s'adresser à M. Tshinko B. Ilunga, responsable, OSHD.3 (poste 2117) ou M. Tom Hurley, directeur, OSHD (poste 2046).

ABRÉVIATIONS

AED	Autorisation d'engagement des dépenses
APPM	Avis particulier de passation de marché
BAD	Banque africaine de développement
CA	Coordonnateur d'activités
CDF	Fonds de développement de la circonscription
CDP	Comité directeur du projet
CGP	Cellule de gestion de projet
CS	Centre de santé
CSV	Comité de santé villageoise
DDC	Comité de développement de district
DHMT	Équipe de gestion de la santé de district
DHP	Plan de santé de district
DHSF	Forum des parties prenantes de la santé de district
DMOH	Médecin hygiéniste de district
DSP	Document de stratégie pays
FAD	Fonds africain de développement
FIF	Fonds d'amélioration des installations
GdK	Gouvernement du Kenya
HSSF	Fonds de soutien au secteur de la santé
IMCI	Gestion intégrée des maladies infantiles
JBC	Conseil conjoint des constructeurs
KEMSA	Agence de fournitures médicales du Kenya
KENAO	<i>Kenya National Audit Office</i> (Bureau national d'audit du Kenya)
KEPH	Trousse de santé essentielle du Kenya
KES	Shilling kényan
LAA	Latrine améliorée à fosse autoventilée
LATF	<i>Local Authority Transfer Fund</i>
MOPS	Ministère de la Santé publique et des Services sanitaires
MOPWH	Ministère des Travaux publics et du Logement
NHSSP	Plan stratégique national pour le secteur de la santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
QPPR	Rapport d'activité trimestriel du projet
RAP	Rapport d'achèvement de projet
RHFMC	Comité de gestion des installations de santé rurales
SEP	Suivi et évaluation axés sur la performance
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDA	Agence suédoise de coopération internationale au développement
SIGS	Système d'information de gestion de santé
SME	Santé de la mère et de l'enfant
SRE	Stratégie de redressement économique
SSP	Soins de santé primaires
TSC	Travailleur de la santé communautaire
UC	Unité de compte
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

ÉQUIVALENCES MONÉTAIRES

Monnaie nationale	Shilling kényan (KES)
À l'évaluation	1 UC = 84,6 KES
À la clôture du projet (décembre 2006)	1 UC = 106,3 KES

ANNÉE BUDGÉTAIRE1^{er} juillet – 30 juin

DONNÉES DE BASE SUR LE PROJET

1. Numéro du prêt : 2100150000472
 2. Emprunteur : Gouvernement du Kenya
 3. Agence d'exécution : Ministère de la Santé

A. PRÊT FAD

1	Montant du prêt :	8 millions d'UC
2.	Commission de service :	0,75% par an sur le montant décaissé et restant à rembourser
3.	Conditions de remboursement :	1% du prêt payable annuellement de la 11 ^e à la 20 ^e année et 3% l'an par la suite.
4.	Période de remboursement :	50 ans (y compris une période de grâce de 10 ans)
5.	Différé de remboursement :	10 ans
6.	Date d'approbation du prêt :	15 juillet 1998
7.	Date de signature du prêt :	20 juillet 1998
8.	Date d'entrée en vigueur du prêt :	6 mai 1999
9.	Premier décaissement :	1 ^{er} novembre 1999
10.	Date initiale de clôture :	31 décembre 2002
11.	Date de clôture effective :	31 décembre 2006

B. DONNÉES DU PROJET

	<i>Estimation à l'évaluation</i>			<i>Coût réel au moment du RAP</i>		
	ME	MN	Total	ME	MN	Total
1. Coût total (en millions d'UC)	7,23	1,93	9,16	5,63	1,82	7,45
2. Plan de financement (en millions d'UC)	<u>Estimation à l'évaluation</u>			<u>Financement réel au moment du RAP</u>		
	ME	MN	Total	ME	MN	Total
Prêt FAD	7,23	0,77	8,00	5,63	0,60	6,23
GdK	0,00	1,16	1,16	0,00	1,22	1,22
Total	7,23	1,93	9,16	5,63	1,82	7,45

3. Date réelle du premier décaissement du prêt : 1^{er} novembre 1999
 4. Date du dernier décaissement : 31 décembre 2006
 5. Date initiale du dernier décaissement : 31 décembre 2002
 6. Date d'achèvement du projet : 31 décembre 2006

C. INDICATEURS DE PERFORMANCE

- 1a. Montant annulé FAD : 1,76 million d'UC
 1b. Dépassement de coût par le GdK : 0,06 million d'UC
2. Retard par rapport au calendrier
 - Retard dans l'entrée en vigueur : 5 mois
 - Retard par rapport à la date d'achèvement : 48 mois
 - Retard dans le dernier décaissement : 48 mois
 - Nombre de prorogations de la date du dernier décaissement : 4
3. Statut du projet : achevé
4. Indicateurs vérifiables :
 (a) Services professionnels : achevé
 (b) Travaux de génie civil : achevé

(c)	Mobilier	:	achevé
(d)	Équipement	:	achevé
(e)	Médicaments et fournitures	:	achevé
(f)	Formation	:	achevé
(g)	Assistance technique	:	achevé

5. Performance institutionnelle (Insatisfaisante/Passable/Satisfaisante):

-	Groupe de la Banque	:	Satisfaisante
-	Gouvernement	:	Passable
-	Entrepreneurs	:	Passable
-	Fournisseurs	:	Satisfaisante
-	Consultants	:	Passable

D. MISSIONS

Type de mission	Date	Nbre de personnes	Composition
Préparation	6-20 septembre 1997	2	Analyste santé, architecte consultant
Évaluation	février 1998	3	Analyste santé, consultant médical Sociologue, architecte consultant
Lancement	11-22 avril 1999	2	Analyste santé, architecte
Supervision	20-27 novembre 1999	1	Analyste santé
Supervision	29 juin-12 juillet 2000	1	Analyste santé
Supervision	22 novembre-1 ^{er} décembre 2000	1	Analyste santé
Supervision	29 octobre-10 novembre 2001	2	Chef de division, analyste santé
Supervision	3-16 mars 2002	2	Analyste santé, architecte consultant
Supervision	21 septembre-5 octobre 2002	2	Analyste santé, architecte
Supervision	16-22 novembre 2003	1	Analyste santé
Supervision financière	mai 2004	2	Auditeur, architecte
Supervision*	juillet 2004	1	Analyste santé
Supervision financière	décembre 2004	1	Auditeur
Supervision	21-28 septembre 2005	1	Spécialiste en passation des marchés
Supervision	14-19 novembre 2005	1	Architecte
Supervision	28 juillet – 5 août 2006	3	Analyste santé, chargé de la passation des marchés, architecte
Supervision financière**	15–19 septembre 2008	1	Spécialiste en gestion financière
RAP-BAD	25 septembre-11 octobre 2008	2	Analyste santé, architecte consultant

* Combinée avec la mission humanitaire d'assistance aux sinistrés d'une inondation.

** Combinée avec la mission de supervision du projet de soins de santé ruraux III comprenant un analyste santé et un architecte.

E. DÉCAISSEMENTS (en UC)

Année	Total à l'évaluation	Montant estimatif du prêt	Montant réel du prêt (1)	Décaissements estimatifs du GdK	Décaissements réels du GdK (2)*	Total 1+2
1998	120 000	110 000	0	10 000	0	0
1999	2 400 000	2 110 000	257 699,97	290 000	28 000	285 699,97
2000	2 840 000	2 460 000	296 187,51	380 000	178 072	474 259,51
2001	2 910 000	2 540 000	753 118,59	370 000	309 767	1 062 885,59
2002	890 000	780 000	1 050 184,31	110 000	175 889	1 226 073,31
2003			388 744,07		10 466	399 210,07
2004			104 072,27		8 446	112 518,27
2005			359 509,86		434 714	794 223,86
2006			2 203 137,18		76 782	2 279 919,18
2007			820 461,02		0	820 461,02
Total partiel			6 233 114,78			
Annulé			1 766 885,22			
Total	9 160 000	8 000 000	8 000 000,00	1 160 000	1 222 136**	7 455 250,78

* Au taux de change moyen annuel historique

** Source: Projet CGP.

KENYA: PROJET DE SANTÉ RURALE II – RAP
MATRICE RÉTROSPECTIVE DU CADRE LOGIQUE

1. BUT SECTORIEL	Buts visés :	Réalité :	Moyens de vérification	Hypothèses et risques importants
<p>Une meilleure santé pour tous les Kényans par la restructuration délibérée du secteur de la santé pour rendre ses services plus efficaces, plus accessibles et plus abordables.</p>	<p>À l'horizon 2002 1.1 Augmentation de l'espérance de vie des femmes et des hommes de 61,4 et 57,5 à 65 et 60 ans respectivement; 1.2 Réduction du taux de mortalité infantile de 61 à moins de 58 pour 1000 naissances vivantes 1.3 Réduction du taux de mortalité maternelle de 365 à 300 pour 100 000 naissances vivantes</p>	<p>En 2006 1.1 a) L'espérance de vie des femmes : de 54 ans en 2000 à 55 ans en 2006 (OMS) 1.1.b) L'espérance de vie des hommes : de 51 ans en 2000 à 52 ans en 2006 (OMS) 1.2 De 77 en 2000 à 79 par 1,000 naissances vivantes en 2006 (OMS) 1.3 De 590 en 1998 à 560 en 2005 (OMS). La Vision 2030 du gouvernement revendique 414 pour 2008.</p>	<p>Rapports annuels du MOH</p>	
<p>2. OBJECTIFS Améliorer la santé des communautés visées dans sept districts par le biais d'une stratégie de soins de santé primaires, en mettant l'accent sur la participation communautaire et sur l'appui aux initiatives des communautés.</p>	<p>À l'horizon 2002, dans les districts du projet : 2.1 Plus de 70% des accouchements ont lieu dans des centres de santé. 2.2 Réduction de l'incidence du paludisme de 50%. 2.3 Réduction de l'incidence de la diarrhée de 50%.</p>	<p>2.1. La collecte des données ne se fait pas systématiquement mais les districts rapportent que la proportion d'accouchements médicalement assistés a augmenté 2.2 Aucune donnée sur l'incidence du paludisme au niveau du district. 2.3 Aucune donnée sur l'incidence de la diarrhée au niveau du district. 2.4 L'utilisation des centres de santé réhabilités et modernisés a augmenté entre 85 et 168%.</p>	<p>Rapports annuels du MOH</p>	<p>L'appui des bailleurs de fonds au secteur de la santé est maintenu au niveau actuel. Les bailleurs de fonds répondent positivement aux demandes d'aide d'urgence des pouvoirs publics pour faire face aux dégâts causés par El Nino. Les réformes du secteur de la santé sont menées à terme. Les pouvoirs publics assument tous les coûts récurrents.</p>
<p>3. RÉSULTATS (composantes achevées) 3.1. Installations de santé Les installations suivantes ont été fournies: 3.1.1 Centre de santé d'Endebess 3.1.2 Centre de santé de Ziwa Sirikwa 3.1.3 Centre de santé de Ngano 3.1.4 Centre de santé de Kianyaga</p>	<p>Toutes les installations en état de fonctionnement et disposant d'espace, de mobilier, d'équipement, de médicaments et de personnel de santé tel que stipulé dans le rapport d'évaluation résumé ci-après : Bloc ambulatoire/SME, Pavillons des malades hospitalisés (hommes, femmes et enfants), Maternité, Bloc des services (cuisine et buanderie), Unité chargée du Garage et de la Maintenance, résidence du personnel type "D", résidences du</p>	<p>7 centres de santé construits et équipés, meublés et en fonctionnement. Pénurie de personnel de santé et médicaments inadéquats 30 des 525 facilitateurs SSP ont reçu une formation 576 des 735 formateurs au niveau des divisions ont reçu une formation</p>	<p>Mission de supervision Rapports trimestriels sur l'état d'avancement du projet Rapport d'achèvement du projet Certificats d'achèvement</p>	

<p>3.1.5 Centre de santé de Lolgorian 3.1.6 Centre de santé de Ngong 3.1.7 Centre de santé de Kabung'a</p>	<p>personnel type "F", allée couverte, abri pour génératrice, guérite et clôture, travaux de génie civil et d'électricité externes et aménagement paysager.</p>	<p>75 des 525 membres DHSF ont reçu une formation</p>	<p>Rapport d'évaluation Comptes publics Décaissements FAD Rapports d'audit Rapports d'activité</p>	<p>Offres acceptables reçues Mise en œuvre du projet en temps opportun Marchandises disponibles à temps et selon les prévisions budgétaires Disponibilités des fonds de contrepartie du Gouvernement en temps opportun Performance satisfaisante des contractants et supervision technique adéquate du MOPWH Les pouvoirs publics ne sont pas sujet à des sanctions au titre des prêts FAD</p>
<p>3.2 Soins de santé communautaires</p>	<p>3.2.1 Nombre de personnes formées conformément au rapport d'évaluation</p>	<p>75 des 84 CSV ont reçu une formation</p>		
<p>3.2.1 Programme de formation exécuté</p>	<p>3.2.2 Médicaments fournis conformément aux listes détaillées de passation de marchés</p>	<p>685 des 3.159 TSC ont reçu une formation</p>		
<p>3.2.2 Médicaments fournis</p>	<p>3.2.3 Activités CBHC mises en œuvre conformément aux plans détaillés</p>	<p>57 des 210 comités de gestion des installations de santé ont reçu une formation</p>	<p>Comptes publics</p>	
<p>3.2.3 Activités CBHC entreprises</p>	<p>3.2.4 Sensibilisation communautaire sur les risques de santé liés à l'environnement</p>	<p>106 millions de KES de médicaments fournis</p>	<p>Décaissements FAD</p>	
<p>3.3 Cellule de gestion du projet</p>	<p>3.3.1 CGP établi et fonctionnant conformément au rapport d'évaluation</p>	<p>260 latrines LAA construites</p>	<p>Rapports d'audit Rapports d'activité</p>	
<p>3.3.1 Gestion du projet</p>	<p>Période prévue pour la mise en œuvre : septembre 1998 à septembre 2002 (48 mois)</p>	<p>50 sources d'eau protégées</p>	<p>Comptes- rendus du Comité directeur du projet</p>	
<p>4. ACTIVITÉS</p>		<p>60 puits peu profonds protégés</p>		
<p>A. Services professionnels (supervision)</p>	<p>Budget: Catégories (en millions d'UC)</p>	<p>Manuels sur l'IMCI et les maladies à vecteur imprimés</p>		
<p>B. Travaux de génie civil</p>	<p>A. Services prof. 0,35</p>	<p>7 véhicules à double cabine et 70 bicyclettes fournis</p>		
<p>C. Fourniture de mobilier</p>	<p>B. Trav. génie civil 4,94</p>	<p>Des activités d'éducation sanitaire et de sensibilisation entreprises</p>		
<p>D. Fourniture d'équipement</p>	<p>C. Mobilier 0,14</p>	<p>septembre 1998 à décembre 2006 (100 mois)</p>		
<p>E. Approvisionnement en médicaments et fournitures</p>	<p>D. Équipement 0,92</p>	<p>Budget: Catégories (en millions d'UC)</p>		
<p>F. Activités de formation</p>	<p>E. Médic./fournitures 1,07</p>	<p>A. Services prof. 0,09</p>		
<p>G. Gestion du projet</p>	<p>F. Formation/sensibil. 0,69</p>	<p>B. Trav. génie civil 5,09</p>		
<p>H. Assistance technique</p>	<p>G. Frais d'exploitation 0,90</p>	<p>C. Mobilier 0,14</p>		
	<p>H. Asst. technique 0,15</p>	<p>D. Équipement 0,99</p>		
	<p>Total 9,16</p>	<p>E. Médic./fournitures 0,76</p>		
	<p>Sources de financement</p>	<p>F. Formation/sensibil. 0,23</p>		
	<p>UC %</p>	<p>G. Frais d'exploitation 0,11</p>		
	<p>FAD 8,00 mill. 87,3</p>	<p>H. Asst. technique 0,04</p>		
	<p>GdK 1,16 mill. 12,7</p>	<p>Total 7,45</p>		
	<p>Total 9,16 mill. 100</p>	<p>Sources de financement</p>		
	<p>UC %</p>	<p>UC %</p>		
	<p>FAD 8,00 mill. 87,3</p>	<p>FAD 6,23 mill. 67,0</p>		
	<p>GdK 1,16 mill. 12,7</p>	<p>GdK 1,22 mill. 33,0</p>		
	<p>Total 9,16 mill. 100</p>	<p>Total 7,45 mill. 100,0</p>		

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1. Le second projet de santé rurale au Kenya (RHP II) avait pour but d'améliorer l'état de santé de tous les Kényans à travers une restructuration mûrement réfléchi du secteur de la santé afin de rendre tous les services de santé plus efficaces, accessibles et abordables. L'objectif spécifique était d'améliorer l'état de santé des communautés ciblées dans sept districts, selon une stratégie principale de soins de santé axée sur la participation des communautés et l'appui aux initiatives communautaires, et ce, dans le cadre de la politique de santé (1994) et du huitième Plan national de développement (1997-2001) du Kenya.

2. Le prêt du projet a été approuvé et signé en juillet 1998. Une période de 16 mois s'est écoulée entre la signature du prêt et le premier décaissement, y compris un retard de 5 mois dans l'entrée en vigueur du prêt. La Cellule de gestion et le Comité directeur du projet ont été mis sur pied en 1999 et le premier décaissement du prêt a été effectué en novembre 1999. En raison du retard dans le démarrage et la mise en œuvre du projet, la dernière date initiale de décaissement du 30 décembre 2002 a été reportée 4 fois, jusqu'au 30 décembre 2006. Les dépenses du gouvernement du Kenya se sont élevés à 1,22 million d'unités de compte (UC), montant légèrement supérieur aux 1,16 million d'UC prévus lors de l'estimation ; quant au taux de décaissement du prêt, il a été de 78,0 % – pour un montant de 6,23 millions d'UC – et il a entraîné l'annulation de 1,76 million d'UC.

3. Le projet a eu une incidence favorable sur la qualité et la couverture des principaux soins de santé dans les districts bénéficiaires. La réhabilitation, la modernisation et la construction de sept centres de santé ont contribué à une importante augmentation du nombre de patients traités, de l'ordre de 85 % à 168 % dans les centres de santé pour lesquels des données sont disponibles. Toutefois, la composante communautaire de soins de santé du projet, qui consistait à créer un environnement favorable à une plus grande participation et une meilleure implication de la communauté dans les questions de santé, n'a pas connu les résultats escomptés. Les communautés des 7 districts devaient être sensibilisées à l'identification des problèmes de santé majeurs et à l'adoption de mesures pour y faire face, au moyen d'une formation sur la santé, d'une protection des sites de fourniture d'eau, d'une mise à disposition de latrines à fosse aérée et d'une distribution de moustiquaires traitées. Mais en raison de problèmes de gestion qui ont surgi et de difficultés de trésorerie qui ont suivi, ces activités n'ont pas été mises en œuvre entièrement. Cette situation a particulièrement touché les activités de formation dont les performances ont été faibles : seulement 20 % du nombre approximatif de 3 150 professionnels de santé communautaires, 5 % des 525 membres visés des équipes de direction de la santé au niveau des districts et 25 % des 210 comités de gestion des installations de santé visés ont été effectivement formés pendant l'exécution du projet. Ces faibles performances ont fortement diminué les bénéfices et limité l'impact du projet pour les entités locales et les communautés soutenues.

4. Les résultats mitigés décrits ci-dessus sont essentiellement attribuables aux problèmes de gestion rencontrés par le projet, notamment : i) un important renouvellement du personnel du CGP (successivement 4 directeurs de projet, 4 comptables et 4 spécialistes de santé publique) ; ii) un manque de continuité dans la supervision du projet (5 secrétaires permanents au cours des 3 dernières années de mise en œuvre), aboutissant en particulier à une déconnexion entre la Cellule de gestion du projet et les équipes de gestion de la santé du district ; iii) une mauvaise gestion financière du projet, entraînant la suspension des décaissements de la Banque de mars 2004 à décembre 2005 ; et iv) les procédures d'adjudication et d'arbitrage initiées pour résoudre des conflits avec des fournisseurs. La mise

en œuvre du projet a également souffert de la faiblesse des dispositifs de suivi, particulièrement à cause du manque de données de référence et de l'absence d'une révision à moyen terme, qui aurait pu contribuer à trouver des solutions aux difficultés de mise en œuvre du projet.

5. Les principales leçons qui peuvent être tirées du projet font ressortir la nécessité :
- (i) de dégager des ressources suffisantes du projet pour le suivi et l'évaluation, particulièrement pour ce qui concerne les études de référence et le suivi du projet en continu ;
 - (ii) d'investir davantage dans la gestion financière du projet, pour éviter les suspensions de décaissements. Ceci doit particulièrement viser la spécificité du système financier kényan, en fonction duquel les fonds de contrepartie pour tous les projets d'un ministère sont rassemblés dans un seul compte, et les comptes des projets doivent être audités par l'Auditeur général ;
 - (iii) de veiller à l'implication réelle des bénéficiaires à tout moment dans l'élaboration et l'exécution du projet, notamment par rapport aux domaines d'intervention, selon l'importance des problèmes de santé dans les districts particuliers ;
 - (iv) d'assurer une évaluation continue des dispositions institutionnelles du projet ;
et
 - (v) d'effectuer des revues systématiques du projet à mi-parcours.

1. INTRODUCTION

1.1 Le Groupe de la Banque a commencé à fournir une aide au secteur de la santé au Kenya en 1985. Le Projet de santé rurale II (RHP II) a été la troisième intervention de la Banque dans le secteur de la santé dans le pays. Le montant total engagé depuis 1985, celui du présent projet compris, s'élevait à 17,3 millions d'UC lorsque le projet a été approuvé en 1998. Il visait l'amélioration de l'état de santé des communautés ciblées dans sept districts, selon une stratégie principale de soins axée sur la participation des communautés et l'appui aux initiatives communautaires. Avant son évaluation en février 1998, l'engagement financier de la Banque dans le secteur de la santé comprenait i) le Projet de santé rurale I et ii) l'étude des besoins de réhabilitation de tous les hôpitaux de district, approuvée en juin 1993. Le projet était conforme à la politique de santé des pouvoirs publics, qui mettait l'accent sur les réformes dans ce secteur.

1.2 Depuis la fin des années 90, le gouvernement du Kenya a cherché à réaligner ses objectifs du secteur de la santé sur son programme global de développement national. Le premier Plan stratégique national pour le secteur de la santé (NHSSP 1) pour la période 1999-2004, qui avait comme objectifs prioritaires le combat contre la malaria, le VIH/sida et la tuberculose, visait à créer un environnement favorable pour la dispense de soins de santé de qualité durable qui serait acceptable, abordable et accessible à tous les Kényans, à travers un meilleur ciblage des ressources en faveur des pauvres. La Vision 2030 du gouvernement prévoit le renforcement des systèmes de santé, grâce à la délégation de fonds et de la gestion des soins de santé aux communautés et aux équipes de gestion de la santé des districts (DHMT), laissant ainsi au ministère la responsabilité de s'occuper de politique, de stratégie et de fonctions règlementaires.

1.3 Ce rapport d'achèvement du projet (RAP) présente un résumé de la mise en œuvre du projet, des performances des différents acteurs qui y ont été impliqués et des enseignements qui ont été tirés et qui pourront s'avérer utiles pour les opérations futures. Il est basé sur les résultats du RAP de l'emprunteur et de la mission RAP de la Banque qui s'est rendue au Kenya du 25 septembre au 11 octobre 2008. Il s'appuie également sur divers documents relatifs au projet, dont principalement le rapport d'évaluation, les rapports trimestriels d'avancement, les rapports d'audit et les rapports de suivi de la Banque.

2. OBJECTIFS ET FORMULATION DU PROJET

2.1 Objectifs

Le but sectoriel était de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de tous les Kényans, à travers la restructuration méthodique du secteur de la santé, afin de rendre tous les services de santé plus efficaces, accessibles et abordables. L'objectif du projet était d'améliorer l'état de santé des communautés ciblées dans sept districts, selon une stratégie axée sur les soins de santé primaires (SSP) mettant l'accent sur la participation des communautés et l'appui aux initiatives communautaires.

2.2 Description

Les objectifs du projet devaient être atteints dans les sept districts – représentant une population de 3,1 millions d'habitants – grâce aux trois composantes suivantes :

i) Établissements de santé

Cette composante visait : le changement d'emplacement et la transformation en centres de santé des dispensaires de Endebess et de Ziwa Sirikwa (dans les districts de Trans Nzoia et de Uasin Gishu respectivement) ; la réhabilitation et la transformation en centre de santé du dispensaire de Ngano dans le district de Nyandarua ; le changement d'emplacement et la modernisation du centre de santé de Kianyaga dans le district de Kirinyaga ; la réhabilitation et la modernisation des centres de santé de Lolgorian et Ngong dans les districts de Transmara et Kajiado ; et la construction d'un nouveau centre de santé à Kabung'a dans le district de Tharaka.

ii) Soins de santé communautaires

Cette composante visait à la création d'un environnement favorable à une participation accrue de la communauté dans l'amélioration de son état de santé. A cette fin, les communautés des sept districts devaient être sensibilisées à l'identification des principaux problèmes de santé et à l'adoption de programmes spécifiques pour y faire face, grâce à l'éducation sur la santé, à la protection des sites de fourniture d'eau, à la mise à disposition de latrines à fosse aérée et de moustiquaires traitées, etc. Le projet devait renforcer la sensibilisation des communautés au besoin de contrôler et de traiter des maladies évitables ; les personnels de santé seraient formés pour permettre une meilleure qualité des services.

iii) Gestion du projet

Une Cellule de gestion du projet (CGP) serait créée et dotée d'équipements et de fonds nécessaires pour couvrir les charges opérationnelles.

2.3 Formulation

2.3.1 La couverture de santé au Kenya a été un problème important au cours des années 90, notamment au niveau primaire, ce qui a conduit à un taux élevé des maladies telles que la malaria et la diarrhée, tant dans les zones urbaines que rurales du pays. La malaria reste la principale cause de morbidité et de mortalité ; elle représente environ 5 % des décès et plus de 30 % de la morbidité (sur les 6 millions de cas par an environ, en consultation externe). Selon les fiches de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le Kenya et le Rapport sur le développement humain au Kenya, le taux de mortalité par 100 000 patients atteints de malaria était de 67 en 2000, celui des enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires traitées aux insecticides était de 4,6 % en 2003, et le taux de mortalité maternelle (pour 100 000 nouveaux-nés vivants) avait augmenté de 650 en 1990 à 1 300 en 1995, avant de redescendre à 1 000 en 2000. De plus, la mortalité maternelle, infantile et juvénile était en augmentation alors que l'espérance de vie diminuait. Les taux de mortalité infantile et juvénile par 1 000 enfants avait augmenté de plus de 20 % entre 1990 et 1996 et l'espérance de vie avait chuté de 60 ans en 1990 à 49 ans en 2000.

2.3.2 L'élaboration du Projet de santé rurale II a découlé des conclusions tirées à la suite des consultations entre le gouvernement du Kenya et la communauté des bailleurs de fonds en 1989. En tant que partie de son approche globale, ce projet intégrait dans sa conception des méthodologies participatives visant à garantir que les communautés soient sensibilisées

aux problèmes de santé et à la prise en charge des services de santé, afin de faciliter l'initiative de décentralisation des services de santé par les pouvoirs publics, sur la base d'une mise en œuvre graduelle d'un programme communautaire des soins de santé.

2.4 Origine

En novembre et décembre 1989, à la suite d'une conférence de bailleurs de fonds, le gouvernement du Kenya a formulé une demande officielle à la Banque pour l'aider à préparer le Projet II sur la santé rurale. La Banque a fourni une subvention TAF et a envoyé deux missions sur le terrain au Kenya, en juin 1991 et février 1992, pour identifier les établissements et équipements de santé à financer en priorité. Les missions de préparation et d'évaluation qui ont suivi, en septembre 1997 et février 1998 respectivement, ont affiné la stratégie d'aide de la Banque, en conformité avec les objectifs du Document de stratégie pays (DSP).

2.5 Évaluation, négociation et approbation

Le rapport d'évaluation a été préparé à la suite d'une mission au Kenya en février 1998. Le prêt a été approuvé le 15 juillet 1998, signé le 20 juillet 1998 et a pris effet le 6 mai 1999.

3. EXÉCUTION DU PROJET

3.1 Entrée en vigueur et démarrage

3.1.1 L'accord de prêt a été signé le 20 juillet 1998 et il est entré en vigueur le 6 mai 1999. Outre les conditions générales s'appliquant à la période précédant l'entrée en vigueur, l'emprunteur devait remplir une série de conditions avant l'entrée en vigueur du prêt.

Il devait avoir :

- i) apporté la preuve de la mise sur pied d'un Comité directeur du projet, dont les membres devaient comprendre des représentants du ministère des Finances, du ministère de la Santé, du ministère des Travaux publics et du Logement, ainsi qu'un représentant de district, pour chacun des sept districts du projet ;
- ii) apporté la preuve du recrutement d'une équipe de la CGP expérimentée et qualifiée, comprenant un directeur de projet, un spécialiste en soins de santé primaires, un agent des acquisitions et un comptable de projet, dont les qualifications et l'expérience seraient acceptables à la Banque ;
- iii) fourni la preuve, à la satisfaction du Fonds, que des terrains réservés à la construction des installations rurales de santé choisies avaient été acquis conformément aux dispositions légales du Kenya, pour leur utilisation par le ministère de la Santé ;
- iv) fourni un bureau provisoire pour le bon fonctionnement de la CGP, jusqu'à la construction de bureaux permanents (préfabriqués) intégrés au projet ;

- v) apporté la preuve du recrutement d'un spécialiste en gestion de projets, dont les qualifications et l'expérience seraient acceptables pour le Fonds ; et
- vi) soumis pour étude et approbation les documents d'appel d'offres pour les travaux de génie civil nécessaires au projet.

3.1.2 Les deux premières conditions i) et ii) ont été satisfaites en 1999, les conditions iv) et (v) en 2000 et la condition vi) en 1999. L'ouverture du compte spécial et du compte en monnaie locale a été retardée par le fait qu'au cours de la période d'exécution des conditions du prêt, le gouvernement n'était pas favorable au versement direct des fonds sur les comptes des projets. Tous les fonds des bailleurs devaient être versés sur le compte du Trésorier général de la Banque centrale du Kenya.

3.2 Modifications

Le projet n'a pas été modifié pendant son exécution.

3.3 Calendrier d'exécution

3.3.1 Le projet devait être exécuté entre septembre 1998 et décembre 2002. Le tableau 1 ci-après fait la comparaison entre les dates d'exécution au moment de l'évaluation et les dates d'exécution réelle.

Tableau 1
Calendrier d'exécution prévu et réel

Activité	Date cible lors de l'évaluation	Date réelle	Écart
Approbation par le Conseil	Juin 1998	Juillet 1998	1 mois
Signature du prêt	Août 1998	Juillet 1998	-1 mois
Entrée en vigueur du prêt	Novembre 1998	Mai 1999	6 mois
Rapport d'achèvement de l'emprunteur	Octobre 2002	2007	60 mois
Rapport d'achèvement du FAD	Décembre 2002	Septembre/octobre 2008	72 mois
Revue à mi-parcours	Février 2000	Aucune revue à mi-parcours	
Lancement d'appel d'offres pour les travaux de génie civil	Octobre 1998	Août 1999	10 mois
Attribution du marché des travaux de génie civil	Avril 1999	Août 2000/janvier 2001	16/21 mois
Exécution des travaux de génie civil	Avril 1999-mars 2001	Août 2001-juillet 2006	28/64 mois
Équipements (lancement d'appel d'offres)	Avril-juin 1999	Nov. 2002, juillet 2003, juin 2005	41/49/72 mois
Équipements (attribution du marché)	Septembre 1999	Nov. 2003, fév. 2004 mars 2006	50/53/78 mois
Équipements (fourniture/installation)	Oct. 1999-mars 2001	Fév. 2004, mai 2004 Mai 2006	35/37/62 mois
Mobilier (lancement d'appel d'offres)	Avril-juin 1999	Juillet 2003	49 mois
Mobilier (attribution du marché)	Septembre 1999	Février 2004	53 mois
Mobilier (fourniture/installation)	Oct. 1999-mars 2001	Mai 2004	38 mois
Médicaments (Lancement appel d'offres)	Avril-juin 1999	Octobre 2002, juillet 2005	40/73 mois
Fourniture de médicaments (attribution du marché)	Septembre 1999	Novembre 2003, mars 2006	50/78 mois
Médicaments (fourniture)	Oct. 1999-mars 2001	Avril 2004, avril 2006	37/61 mois

3.3.2 À la demande du gouvernement, l'échéance du dernier décaissement a été successivement reportée de la date initiale de juin 2002 à juin 2004, à novembre 2005 et à juin 2006. Une dernière demande de report jusqu'au 31 décembre 2006 a été accordée pour donner plus de temps au gouvernement pour terminer : i) la fourniture et l'installation des équipements et du mobilier médical ; ii) les travaux de génie civil pour les zones Ouest et Est ; iii) la fourniture des médicaments ; et iv) l'achèvement des activités de soins de santé communautaires. L'écart à l'achèvement des activités du projet a donc été de 48 mois.

3.3.3 L'écart dans le calendrier de mise en œuvre a été principalement dû aux retards dans l'exécution des contrats de travaux de génie civil. Les marchés pour les travaux de génie civil pour les zones Est et Ouest ont été attribués en juillet 2000 et janvier 2001 respectivement, pour une durée de 2 ans. Les travaux de génie civil de la zone Ouest ont été suspendus pendant la période de janvier 2003 à mars 2005, en raison de la résiliation du contrat initial et des retards dans la titularisation d'un fournisseur de remplacement. La performance du fournisseur de travaux pour la zone Ouest a été en deçà des prévisions et le marché a finalement été achevé en 5 ans, au lieu des 2 ans prévus.

3.4 Établissement des rapports

3.4.1 Depuis le début de la mise en œuvre, 39 rapports d'activité trimestriels du projet (QPPR) ont été rédigés et transmis régulièrement à la Banque. Les QPPR ont couvert la période de janvier 2000 à décembre 2006. Ces rapports ont suivi la présentation prescrite par la Banque et étaient satisfaisants.

3.4.2 Le projet a été audité à chaque exercice financier et cinq (5) rapports d'audit ont été publiés. Le projet a été audité par le Bureau national d'audit (KENAO), qui a servi d'auditeur externe pour le projet. Selon la constitution kényane, le KENAO est chargé d'auditer tous les projets et ne peut externaliser les services d'audit qu'en cas d'incapacité de sa part à effectuer l'audit lui-même. Il y a eu des retards dans la soumission des rapports d'audit au cours de l'exécution du projet.

3.5 Passation de marchés

Les biens, travaux et services financés par le FAD ont été acquis selon les procédures suivantes :

- i) Appel d'offres international pour les travaux de génie civil et l'équipement des établissements de santé ;
- ii) Appel d'offres national pour le mobilier des établissements de santé ;
- iii) Recherche au niveau international de fournisseurs pour les médicaments et les équipements pour les activités de soins de santé communautaires et la CGP ;
- iv) Identification de fournisseurs locaux pour les activités de soins de santé communautaires et la CGP ;
- v) Choix du spécialiste en gestion de projets et de l'agent d'acquisitions.

3.6 Sources de financement et décaissements

3.6.1 Les gestionnaires du projet étaient supposés ouvrir un compte en devises étrangères à la Banque centrale du Kenya et un compte en monnaie locale dans une banque locale. Le compte local a été ouvert en 2003 dans une banque commerciale locale, cinq ans après le début du projet. En 2004, la Banque n'a pas été en mesure de prouver si la Banque centrale avait fourni les prises en charge nécessaires et les signatures autorisées, en l'absence des dossiers qui avaient été laissés à Abidjan. Les fonds du projet, domiciliés à la Banque centrale du Kenya, ont été transférés sur le compte du ministère de la Santé qui a été gérés sans distinction claire, sur le plan comptable, entre les fonds du projet et ceux du ministère. En conséquence, un réapprovisionnement de 14 millions de shillings kényans (KES) en mars 2002 et un autre en octobre 2003 pour 7 millions de KES ont été bloqués en raison du fait que le projet devait 28 millions de KES au compte du Trésorier général.

3.6.2 Les justificatifs, y compris ceux des districts, étaient mélangés et ne pouvaient pas être retrouvés, car le détenteur des justificatifs du projet après les paiements était le ministère de la Santé. La Banque a donc demandé au gouvernement du Kenya de rembourser 35,5 millions de KES qu'il ne pouvait justifier. En fin de compte, des justificatifs totalisant 21 millions de KES ont été retracés. Le gouvernement a remboursé 14,5 millions de KES sur le compte spécial et la suspension des décaissements a été levée par la Banque. Une mission de la Banque en août 2006 a demandé au gouvernement de présenter les comptes définitifs sur l'utilisation des ressources issues du compte spécial avant de continuer à le réapprovisionner.

3.6.3 Les retraits des comptes des districts ne pouvaient s'effectuer qu'après l'obtention de la permission du ministère de la Santé à engager des dépenses, ce qui pouvait prendre jusqu'à 2 à 3 mois, retardant ainsi la mise en œuvre. Le classement de rapports financiers en provenance des districts était parfois incomplet, conséquence du mélange des fonds et de la difficulté à retrouver les justificatifs au niveau du district.

3.6.4 Les tableaux suivants illustrent le financement prévu et réel, par source et par catégorie.

Tableau 3.1
Financement prévu et réel par source
(en millions d'UC)

	PRÉVU			RÉEL		
	DE	CL	TOTAL	DE	CL	TOTAL
Prêt FAD	7,23	0,77	8,00	5,63	0,60	6,23
Gouvernement	0,00	1,16	1,16	0,00	1,22	1,22
Total	7,23	1,93	9,16	5,63	1,82	7,45

Tableau 3.2
Financement prévu et réel, par catégorie et par source
(en millions d'UC)

Catégorie	PRÉVU			RÉEL		
	FAD	GOUV	Total	FAD	GOUV	Total
A. Services professionnels	0,35		0,35	0,01	0,08	0,09
B. Travaux de génie civil	3,95	0,99	4,94	4,06	1,03	5,09
C. Mobilier	0,14		0,14	0,14		0,14
D. Équipements	0,89		0,89	0,99		0,99
E. Médicaments et fournitures	1,07		1,07	0,76		0,76
F. Formation	0,69		0,69	0,23		0,23
G. Charges opérationnelles	0,73	0,17	0,90		0,11	0,11
H. Assistance technique	0,18		0,18	0,04		0,04
Total	8,00	1,16	9,16	6,23	1,22	7,45

3.6.5 Le montant décaissé sur les ressources de prêts du FAD s'élève à 6 233 114,78 UC (78 %). Le montant restant de 1 766 885,22 UC a été annulé. Le gouvernement a décaissé 1 220 000 UC en fonds de contrepartie, au lieu des 1 160 000 UC lors de l'évaluation à l'origine. Les justificatifs pour les réapprovisionnements du compte spécial s'élevant à 282 026,49 UC n'ont toujours pas été envoyés à la Banque.

3.7 Rapport d'achèvement du projet (RAP) de l'emprunteur

3.7.1 Conformément à l'accord de prêt, l'emprunteur a préparé un rapport d'achèvement du projet (RAP) qui a été présenté à la Banque en 2007. Le rapport est arrivé à la conclusion que l'ensemble des deux composantes du projet avait été mis en œuvre avec succès, à l'exception des activités de CBHC, dont la mise en œuvre a été gênée par le manque de fonds pendant de longues périodes. En général, le rapport RAP de l'emprunteur souffre de lacunes, particulièrement à cause du fait qu'il ne comporte pas de données sur les résultats du projet et que certaines des données n'ont pu être validées par la mission RAP. C'est le cas pour le financement du projet par source et par catégorie de dépenses, qui ne sont pas cohérentes avec les données consolidées des dépenses présentées dans le rapport d'audit pour l'année 2006/2007. Les chiffres fournis par la CGP ont été utilisés pour préparer le présent rapport.

3.7.2 Le RAP de l'emprunteur tire quelques enseignements et formule des recommandations pour les opérations futures. Une question clé soulevée dans ce rapport a trait au fait que l'exécution du projet a dépendu fortement du personnel et des systèmes du gouvernement, et qu'il aurait pu donner de meilleurs résultats si le personnel de la CGP avait été externalisé. D'autres questions soulevées concernent l'interruption des allocations complémentaires et la suspension des décaissements de la Banque, qui ont démoralisé le personnel du projet.

4. PERFORMANCE ET RÉSULTATS DU PROJET

4.1 Évaluation globale

4.1.1 L'objectif global était d'améliorer l'état de santé des communautés ciblées dans sept districts, à l'aide d'une stratégie de soins de santé primaires qui mettrait l'accent sur la participation communautaire et sur l'appui aux initiatives des communautés. Considérée en rétrospective, la conception du projet était adéquate. Cependant, ses résultats ont été mitigés : la performance de la première composante portant sur les installations de santé a été satisfaisante, alors que celle de la seconde composante sur les soins de santé communautaires a été plus modeste. Les résultats du projet sont résumés dans l'encadré ci-dessous :

Encadré Résumé des résultats du projet

La réhabilitation par le projet des sept centres de santé a permis d'élargir l'accès aux services de santé dans les zones ciblées et s'est traduite par des augmentations considérables dans le nombre d'accouchements assurés par des accoucheuses qualifiées et dans l'utilisation des services de consultations externes de l'ordre de 85 % à 168 %. Deux cent six (206) latrines améliorées à fosse autoventilée (LAA) ont été construites et 60 puits de surface et 50 sources d'eau ont été protégés dans le cadre de projets de démonstration, contribuant ainsi à sensibiliser les communautés bénéficiaires à la propreté de l'environnement et à la prévention des maladies.

Des problèmes administratifs et la pénurie de fonds alloués au projet dans les districts qui en a résulté sont la cause de sa très faible performance dans la formation (i) des travailleurs de la santé communautaires (685 formés sur 3 159), (ii) des membres des comités de gestion des installations de santé (57 formés sur 210) et (iii) des membres des comités de gestion de la santé de district (28 formés sur 525). Malgré cela, les rapports de certains des districts ciblés notent que la proportion d'accouchements médicalement assistés et le taux d'utilisation des moustiquaires ont augmenté également et que l'incidence du paludisme a été réduite. Ce sont là des indications que le comportement de santé est peut-être en train de changer dans les districts concernés, en partie grâce au renforcement des capacités et aux activités communautaires réalisées par le projet. On ne peut cependant pas tirer de conclusions fermes quant à cette dernière hypothèse en l'absence de données complètes et fiables de suivi du projet. On peut ajouter que les résultats auraient pu être plus impressionnants si toutes les activités de formation avaient été exécutées.

4.1.2 Les résultats mitigés du projet sont imputables en grande partie à des problèmes de gestion parmi lesquels on compte le taux élevé de remplacement du personnel à la CGP, l'abolition des compléments de salaire, la faiblesse de la surveillance exercée par l'Agence d'exécution du fait des fréquents changements de directeurs de Cabinet et l'irrégularité des réunions du Comité directeur du projet. Le projet a aussi souffert d'une gestion financière inadéquate, qui a tout particulièrement été la cause de la suspension des décaissements de la Banque pendant plus d'une année. Il y a aussi eu des retards considérables par rapport au calendrier de mise en œuvre dus à la fois à ladite inefficacité de la gestion et à la performance des contractants pour les travaux de génie civil.

4.1.3 Les conditions du projet étaient généralement appropriées et elles ont toutes été satisfaites. Le processus a toutefois été long et il explique en partie les retards de la mise en œuvre du projet. Deux des cinq engagements se sont révélés problématiques, ainsi qu'il est indiqué au paragraphe 4.7.2.

4.2 Résultats opérationnels

Produits du projet

4.2.1 Le projet a donné des produits décisifs. Les sept centres de santé ont été construits et sont opérationnels, quoique les centres de santé de Lolgorian et de Ngano ne soient toujours pas connectés au réseau de distribution d'électricité et que le personnel des centres de santé soit souvent inadéquat. Des projets de démonstration comprenant des activités de construction de latrines LAA (206 unités construites), de protection de puits de surface (sur 60 sites) et de protection de sources d'eau et d'autres sources d'alimentation en eau (sur 50 sites) ont été réalisés dans des lieux publics tels que des marchés et des écoles et ont été

reproduits par la suite dans la communauté. Dans le district de Nyandura par exemple, 14 latrines LAA ont été construites et 6 sources d'eau protégées. Les agents de santé des villages ont reçu des bicyclettes leur permettant de suivre l'état de santé des 20 ménages confiés à chacun d'entre eux dans le cadre de la stratégie communautaire du gouvernement. Des activités de sensibilisation à la gestion du paludisme ont été entreprises dans les communautés afin d'enseigner aux habitants les méthodes de détection des premiers signes de la maladie et les porter à se faire soigner dès l'apparition des premiers symptômes. Le projet a également approvisionné les installations de santé en médicaments contre le paludisme et d'autres médicaments de départ évalués à 0,76 million d'UC ; mais davantage de médicaments auraient pu avoir été achetés avec les fonds qui lui ont été alloués (1,07 million d'UC). La mise en œuvre du projet n'a toutefois pas satisfait aux attentes pour ce qui concerne les activités de formation.

4.2.2 La qualité de la construction a été généralement acceptable, à part quelques défauts qui ont occasionné des fuites dans les toits et le mauvais drainage des cours de certains centres de santé. L'infestation de termites a détruit le comptoir d'accueil des services de consultations externes au centre de santé de Kibunga, ainsi que les plafonds et les plinthes au bas des murs de certains centres de santé. Les résidences réservées au personnel du centre de santé de Kibunga par exemple n'ont pas été occupées et se détériorent. À Ngong et dans presque tous les centres de santé, les sols en terrazzo sont tachés et la finition est rugueuse. A Ziwa Zirikwa, la peinture des feuilles de tôle de la toiture a commencé à s'écailler, et dans la plupart des installations de petites fuites dans les toits détruisent les plafonds. Dans certains centres de santé, les incinérateurs ont des fissures et ne fonctionnent pas, créant ainsi un risque pour la santé. Les cours des centres sont mal drainés et les forages de deux installations ne fonctionnent pas.

4.2.3 À part les CSV, dont 75 des 84 visés ont reçu une formation, l'exécution du projet au niveau de la formation a été médiocre. C'est le cas des TSC (685 formés sur 3 159) et des membres des comités de gestion des installations de santé (57 sur 210). L'exécution a aussi été très médiocre au niveau de la formation en gestion des services de santé qui avait été planifiée pour les membres du DHMT, seuls 28 des 525 membres du personnel visés ayant été formés. Cette dernière situation est particulièrement inquiétante, car la demande de formation en gestion des DHMT est forte, comme l'ont fait ressortir les entrevues conduites par la mission RAP. En outre, les visites d'échange entre les districts n'ont pas eu lieu comme prévu. Cette faible performance a diminué les résultats du projet, bien qu'il soit difficile d'en mesurer les conséquences exactes en l'absence d'un système de suivi de projet adéquat. L'exécution limitée a été causée en particulier par une mauvaise gestion financière et par la pénurie de fonds au niveau du district pour le financement des activités de formation qui en a résulté, mais il faut toutefois noter que l'objectif de formation des TSC était très ambitieux et que la capacité de la CGP et des pouvoirs publics du secteur de la santé de district à assurer cette formation a peut-être été surestimée. À cet égard, il aurait probablement été approprié de passer un contrat de sous-traitance avec des institutions spécialisées pour les activités de formation importantes.

Résultats du projet

4.2.4 Il existe des indications probantes à l'effet que le progrès en termes d'accès aux services de santé dans les zones ciblées est la conséquence directe des réalisations du projet. Dans le district de Kirinyaga par exemple, le taux d'accouchements médicalement assistés est

actuellement de 57 %*, contre environ 40 % à l'évaluation du projet. C'est un résultat appréciable, même s'il se situe au-dessous de l'objectif de 70 % fixé lors de l'évaluation, qui pourrait avoir été trop ambitieux. Les centres de santé construits par le projet dans les sept districts et les stratégies communautaires ont contribué à ce résultat en améliorant la qualité des services d'accouchement et en encourageant l'utilisation à travers un réseau de TSC.

4.2.5 Il en est de même pour l'utilisation des services généraux de consultations externes, qui a considérablement augmenté dans les centres de santé réhabilités ou améliorés par le projet. Dans le district de Trans Mara, par exemple, le nombre de consultations externes au centre de santé de Lolgorian pour une population ciblée de 15 172 habitants est passé de 9 857 à 23 415 par an entre 2005 et 2008 (une augmentation de 138 %). Aux centres de santé de Ngano et de Kianyaga également, l'utilisation a augmenté de 85 % et de 168 % respectivement. Le nouveau centre de santé construit par le projet dans le district de Tharaka (CS de Kabung'a) a enregistré, par contre, une utilisation beaucoup moins importante, que le DHMT explique par le fait qu'une seule infirmière y était initialement affectée, ce qui a entraîné des retards dans la prise en charge des patients, les a découragés et poussés à chercher d'autres options de soins de santé.

4.2.6 Les informations obtenues des DHMT poussent à penser que l'utilisation des moustiquaires a augmenté et que l'incidence du paludisme a décliné, mais les données disponibles ne permettent pas de les mesurer objectivement.

4.2.7 Les résultats décrits ci-dessus sont encourageants, quoique des efforts supplémentaires doivent être faits dans les districts concernés pour que les résultats en termes de santé atteignent les niveaux désirés. Le projet RPH III, qui est en train de permettre la réhabilitation des installations et le réaménagement des dispensaires en centres de santé dans les mêmes districts est bien placé pour le faire. Il faudra cependant accorder beaucoup d'attention à la mise en œuvre des activités communautaires, qui ont été la principale faiblesse du projet RHP II. Cette leçon a été apprise et elle est mise en application par l'emprunteur et la Banque dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale de santé communautaire que le gouvernement déploie actuellement.

4.2.8 Les sept centres de santé que le projet a construits, équipés et approvisionnés en médicaments de départ ont maintenant été aménagés en hôpitaux de sous-district et pourraient bientôt passer au niveau supérieur d'hôpitaux de district. La perception de certains membres des communautés est que les hôpitaux de district, vieux et sous-équipés, devraient avoir le statut de centres de santé et que les nouveaux centres de santé devraient devenir de préférence des hôpitaux de district. Pour permettre à ces installations de fonctionner de manière optimale, les pouvoirs publics devraient réhabiliter ces hôpitaux selon les normes et les standards du ministère de la Santé afin qu'ils soient pourvus de salles d'opération, d'unités de radiographie, de stocks adéquats de médicaments et de morgues. Ils devraient également résoudre le grave problème de recrutement du personnel et aborder, de plus, les questions qui en découlent et qui entravent le fonctionnement optimal des installations financées par le projet.

* Source : Plan de santé du district de Kirinyaga pour 2008-2009.

4.3 Performance institutionnelle

4.3.1 Le projet a été conçu pour renforcer la capacité des districts à mettre en place des soins de santé communautaires. Ce résultat devait être obtenu à travers des activités de développement des capacités au niveau des districts, comprenant notamment la mobilisation et la participation communautaires. Le Comité de développement de district composé des dirigeants de divers ministères et d'institutions parastatales de district en est l'instance décisionnelle suprême ; il statue sur toutes les questions concernant le district, y compris celles relatives à la santé. Il existe également des comités de santé de villages et des travailleurs de la santé communautaires qui facilitent l'interaction entre la communauté et le système de santé. L'équipe de gestion de la santé de district (DHMT), composée des chefs d'unités de district au sein du ministère de la Santé, assiste le Comité directeur du centre de santé (HCMC) en assurant la disponibilité d'un appui logistique pour la bonne marche des centres et elle statue sur les questions de discipline, de déploiement et de redéploiement du personnel de l'installation de santé.

4.3.2 Il existe également le Forum des parties prenantes de la santé de district, qui est composé de tous les acteurs actifs dans ce domaine au niveau du district. Le forum contribue aussi à la formulation du programme et à la définition des priorités du secteur de la santé. Le forum des parties prenantes du district de Nyandura, par exemple, a promis d'intervenir pour aider le centre de santé de Ngano à résoudre ses problèmes de forage et à trouver les 51 000 KES nécessaires à l'achat d'un compteur pour son alimentation en électricité. Cependant, les avantages du projet pour les entités locales ont été réduits par la mauvaise performance du projet dans l'exécution des activités de formation (section 4.2.3).

4.4 Efficacité en matière de gestion et organisationnelle

4.4.1 L'un des secrétaires généraux a créé, sur financement du PNUD, une cellule ministérielle de gestion, de suivi et d'évaluation des projets et des programmes financés par les bailleurs de fonds pour tenter d'en garantir la supervision adéquate, mais cette initiative n'a pas eu de suite.

4.4.2 Le Comité directeur du projet (CDP) n'a pas régulièrement tenu de réunions, en partie à cause de la question du cadre institutionnel du projet mentionné ci-dessus. Ceci a entraîné un manque de supervision et de suivi du projet et a diminué la participation des districts bénéficiaires, dont les représentants étaient membres du CDP. La coordination entre le CDP et les équipes de gestion de la santé de district était, en outre, inadéquate.

4.4.3 Le système de distribution des médicaments doit être amélioré. Les médicaments sont actuellement expédiés aux établissements de santé tous les trimestres à travers un système « à flux poussé », sous forme de trousseaux dont les quantités ne correspondent pas au niveau réel d'utilisation et à la charge de maladie des installations respectives. Certaines installations sont en rupture de stock après six semaines alors que d'autres ont un surplus. Les DHMT font face à ce problème en redistribuant les surplus aux installations se trouvant en rupture de stocks au moyen de ce qu'ils appellent un système de mise en commun (dit de « pool »). Une étape supplémentaire dans la rationalisation de la distribution des médicaments serait de passer à un système « à flux tiré » intégral, dans lequel les installations planifieraient leurs besoins en médicaments et commanderaient les quantités appropriées de la KEMSA en conséquence. C'est l'un des objectifs du Premier plan à moyen terme (2008-2012) du programme « Vision 2030 » du gouvernement, et un groupe de travail a été organisé pour examiner les opérations de la KEMSA, y compris la mise en œuvre du système « à flux poussé ».

4.4.4 Le financement de la santé reste toujours un problème au Kenya, à la fois à cause du niveau de financement inadéquat malgré l'effort budgétaire des pouvoirs publics (10,9 USD par habitant en 2006/2007 alors que l'OMS en recommandait 34, mais sur une tendance à la hausse par rapport à 6,4 USD en 2003/2004), ainsi qu'à cause d'une allocation inadéquate des ressources. Les dépenses de santé en zones urbaines représentent 70 % des dépenses publiques en matière de santé, mais 20 % seulement des Kényans vivent en zones urbaines. Le gouvernement a l'intention de rendre plus équitable la distribution des ressources en introduisant un système pour canaliser les fonds directement vers les installations de santé et pour augmenter les ressources allouées aux zones mal desservies à travers le Fonds de soutien au secteur de la santé. Il a également l'intention de déléguer aux conseils d'administration des installations de santé la gestion des ressources. Le projet a contribué à cet objectif en fournissant une formation aux membres des comités de gestion des installations de santé, bien qu'en deçà du niveau souhaité, puisque seulement 25 % des comités ciblés ont reçu cette formation.

4.5 Recrutement, formation et perfectionnement du personnel

4.5.1 La CGP a recruté du personnel détaché du ministère de la Santé pour la durée du projet. Elle a en outre utilisé des membres du personnel de l'agence d'exécution, du ministère de la Santé et du ministère des Travaux publics et du Logement. Un spécialiste de gestion de projets a formé pendant 13 mois le personnel initial de la CGP qui comprenait le directeur de projet, le spécialiste CBHC, le comptable de projet et le chargé de la passation des marchés. La Banque a aussi fourni une formation en passation des marchés.

4.5.2 Une distribution inadéquate et inéquitable des ressources humaines entrave la fourniture de soins de santé au Kenya comme dans d'autres pays africains. Dans le cadre de projets financés par des bailleurs de fonds, tel celui du Fonds global, des initiatives récentes ont été prises pour recruter des travailleurs de la santé sous contrat qui seront ultérieurement absorbés par phases par la Commission du service public, qui a récemment titularisé 600 nouvelles infirmières. Danida a aussi apporté son appui à l'embauche sous contrat d'environ 200 travailleurs de la santé. Cependant, aucune initiative de ce genre n'a été explorée pour les centres de santé financés à travers le projet, dans lesquels la structure du personnel est généralement inadéquate, particulièrement à cause du fait que ces centres ont été relevés au statut d'hôpitaux de sous-district. Les centres de santé des zones semi-urbaines reçoivent environ 80 à 100 patients par jour, ce qui rend difficile la tâche des quelques membres du personnel qui y travaillent. Il faut recruter du personnel pour les installations nouvellement construites conformément aux normes et standards du ministère de la Santé (MOH). Il n'y a pas non plus de techniciens spécialistes de la santé bucco-dentaire dans les centres de santé. Le Centre de soins compétents (CCC) qui vise à fournir de l'assistance psychologique et à aider au dépistage du VIH/sida ne peut pas fonctionner convenablement à cause du manque de personnel. Il a été noté qu'au centre de santé de Kibunga par exemple, l'installation n'avait pas pu devenir opérationnelle pendant un an après son achèvement faute de personnel.

4.5.3 Comme mentionné au paragraphe 4.2.3, la mise en œuvre des activités de formation du projet n'a pas répondu aux attentes, particulièrement par rapport aux membres du DHMT. Cette question est exacerbée par le fait que la majorité des membres du DHMT qui ont reçu une formation ont été transférés et n'ont, par conséquent, pas pu transmettre leurs connaissances aux cadres subalternes du système de santé et aux communautés.

4.5.4 Conformément à la récente politique gouvernementale qui ne préconise pas l'utilisation des accoucheuses traditionnelles, aucune des 3 150 accoucheuses ciblées n'a reçu de formation.

4.6 Performance des consultants, des entrepreneurs, des fournisseurs et de l'emprunteur

Les consultants

4.6.1 Le projet prévoyait l'octroi de deux contrats de prestation de conseil pour le renforcement des activités de passation des marchés, l'un à un consultant individuel et l'autre à un cabinet-conseil. Alors que le consultant individuel a exécuté son contrat efficacement, le cabinet-conseil engagé par contrat pour aider à l'approvisionnement de médicaments anti-paludisme et d'équipement médical ne s'est pas acquitté de manière satisfaisante de sa tâche d'encadrement de l'agence d'exécution et de formation du personnel de la CGP. Sa performance est classée comme insatisfaisante. Un spécialiste de gestion de projet a assuré pendant 13 mois la formation du personnel initial de la CGP dans cette discipline. Cependant, le projet n'a bénéficié que marginalement de cette formation, du fait du renouvellement important du personnel de la CGP. La performance générale des consultants est classée comme passable.

Les contractants

4.6.2 Des contrats pour une période de deux ans ont été octroyés pour les zones Est et Ouest en juillet 2000 et en janvier 2001 respectivement, mais les travaux n'ont finalement été achevés qu'après un retard de quatre ans. Des problèmes relatifs au choix de sites ont retardé d'environ 6 mois le démarrage des travaux de construction sur deux chantiers. Les contractants ont eu aussi à faire face à des problèmes de retard de paiements et se sont engagés dans un litige à propos de la formule de compensation des articles hors JBC du contrat qui s'est finalement terminé par un arbitrage. Le contrat pour la zone Est a été octroyé une nouvelle fois deux ans après la résiliation du contrat d'entreprise du premier contractant. La qualité de la construction était satisfaisante, sauf pour les feuilles de tôle de la toiture qui sont en train de se détériorer. Cependant, les retards ont causé de sérieuses inefficacités, entraînant des coûts finaux de construction des centres de santé de la zone Est de près du double du coût à l'évaluation.

4.6.3 Pour résoudre les questions relatives à la formule de compensation du contrat, les deux contractants ont eu recours à une procédure d'adjudication et à un arbitrage respectivement. Dans sa décision rendue le 27 mai 2003 après un mois de délibérations, l'adjudicataire du contrat de la zone Ouest a ordonné que le contractant soit payé pour les intérêts dus sur les paiements en retard d'articles qui ne provenaient pas du Conseil conjoint des constructeurs (hors JBC) (tels les travaux de plomberie et d'électricité, etc.) sur la base de la formule de fluctuation corrigée, sans que cela ne donne lieu à une prorogation du calendrier. Il a ordonné également que la formule défectueuse soit rayée de tous les contrats du gouvernement et que le contractant de la zone Est à qui on avait payé 20,9 millions de KES sur la base de la formule de compensation et qui n'aurait dû recevoir que 1,3 millions de KES sur la base de la formule corrigée devrait par conséquent rembourser 19,6 millions de KES. L'arbitre des travaux de génie civil de la zone Ouest, après 51 mois de délibérations, a décidé par contre que la formule de compensation pour les articles hors JBC était acceptable et a dédommagé le contractant sur la base de la valeur des articles hors JBC, soit 38 millions

de KES, intérêts compris (pour les 51 mois de retard pour arriver à une décision). L'opinion de l'arbitre était que la résiliation du contrat d'entreprise par le contractant en novembre 2002 était légale. Globalement, la performance des contractants peut être classée comme passable.

Les fournisseurs

4.6.4 Les articles mis à disposition par les fournisseurs comprenaient le mobilier, les ordinateurs et l'équipement de bureau et les véhicules et motocyclettes destinés aux districts concernés par le projet. Les fournisseurs ont été confrontés à un certain nombre de problèmes durant la mise en œuvre du projet. Pendant neuf mois, par exemple, la Banque n'a pas pu confirmer une lettre de crédit pour l'importation de l'équipement, retardant ainsi le commencement de l'expédition des marchandises par le fournisseur. L'équipement a finalement été acheté en utilisant la méthode de paiement direct. Les fournisseurs ont également eu à faire face à des problèmes d'entreposage après le dédouanement des marchandises du port à cause du retard dans l'achèvement des travaux de construction. La performance des fournisseurs peut par conséquent être classée comme satisfaisante.

L'emprunteur

4.6.5 Le projet a été mis en œuvre par la CGP établie à cette fin et le personnel a été constitué de fonctionnaires détachés de leur poste. Ceci a soulevé un certain nombre de problèmes, dont il est fait état à la Section 7.2 de ce rapport, et en considération desquels les rendements du projet enregistrés en fin de parcours sont louables.

4.6.6 Une équipe technique de l'ancien ministère des Travaux publics et du Logement (MOPWH) a effectué une étude des sept sites et a élaboré les plans d'architecture et d'ingénierie pour la construction des centres de santé. L'équipe a également fourni des services complets après son contrat qui comprenaient la supervision, la préparation des certificats et les derniers comptes rendus sur les zones Est et Ouest. Il arrivait parfois que les certificats destinés aux contractants ne soient pas préparés à temps. L'équipe a accompli sa tâche malgré la suspension des indemnités des fonctionnaires par les pouvoirs publics.

4.6.7 Sur une note moins positive, l'audit du projet qui relève de la responsabilité du KENAO a été problématique. Cela a été particulièrement le cas pour le rapport d'audit de la dernière année du projet, qui n'a pas été en mesure de présenter une image équilibrée des découvertes de l'audit parce que ceux qui l'ont préparé n'ont pas utilisé les explications fournies par l'agence d'exécution. Ceci soulève la question de la qualité de l'audit, qui est supposée s'améliorer avec l'appui de l'actuel projet visant au renforcement des capacités financé par la Banque et qui s'adresse en particulier au KENAO, mais qui réclame aussi une mesure intérimaire pour le recrutement d'auditeurs privés pour la vérification des comptes du projet. Cette option est activement préconisée par le Bureau extérieur de la Banque au Kenya. Cependant, les discussions n'ont pas été concluantes jusqu'ici à cause de la nature constitutionnelle du mandat du KENAO.

4.6.8 Il s'est produit un manque de coordination entre le calendrier de livraison des équipements et l'achèvement des travaux de génie civil. Ce problème a été exacerbé par l'achèvement tardif des travaux. À cause de ces retards, l'équipement et le mobilier des centres de santé ont été livrés plus tôt que prévu, ce qui a posé un risque de détérioration.

4.6.9 Il faut signaler des cas d'inefficacité dans l'utilisation des ressources, telle que l'escalade des coûts dus aux retards dans l'exécution des travaux de génie civil dont il a déjà été fait état. Dans un autre cas, l'inefficacité est directement imputable au projet qui n'avait pas réussi à dédouaner les équipements de cuisine au port de Mombasa et qui a dû payer des surestaries pendant plus de deux ans.

4.6.10 Enfin, l'emprunteur n'a pas encore fourni au bureau de décaissement de la Banque les justifications relatives aux 282 000 UC.

4.7 Conditions et engagements

4.7.1 Le projet était assorti de cinq engagements ou « autres conditions » :

L'emprunteur devait :

- i) soumettre un programme détaillé de formation dans les Plans de travail annuels de district pour la composante soins de santé communautaires ;
- ii) achever dans les 6 mois qui suivront l'entrée en vigueur du prêt la construction et l'aménagement d'un bureau (préfabriqué) pour la CGP ;
- iii) fournir dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du prêt la preuve du recrutement d'un bureau d'auditeurs de projet, dont les qualifications et l'expérience devaient être conformes aux exigences de la Banque ;
- iv) retenir dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du prêt les services d'une entreprise de passation des marchés de bonne réputation dont les qualifications et l'expérience sont conformes aux exigences du Fonds, pour qu'elle révise le processus de passation des marchés du projet et fournisse une formation au personnel de la CGP ; et
- v) fournir un mois avant l'achèvement des travaux de chaque établissement de santé la preuve qu'un nombre adéquat de travailleurs de la santé formés avait été affecté à chacune de ces structures.

4.7.2 Les engagements i), ii) et iv) ont été remplis, bien que le dernier n'ait pas atteint le but visé de former le personnel de la CGP. Toutefois, les engagements iii) et v) n'ont pas été remplis. En rétrospective, on pourrait dire que l'engagement iii), relatif au recrutement d'un bureau d'auditeurs de projet, aurait pu avoir été formulé différemment puisque la Constitution du Kenya exige que les comptes publics soient vérifiés par l'Auditeur général. L'engagement v) n'a pas été rempli, mais il aurait pu créer l'espace nécessaire à un dialogue entre le gouvernement et la Banque sur le compte du recrutement de travailleurs de la santé sous contrat et leur intégration ultérieure par le gouvernement, comme c'est le cas dans des projets financés par d'autres bailleurs de fonds, et notamment le Fonds global.

5. IMPACT SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

5.1 Impact social

5.1.1 L'introduction de la stratégie nationale de santé de la communauté, par laquelle un TSC est responsable de 20 ménages, a créé une communauté étroitement liée et a préparé le terrain pour une réaction rapide en cas d'épidémie. Il existe également des indications montrant que les communautés sont plus étroitement liées à leur établissement de santé et que les relations entre les gestionnaires des installations et leurs clients ont été raffermies. Selon son importance, la réduction de l'incidence de la malaria rapportée par les DHMT pourrait avoir relevé la productivité de la population, permettant aux communautés ciblées de consacrer plus de temps à leurs activités rémunératrices. Des liens plus étroits ont également été tissés entre les communautés et les travailleurs de la santé. Toutefois, en l'absence de données de suivi suffisantes, ces résultats ne peuvent être quantifiés et doivent être examinés avec précaution. De plus, l'impact social du projet aurait été plus important si la totalité des activités de formation prévues avaient été menées.

5.1.2 Le reclassement des centres de santé en hôpitaux de sous-districts apportera certains avantages, comme l'augmentation du financement de l'État, du personnel, des équipements et des infrastructures, ainsi qu'une amélioration de la qualité des services aux communautés. La participation des communautés à l'exécution de projets a été renforcée à travers leur contribution à la construction de latrines à fosses ventilées. Par exemple, la Banque a fourni les aérations et matériaux pour la construction des dalles, et les communautés ont apporté leur contribution sous forme de construction des toitures et des murs. Cinquante quatre (54) apprentis tailleurs et artisans, formés par le projet, ont acquis les compétences nécessaires leur permettant de créer de petites entreprises, d'employer des jeunes et aussi de gagner leur vie.

5.1.3 Les 259 latrines améliorées à fosse autoventilée (LAA) de démonstration construites dans des lieux publics tels que des écoles, les marchés et les centres de santé ont servi de forum pour transmettre un savoir-faire aux artisans locaux sur les méthodes de construction et l'hygiène du milieu. En utilisant le savoir-faire acquis, les communautés ont construit davantage de latrines LAA. La protection des ressources en eau, comme les sources et les puits de surface, par la construction de murets pour éviter leur contamination par les animaux ou d'autres éléments, a permis d'accéder à l'eau potable, protégeant ainsi la population de la diarrhée ou d'autres maladies d'origine hydrique. Bien que ces résultats soient louables, l'absence de cibles rend l'efficacité réelle du projet difficile à mesurer.

5.2 Impact sur les femmes

5.2.1 Le projet a eu un impact positif pour l'accès des femmes aux services de santé et de prévention, en rendant les centres de santé plus attractifs et en encourageant les femmes à se rendre dans les cliniques, particulièrement celles offrant des services des soins prénatals et de planification familiale. Par exemple, dans la circonscription de Lolgorian, le nombre de femmes se rendant dans des cliniques pendant la période de leur grossesse et se présentant au centre de santé pour leur accouchement a augmenté de 50 %. On retrouve des indications semblables dans le district de Kirinyaga, où la proportion d'accouchements assistés a augmenté (voir le paragraphe 4.2.4). Malheureusement, dans la plupart des districts, les données sur les résultats de ce projet ne sont pas fiables, et l'absence de données dégroupées sur la mortalité maternelle ne permet pas de mesurer l'impact résultant de ce projet.

5.2.2 Le projet a également contribué – bien que dans une moindre mesure que voulu en raison des résultats très incomplets obtenus dans les activités de formation du projet – à rehausser le statut social des femmes, qui constituent la majorité des membres des comités de santé villageoise (CSV), ainsi que celui des travailleurs de santé communautaire (TSC) formés par le projet. Les femmes ont également pris une part active aux activités de construction et de protection des sources d'eau dans le cadre du projet. On peut toutefois déplorer le fait que le programme de développement de la production de moustiquaires par les femmes dans le but de générer des revenus ne se soit pas matérialisé ; en effet, au stade de l'évaluation, on espérait que cette activité permettrait d'intégrer les femmes dans le processus de développement et leur faire acquérir des compétences pouvant constituer des sources de revenus. Là encore, il est regrettable que l'insuffisance du système de suivi du projet empêche une analyse plus approfondie.

5.3 Impact environnemental

5.3.1 Le projet a été classé en catégorie II, avec un minimum d'effets négatifs sur l'environnement. Les centres de santé construits par le projet sont des bâtiments à un seul étage, avec un faible impact sur l'environnement. Toutefois, alors que ces centres de santé ne produisent pas de grandes quantités de déchets hospitaliers et que les visites de sites ont révélé que des procédures sûres d'élimination des déchets sont suivies dans les centres de santé, les incinérateurs construits dans le cadre du projet ne fonctionnent pas, en raison des défauts de conception dont il est fait mention plus haut dans le présent rapport. Certains centres de santé ont commencé à enfouir leurs déchets, mais ceci n'est pas une solution durable. La nécessité de réparer ces incinérateurs ou de les remplacer est urgente.

5.3.2. Des puits ont été installés dans tous les centres de santé dans le but d'assurer un approvisionnement régulier en eau pure. Toutefois, certains d'entre eux ne fonctionnent pas, car ils se sont probablement asséchés ou effondrés. Dans le cadre du projet, des latrines de démonstration ont été construites, et elles ont donc contribué à la promotion de la propreté de l'environnement grâce à la construction de latrines à fosses ventilées, qui ont amélioré le cadre de vie des communautés bénéficiaires et ont réduit les risques pour la santé.

6. DURABILITÉ DU PROJET

6.1 Bien que les budgets des districts de santé soient faibles, le système de paiement de frais par les utilisateurs mis en place dans les centres de santé gouvernementaux joue un rôle crucial dans l'aide aux opérations des établissements de santé. La plupart des patients qui reçoivent un traitement dans les centres de santé paient entre 20 et 100 KES pour la consultation et les médicaments, selon l'endroit et les services proposés dans l'établissement. De nombreuses catégories de patients, y compris les plus pauvres, les enfants de moins de cinq ans, les malades de la malaria, de la tuberculose et du VIH/sida sont exonérés des frais. Actuellement, les centres de santé dans les régions à faible population et ceux ne pouvant pas fonctionner à pleine capacité en raison d'un manque de personnel qualifié, d'eau et d'électricité sont capables de générer entre 15 000 shillings kényans (130 UC) et 24 000 KES (212 UC) par mois grâce aux frais payés par ceux bénéficiant de soins. Toutefois, les centres de santé complètement opérationnels dégagent davantage de revenus, ceux-ci pouvant atteindre 170 000 KES (1 500 UC) par mois. Les revenus générés sont utilisés pour payer les salaires du personnel occasionnel, acheter le carburant pour l'ambulance et le groupe électrogène, nourrir les patients hospitalisés, contribuer aux frais des réunions du Comité

directeur, acheter des fournitures de bureau et effectuer de petites réparations. On peut regretter cependant que seule une proportion marginale de ces revenus soit allouée aux Fonds d'amélioration des installations, qui est censé soutenir l'effort de développement des hôpitaux. Ceci montre qu'il existe un besoin de renforcer la capacité des équipes de gestion des installations de santé pour gérer les revenus générés par les frais réglés par les utilisateurs de services de santé.

6.2 Six des sept centres de santé ont été désormais reclassés administrativement en hôpitaux de sous-district, et certains d'entre eux deviendront bientôt des hôpitaux de district. Sous réserve de la mise en opération complète de ces hôpitaux conformément aux normes et aux règles des pouvoirs publics, ce reclassement donnera accès à de nouveaux instruments de financement. À partir de janvier 2009, les hôpitaux des sous-districts bénéficieront des fonds de soutien au secteur de la santé (HSSF), qui permettront de régler les factures d'eau et d'électricité et de financer les charges opérationnelles et les coûts de maintenance. A l'hôpital du sous-district de Ziwa Sirikwa, la création d'un théâtre a été proposée et partiellement terminée grâce à un financement du Fonds de développement de la circonscription (CDF) ; toutefois, le projet a été abandonné par manque de fonds. Les revenus des centres de santé qui ont été convertis en hôpitaux de sous-district sont complétés par des allocations de fonds publics auxquels le système d'autorisation d'engager des dépenses (AIE) donne accès. L'AIE pour un hôpital de sous-district s'élève en moyenne à 227 000 KES par trimestre. Outre les CDF, les centres de santé ont la possibilité de bénéficier du Fonds de transfert des pouvoirs publics locaux (LATF) administrés par les conseils locaux.

6.3 Toutefois, les mauvaises performances de la composante soins de santé communautaires du projet, conçu pour sensibiliser et engager davantage les communautés à l'égard de la propreté de l'environnement et de la prévention des maladies, a fait perdre des occasions de renforcer le sentiment de prise en main par la communauté et la durabilité institutionnelle qui s'y rattache. De plus, l'impulsion s'est affaiblie en raison de la perte de motivation des TSC, qui sont bénévoles et ne perçoivent aucune forme de rémunération. Les districts n'ont pas maintenu le financement par le projet des coûts de transports encourus par les TSC participant aux réunions de sensibilisation des communautés. La confection de moustiquaires, une des activités prévues par le projet, n'a pu être maintenue parce que ces moustiquaires se sont révélées être d'un coût plus élevé que celles disponibles sur le marché.

7. PERFORMANCE DE LA BANQUE ET DE L'EMPRUNTEUR

7.1 Objectifs et justification du projet

7.1.1 Comme mentionné dans le rapport d'évaluation, le but premier du projet était d'améliorer l'état de santé de tous les Kényans à travers une restructuration délibérée du secteur de la santé, afin de rendre tous les services de santé plus efficaces, accessibles et abordables. L'objectif spécifique était d'améliorer l'état de santé des communautés ciblées dans sept districts, grâce à une stratégie de dispense de soins de santé primaires axée sur la participation des communautés et l'appui aux initiatives communautaires, dans le cadre de la Politique de santé (1994) et du huitième Plan de développement national (1997-2001) du Kenya. Le projet concordait avec le document de politique du secteur de la santé de la Banque, dans lequel l'accent avait été mis sur le développement des soins de santé communautaires primaires et la stratégie d'aide au Kenya, visant la réduction de la pauvreté.

7.1.2 L'approche du projet était également en accord avec les derniers développements stratégiques dans le secteur de la santé du Kenya et avec l'emphase sur le travail communautaire ; elle est poursuivie au travers du RHP III.

7.2 Mise en œuvre du projet et résultats opérationnels

7.2.1 Les retards dans la mise en œuvre du projet, en particulier en raison de la suspension des décaissements de la Banque et de la détérioration des matériaux de construction qui en a résulté, ont abouti à une inefficacité, avec un doublement des coûts de construction des centres de santé dans la zone Est. Cette situation démontre l'importance d'une bonne gestion financière du projet, ce qui aurait permis d'éviter cette suspension.

7.2.2 Les faiblesses de la gestion financière du projet et la suspension qui en a résulté dans le cadre du RHP II ont été dues dans une grande mesure au niveau élevé de renouvellement du personnel et aux périodes durant lesquelles aucun personnel de comptabilité n'était disponible à la CGP. La suspension qui en a résulté n'a pas seulement affecté la mise en œuvre du RHP II, mais elle a aussi créé une image négative dont le RHP III a hérité par la suite.

7.2.3 Le renouvellement répété du personnel a constitué une faiblesse continue de la Cellule de gestion du projet (CGP). Le personnel de la CGP avait été détaché du ministère de la Santé, et était donc sujet aux mouvements habituels de personnel du service civil. Le projet a connu quatre directeurs de projet successifs, quatre comptables et quatre spécialistes communautaires, ce qui a sérieusement affecté la continuité des opérations du projet. La performance de la Cellule de gestion a également souffert de l'abrogation des allocations complémentaires de salaires par le gouvernement en 2000 et de la suspension des décaissements de la Banque, ce qui a eu un impact négatif sur le moral et l'engagement des membres du personnel envers le projet et qui explique également en partie le renouvellement fréquent du personnel. En raison de ce renouvellement de personnel, l'investissement dans le développement des capacités initié au début de la mise en œuvre du projet avec le recrutement d'un spécialiste de gestion de projet pendant une période d'un an n'a pas réussi à atteindre ses objectifs.

7.2.4 Des failles importantes sont apparues dans la mise en œuvre du projet, en partie liées aux difficultés mentionnées ci-dessus. En particulier, il y a eu un manque de consultation et de communication entre les représentants du projet et ceux des districts bénéficiaires au cours de l'exécution du projet, ce qui a mené dans certains cas à l'inadéquation entre l'appui du projet et les besoins réels des bénéficiaires. A cet égard, tout en exprimant une satisfaction générale par rapport aux besoins matériels apportés par le projet, certains membres du personnel des centres de santé et des équipes de gestion de la santé des districts (DHMT) ont également rapporté qu'ils avaient regretté de n'avoir pas pu apporter leur contribution à la conception des centres de santé, tâche qui était revenue au ministère des Travaux publics et du Logement (MOPWH). Plus généralement, les liens entre la CGP et les DHMT étaient insuffisants, ce qui a abouti à des activités pas toujours menées collectivement et aussi pas considérées comme prioritaires par les DHMT. Dans le district de Kajiado par exemple, l'incidence du glaucome a atteint le niveau élevé d'environ 30 %, alors que le glaucome ne figurait pas sur la liste des maladies ciblées.

7.2.5 Une autre faiblesse du projet a été l'absence de système de suivi et d'évaluation (S&E) adéquat. Les études de référence pour les activités relatives aux soins de santé communautaires, menées par les districts et supposées produire des références pour l'évaluation d'activités ultérieures du projet, ont manqué de l'expertise nécessaire et n'ont donc pas été en mesure de produire des résultats fiables. La possibilité de recruter l'expertise nécessaire aurait dû être explorée. L'absence d'un système de suivi et d'évaluation approprié a compromis la gestion du projet et a abouti à un manque de documentation et d'analyse sur ses activités, dont l'existence aurait permis d'assurer une succession efficace et d'atténuer l'effet de renouvellement du personnel de la CGP ; il aurait également pu aider à la prise de décisions pour le projet suivant.

7.2.6 Durant l'exécution du projet, les représentants de la CGP rendaient compte de leurs activités au secrétaire général du ministère de la Santé. Entre 2003 et 2006, il y a eu pas moins de cinq secrétaires généraux, ce qui a compromis la continuité en matière de surveillance et de pilotage du projet. Il a aussi été rapporté que, dans une telle structure, trop peu de temps et de soutien pouvaient être alloués au projet.

7.2.7 Les performances globales de la Banque ont été relativement bonnes, bien qu'une certaine lenteur ait été signalée par l'emprunteur concernant la livraison des non-oppositions et des décaissements. Des missions de supervision ont été régulièrement entreprises, mais les différentes faiblesses dans la gestion du projet rapportées plus haut se sont traduites par une mise en œuvre limitée des recommandations formulées par ces missions. Une faiblesse concernant la combinaison d'expertises que comportaient ces missions dans le domaine de la gestion financière du projet est perceptible. Toutefois, il faut signaler que la Banque a effectué un suivi des problèmes de gestion financière identifiés par les audits en envoyant deux missions du Département d'Audit au Kenya en avril et novembre 2004, notamment dans le but d'entraîner le personnel de la Cellule d'exécution du projet (CEP) aux bonnes pratiques de gestion financière. De même, les activités communautaires auraient pu bénéficier de l'inclusion d'un expert social dans certaines des missions de supervision. On peut aussi regretter qu'aucune revue à mi-parcours du projet n'ait eu lieu, bien qu'il aurait été difficile, il faut en convenir, à planifier dans le cadre de ses suspensions et de ses extensions successives. Une revue à mi-parcours aurait donné l'occasion de reformuler le projet, de façon à améliorer sa réalisation, notamment par rapport aux activités de formation importantes, dont la mise en œuvre aurait pu être renforcée en étant sous-traitée à des organismes de formation.

8. PERFORMANCE ET NOTATION GLOBALES

L'exécution, la performance de la Banque et les résultats du projet se sont vu attribuer les notes de 1,5, de 2,66 et de 2,44 respectivement, ce qui implique que le taux de réalisation générale du projet se situe au niveau « satisfaisant », malgré un score général modeste de 2,2. Pour de plus amples détails à ce propos, voir l'annexe 2.

9. CONCLUSION, ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET RECOMMANDATIONS

9.1 Conclusion

9.1.1 L'exécution du projet d'une part, les résultats d'autre part, présentent un tableau mitigé. Alors que la première composante concernant la construction de sept centres de soins a été achevée et a eu pour résultat des avantages considérables en termes

d'utilisation de services de santé, la seconde composante, basée sur une prise en charge communautaire des soins de santé, n'a pas donné les résultats escomptés. En effet, seule une petite partie des activités de formation prévues a été réalisée. Les discussions organisées par les membres de la mission dans les districts qui ont bénéficié du projet fournissent quelques indications sur le changement positif qui s'est opéré dans le comportement envers les soins au sein des communautés ciblées par le projet (notamment à travers l'utilisation accrue de moustiquaires et l'augmentation du nombre d'accouchements médicalement assistés). Cependant, les données disponibles ne permettent pas de mesurer objectivement ces changements, et l'impact du projet aurait pu être plus important encore si sa deuxième composante avait été pleinement mise en application.

9.1.2 Le caractère mitigé des résultats du projet doit être attribué en grande partie à des problèmes de gestion. Un fort taux de renouvellement du personnel dans la Cellule de gestion de projet (CGP), composée entièrement de fonctionnaires mutés, ainsi que la suppression des primes de salaires par le gouvernement a eu pour résultat une baisse de motivation et un manque de continuité dans la gestion et la mise en œuvre du projet. Le projet a eu successivement 4 directeurs de projet, 4 comptables et 4 spécialistes de la santé publique. La structure institutionnelle du projet a également été une source de contraintes, la Cellule de gestion de projet devant rendre compte directement au secrétaire général, lequel a été remplacé à cinq reprises pendant les 3 dernières années de mise en œuvre du projet et ne pouvait pas accorder suffisamment de temps au projet. De plus, la mise en place du projet a été entravée par le manque d'un système de suivi et d'évaluation, ainsi que par des facteurs financiers défavorables, tels que le financement irrégulier des activités communautaires, dû en particulier à la suspension des décaissements de la Banque pendant une période d'une année, suite à une mauvaise gestion financière du projet.

9.2 Enseignements tirés

Un certain nombre de leçons peuvent être tirées du Projet de santé rurale II (RHP II) et mises en pratique dans les futures interventions tant par l'emprunteur que par la Banque :

- i) De faibles dispositifs du système de suivi et d'évaluation ainsi qu'un manque de données de référence affectent la gestion d'un projet et rendent ses résultats difficiles à interpréter. Ces leçons ont été adoptées dans le projet suivant élaboré par la Banque, RHP III, avec une plus grande emphase sur le suivi et l'évaluation, la nomination d'un spécialiste de suivi et d'évaluation au sein de la Cellule de gestion de projet, la possibilité de faire appel à une expertise supplémentaire en suivi et évaluation en cas de besoin et un projet pour mener une revue à mi-parcours.
- ii) Une gestion financière médiocre et les risques de suspension de projets qui en découlent affectent gravement ces derniers. Les risques peuvent être mitigés par des investissements accrus dans la gestion financière des projets, comme c'est le cas pour RHP III, notamment par l'intégration d'une expertise en gestion financière dans les missions de supervision.
- iii) Le manque de consultation des bénéficiaires mine la réceptivité des projets par rapport aux besoins. Dans le cas de RHP III, des efforts sont faits pour i) aligner les activités du projet sur les besoins et les priorités locaux, tels que

mis en avant dans les plans de santé des districts, et ii) renforcer les consultations entre l'équipe chargée du projet, au niveau central, et les districts ciblés par le projet.

- iv) Le caractère adéquat des dispositions institutionnelles du projet doit être évalué de façon continue afin que les comptes rendus et les dispositions relatives au personnel soient modifiés si le besoin se présente. Les leçons tirées de RHP II sont mises en application dans RHP III, la responsabilité de supervision du projet ayant été déléguée au Directeur. La continuité est également plus poussée dans RHP III, la Cellule de gestion de projet étant composée en majorité de membres du personnel externes ; toutefois, en tant que structure parallèle, ces dispositions n'assurent pas pour autant une efficacité optimale.

9.3 Recommandations

Au Fonds africain de développement (FAD)

- i) Dans les plans d'un projet à venir, on doit faire figurer avec précision les différentes échéances, les critères de références et l'identité de l'agence d'exécution concernés, afin que le suivi et l'évaluation des étapes majeures du projet soient assurés et que des mesures de redressement puissent être prises pour le remettre sur les rails si besoin est. Une opération de suivi et d'évaluation bien menée facilitera également l'évaluation de l'impact du projet à l'une ou l'autre de ses étapes. La Banque doit s'assurer qu'une expertise de suivi et d'évaluation soit disponible pour les projets.
- ii) La Banque doit systématiquement procéder à une révision des projets à mi-parcours afin de gérer de manière appropriée les principaux problèmes, préoccupations et défis ayant une incidence sur l'exécution globale du projet, particulièrement par rapport aux compétences de la Cellule de gestion de projet.
- iii) La Banque doit demander au gouvernement les pièces justificatives concernant les dépenses de 282 000 unités de compte, qui n'ont pas encore été justifiées auprès du bureau des décaissements de la Banque.

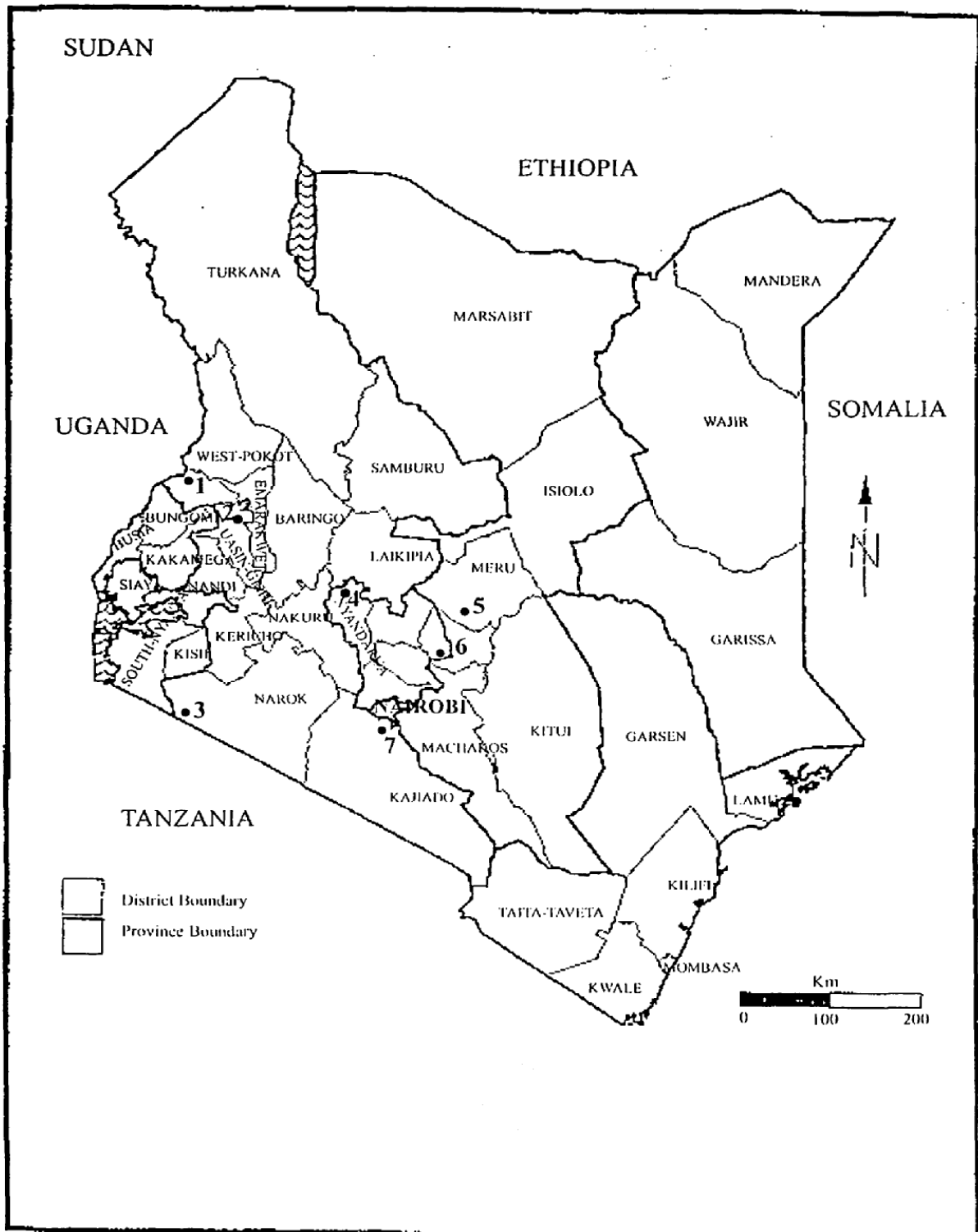
À l'emprunteur

- i) Le gouvernement doit poursuivre les efforts entrepris sous RHP III pour réunir des données de référence et établir un système de suivi et d'évaluation.
- ii) Le gouvernement doit continuer à encourager les initiatives de santé publique spécifiques aux districts pour lesquels il reçoit une demande, afin de favoriser le sentiment de prise en main et la soutenabilité des projets.
- iii) La Cellule de gestion de projet doit travailler étroitement avec les équipes de gestion de santé des districts (DHMT) dans la planification des activités du projet et leur alignement sur les plans de santé des districts et le Plan opérationnel annuel global. Par ailleurs, il est recommandé de renforcer la

collaboration avec les équipes de gestion de santé des districts en matière de conception des installations. De plus, la Cellule de gestion de projet doit travailler étroitement avec les cellules centrales pour s'assurer que les activités du projet répondent aux changements dans les politiques et les stratégies et que ces activités ainsi que son budget soient compris dans le Plan opérationnel annuel global.

- iv) Le gouvernement doit assurer le recrutement d'un personnel adéquat pour les installations construites à travers le projet, ainsi que la conformité de ces dernières avec les normes et standards des hôpitaux de sous-district.
- v) Le gouvernement doit s'assurer qu'il existe une séparation distincte entre les fonds accordés aux projets et les fonds en provenance du ministère, afin qu'une comptabilité appropriée pour les projets soit garantie. Il y a lieu d'aborder le problème des spécificités du système financier kényan, dans lequel les fonds de contrepartie pour tous les projets d'un ministère donné sont rassemblés dans un seul compte, et les comptes des projets doivent être vérifiés par l'Auditeur général.
- vi) Le gouvernement doit étudier la possibilité de faire appel à des auditeurs privés pour soutenir le KENAO (Bureau national d'audit du Kenya) dans ses audits financiers de projets.
- vii) Des mesures doivent être prises dans la conception de plans des structures de santé afin que les zones de services sanitaires soient isolées les unes des autres dans ces installations, en raison du risque d'infections croisées.

CARTE DU KENYA ET EMPLACEMENT DES SITES DU PROJET



This Map has been prepared by the Atomic Development Bank Group and published by the Ministry of Health.

- 1 Centre de santé d'Endebess
- 2 Centre de santé de Ziwa Sirikwa
- 3 Centre de santé de Lolgorian

- 4 Centre de santé de Ngano
- 5 Centre de santé de Kibunga
- 6 Centre de santé de Kianyaga
- 7 Centre de santé de Ngong

PERFORMANCE EN MATIÈRE D'EXÉCUTION

FORMULAIRE IP 1

PERFORMANCE EN MATIÈRE D'EXÉCUTION [P-KE-IBA-001]

No	Indicateurs	Score (1 à 4)	Observations
1	Respect de l'échéancier	1	<i>L'emprunt nécessaire au projet a été approuvé et signé en juillet 1998 et les décaissements devaient s'échelonner sur une période se terminant le 20/12/2002, mais ils se sont prolongés jusqu'au 30/12/2006. Cause du retard : des problèmes de gestion et une performance médiocre des entrepreneurs de travaux de génie civil.</i>
2	Respect du calendrier des dépenses	2	<i>Le projet a subi des dépassements de budget au poste de travaux publics, dus à la résiliation d'un contrat rempli à moitié et au remplacement de l'entrepreneur concerné par un autre, dans le cadre d'un nouveau contrat.</i>
3	Respect des engagements	2	<i>Deux des cinq engagements n'ont pas été remplis.</i>
4	Respect du système de suivi et d'évaluation et de la présentation de rapports	1	<i>Des systèmes minima de contrôle des activités du projet ont été mis en place. Une tentative de mesurer les résultats du projet, notamment au travers d'une étude de référence, a été faite mais aucun compte rendu n'a pu être produit et aucune donnée n'est disponible.</i>
5	Opérations satisfaisantes (le cas échéant)	--	.
TOTAL		6	
Évaluation globale de la performance en matière d'exécution		1,5	Insatisfaisant

PERFORMANCE DE LA BANQUE

FORMULAIRE BP 1

PERFORMANCE DE LA BANQUE [P-KE-IBA-001]

No	Indicateurs	Score (1 à 4)	Observations
1	Au moment de l'identification	Pas applicable	<i>Une mission d'identification a été réalisée en 1992, longtemps avant la préparation et l'évaluation du projet. Il n'existe aucune trace de documents liés à cette mission.</i>
2	Au moment de la préparation du projet	3	<i>La préparation du projet a fait suite à un long processus de consultation et a entraîné d'autres débats approfondis avec les anciens des villages, les Comités de développement de districts et les représentants officiels des pouvoirs publics.</i>
3	Au moment de l'évaluation du projet	3	<i>Le compte rendu répond aux exigences de la Banque et comprend notamment une matrice.</i>
4	Au moment de la supervision du projet	2	<i>Des opérations de supervision ont eu lieu régulièrement, mais il existe une faiblesse perceptible au niveau de l'expertise mise à la disposition de l'agence d'exécution pour la gestion financière du projet. On aurait aussi pu s'attendre des missions de supervision qu'elles soient en mesure de garantir la mise en place d'un système convenable de suivi et d'évaluation.</i>
5	Opérations satisfaisantes (le cas échéant)	--	..
TOTAL		8	
Évaluation globale de la performance de la Banque		2,66	Satisfaisant

FORMULAIRE PO
RÉSULTATS DU PROJET [P-KE-IBA-001]

	Indicateurs	Score (1 à 4)	Observations
1	Pertinence et réalisation des objectifs	3	
i)	Politique macroéconomique	--	Sans objet
ii)	Politique sectorielle	3	Projet entièrement approprié dans le cadre de la stratégie pour ce secteur
iii)	Aspects physiques (y compris la production)	3	La construction des centres de santé dans le cadre du projet a eu pour résultat l'augmentation de la production et de l'utilisation des services de santé
iv)	Aspects financiers	3	L'utilisation accrue des services dans les centres de santé créés par le projet a conduit à une augmentation des revenus générés par les frais déboursés par les utilisateurs de ces services
v)	Réduction de la pauvreté, facteurs d'ordre social et relatifs au genre	3	Le projet a eu un effet positif, notamment au travers du développement de liens étroits entre le système de santé et les communautés et un plus grand accès des femmes aux services de maternité. Cependant, ce résultat a été plus faible que prévu en raison de la mise en place incomplète d'activités communautaires
vi)	Facteurs relatifs à l'environnement	3	Le projet a été classé dans la catégorie II, aux conséquences environnementales négatives minima. L'utilisation des latrines améliorées à fosse autoventilée (LAA), démontrée au travers du projet et reprise par les populations, contribue à une amélioration de l'environnement
vii)	Développement du secteur privé	--	Sans objet
viii)	Autres (préciser)	--	Sans objet
2	Développement institutionnel	2	
i)	Cadre institutionnel, y compris la restructuration	2	En raison des activités limitées de formation, le projet n'a contribué que de façon marginale à développer les capacités des entités locales au sein des districts concernés
ii)	Systèmes d'information financière et de gestion, y compris les systèmes d'audit	1	Les dispositifs de gestion financière du projet se sont révélés très faibles
iii)	Transfert de technologie	3	Grâce à des technologies telles que les latrines LAA et la protection des sources naturelles
iv)	Mise en place de personnel qualifié, y compris son renouvellement, sa formation et le personnel de contrepartie	2	La Cellule de gestion de projet a souffert d'un fort taux de renouvellement de personnel qui a compromis l'exécution du projet

3	<i>Soutenabilité</i>	2,3	
i)	Engagement continu de l'emprunteur	3	L'engagement du gouvernement en ce qui concerne les réformes du secteur a été soutenu
ii)	Politique environnementale	--	Voir le point 1, vi) ci-dessus
iii)	Cadre institutionnel	1	En ce qui concerne l'appui voulu au développement de talents auprès des entités locales, le projet n'a pas été à la hauteur des attentes
v)	Viabilité technique et recrutement de personnel	2	Les centres de santé créés grâce au projet ne sont pas pourvus du personnel adéquat, ce qui peut affecter les opérations et la soutenabilité des investissements matériels
v)	Viabilité financière, y compris les systèmes de redressement des coûts	3	Alors que les budgets de santé des districts sont faibles, le régime des coûts à l'utilisateur mis en place dans les centres de santé gouvernementaux joue un rôle important dans le soutien apporté aux opérations visant l'amélioration des équipements de santé. La modernisation récente des centres de santé existants va leur donner accès à des outils de financement gouvernementaux supplémentaires
vi)	Viabilité économique	3	L'investissement en faveur de la santé est reconnu comme facteur essentiel dans l'accroissement de la productivité et du développement économique
vii)	Viabilité environnementale	2	Les incinérateurs construits dans le cadre du projet nécessitent des réparations : ils ne peuvent pas brûler les déchets hospitaliers qui sont pour le moment enfouis
viii)	Facilitation de l'exploitation et de la maintenance (disponibilité de financements récurrents, de devises, de pièces de rechange, d'équipements pour les ateliers, etc.)	2	Des allocations budgétaires faibles aux districts concernés par le projet
4	<i>Taux de rentabilité économique</i>	--	Non disponible
TOTAL		39	
Évaluation globale des résultats		2,4	<i>Satisfaisant</i>

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET MATRICE DE SUIVI

PRINCIPALES CONCLUSIONS	ENSEIGNEMENTS TIRÉS/ RECOMMANDATIONS	ACTIONS DE SUIVI	RESPONSABILITÉ
Formulation et justification du projet	<p>Inclure toutes les ressources nécessaires au suivi et à l'évaluation (S & E) des projets</p> <p>Éviter les dispositions par lesquelles la CGP rend compte au secrétaire général, ce qui peut probablement mener à un manque de continuité et de surveillance</p>	<p>Dans le nouveau projet de la Banque, RHP III, un spécialiste du suivi et de l'évaluation a été intégré à la CGP</p> <p>Suivi effectué dans RHP III</p>	<p>Banque/Emprunteur</p> <p>Banque/Agence exécutive du projet</p>
Mise en œuvre du projet	<p>Adapter des interventions aux besoins locaux, notamment par rapport au fléau des maladies dans certains districts</p> <p>Les faiblesses dans la gestion financière du projet peuvent conduire à sa suspension et avoir de graves conséquences</p> <p>La Banque doit demander au gouvernement de justifier la dépense de 282 000 unités de compte</p>	<p>Renforcer la planification du projet sous RHP III en vue de mieux cadrer les activités du projet par rapport aux Plans opérationnels annuels de districts.</p> <p>Assurer une implication adéquate des bénéficiaires</p> <p>Fournir un soutien à la CGP dans le renforcement de ses systèmes de gestion financière. Associer notamment une expertise pertinente aux missions de supervision, et allouer des ressources du projet pour les besoins d'expertise à court terme</p> <p>La Banque doit adresser un courrier au gouvernement</p>	<p>Agence exécutive du projet (CGP)</p> <p>Banque (Bureau pays)</p> <p>Banque (Siège)</p>
Conformité avec les conditions de prêt et les engagements			
Évaluation des résultats et bilan du projet	<p>L'absence de données régulières sur les résultats obtenus sape la gestion du projet.</p> <p>Nécessité d'entreprendre systématiquement des révisions du projet à mi-parcours dans le but de saisir les opportunités de remettre le projet sur la bonne voie ou de le réorienter au besoin, notamment par rapport aux capacités de la CGP</p>	<p>Garantir la collecte et l'analyse des données nécessaires au suivi du projet</p> <p>S'assurer que la revue à mi-parcours de RHP III ait bien lieu</p>	<p>Banque (CA) /Agence exécutive du projet (CGP)</p> <p>Banque (CA)</p>
Soutenabilité	<p>Nécessité de mettre à disposition des ressources appropriées en faveur des installations mises en place au cours du projet. Ces installations ont été administrativement reclassées : les centres de santé sont devenus des hôpitaux de sous-districts</p>	<p>Nécessité de revoir les besoins en personnel et en équipements supplémentaires</p>	<p>Emprunteur</p>

PRÉCISIONS SUR LES MARCHÉS ATTRIBUÉS

A. CONSTRUCTION DES INSTALLATIONS DE LA ZONE OUEST

1. Nature du marché : Construction de centres de santé à **Endebess, Ziwa Sirikwa, et Lolgorian**
2. Date de l'offre : **Août 1999**
3. Date d'attribution du contrat : **31-01-2001**
4. Valeur du marché : **199 134 754,90 KES**
5. Part du FAD : **80%**
6. Nom de la société : **M/s Kitek (7) Ltd**
7. Nationalité : **Kényane**
8. Siège : **NAIROBI**
9. Passation de marché approuvé : **AOI**
10. Passation de marché effective : **AOI**
11. Date de début des travaux : **31 janvier 2001**
12. Date programmée de conclusion des travaux : **31 janvier 2003**
13. Coût du marché : **226 455 641,05 KES**
14. Explication de la différence entre les coûts réels et les coûts évalués : Variations et délais dans l'exécution du projet

B. CONSTRUCTION DES INSTALLATIONS DE LA ZONE EST (Premier marché)

1. Nature du marché : Construction de centres de santé à **Ngong, Ngano, Kibunga, et Kianyaga**
2. Date de l'offre : **17 janvier 2000**
3. Date d'attribution du contrat : **7 juillet 2000**
4. Valeur du marché : **216 736 208,00 KES**
5. Part de la BAD : **80 %**
6. Nom de la société : **P.T. Ndegwa & Sons**
7. Nationalité : **Kényane**
8. Siège : **Nairobi**
9. Passation de marché approuvé : **AOI**
10. Passation de marché effective : **AOI**
11. Date de début des travaux : **14 juillet 2000**
12. Date programmée de conclusion des travaux : **17 juillet 2002**
13. Coût du marché : **143 549 969,60 KES**
14. Explication de la différence entre les coûts réels et les coûts évalués : établissement du contrat pour les travaux

C. CONSTRUCTION DES ÉQUIPEMENTS DE LA ZONE EST (Second marché)

1. Nature du marché : Construction de centres de santé à **Ngong, Ngano, Kibunga, et Kianyaga**
2. Date de l'offre : **4 février 2004**
3. Date d'attribution du contrat : **22 avril 2004**
4. Valeur du marché : **205 804 442,00 KES**
5. Part de la BAD : **80 %**
6. Nom de la société : **M/s Magic General Contractors Ltd**
7. Nationalité : **Kényane**
8. Siège : **Nairobi**
9. Passation de marché approuvé : **AOI**
10. Passation de marché effective : **Offre sélective**
11. Date de début des travaux : **14 mars 2005**
12. Date programmée de conclusion des travaux : **17 juillet 2006**
13. Coût du marché : **176 450 453,12 KES**
14. Explication de la différence entre les coûts réels et les coûts évalués : établissement du contrat pour les travaux

D. FOURNITURE DE MÉDICAMENTS ANTI-PALUDÉENS

1. Nature du marché : Fourniture de médicaments anti-malaria
2. Date de l'offre : **17 octobre 2002**
3. Date d'attribution du contrat : **5 novembre 2003**
4. Valeur du marché : **77 442 127,00 KES**
5. Part de la BAD : 100 %
6. Nom de la société : **M/s Laboratory & Allied Ltd**
7. Nationalité : **Kényane**
8. Siège : **Nairobi**
9. Passation de marché approuvé : **IS**
10. Passation de marché effective : **IS**
11. Date de début des travaux : **16 janvier 2004**
12. Date programmée de fin de travaux : **16 avril 2004**
13. Coût du marché : **77 442 127,00 shillings**

E. FOURNITURE D'OUTILS DIVERS ET D'ÉQUIPEMENTS DE CUISINE

1. Nature du contrat : Fourniture d'outils divers et d'équipements de cuisine
2. Date de l'offre : **17 novembre 2002**
3. Date d'attribution du contrat : **5 novembre 2003**
4. Valeur du marché : **26 443,34 USD**
5. Part de la BAD : aucune
6. Nom de la société : **M/s Geest Overseas Ltd**
7. Nationalité : **Kényane**
8. Siège : **Nairobi**
9. Passation de marché approuvé : **AOI**
10. Passation de marché effective : **AOI**
11. Date de début des travaux : **5 novembre 2003**
12. Date programmée de fin de travaux : **13 février 2004**
13. Coût du marché : **26 443,34 USD**

F. FOURNITURE DE MOBILIER HOSPITALIER SPÉCIAL

1. Nature du contrat : Fourniture de mobilier hospitalier
2. Date de l'offre : **18 juillet 2003**
3. Date d'attribution du contrat : **18 février 2004**
4. Valeur du marché : **134 742,00 euros**
5. Part de la BAD : **100 %**
6. Nom de la société : **M/s Gatero Instruments Ltd**
7. Nationalité : **Kényane**
8. Siège : **Nairobi**
9. Passation de marché approuvé : **AON**
10. Passation de marché effective : **AON**
11. Date de début des travaux : **12 mars 2004**
12. Date programmée de fin de travaux : **12 mai 2004**
13. Coût du marché : **134 742,00 euros**

G. FOURNITURE DE MÉDICAMENTS DE DÉPART

1. Nature du contrat : Fourniture de médicaments (stocks de départ)
2. Date de l'offre : **15 juillet 2005**
3. Date d'attribution du contrat : **10 mars 2006**
4. Valeur du marché : **28 738 109,40 KES**
5. Part de la BAD : 100 %
6. Nom de la société : **M/s Dol International K. Ltd**
7. Nationalité : **Kényane**
8. Siège : **Nairobi**
9. Passation de marché approuvé : **IS**
10. Passation de marché effective : **IS**
11. Date de début des travaux : **10 mars 2006**
12. Date programmée de fin de travaux : **21 avril 2006**
13. Coût du marché : **28 738 109,40 shillings**
14. Explication de l'écart entre les coûts réels et les coûts évalués : **pas applicable**

H. FOURNITURE D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL ET DE LABORATOIRE

1. Nature du contrat : Fourniture d'équipement médical et de laboratoire
2. Date de l'offre : **30 juin 2005**
3. Date d'attribution du contrat : **10 mars 2006**
4. Valeur du marché : **762 016,50 euros**
5. Part de la BAD : 100 %
6. Nom de la société : **M/s Farmco International, UK**
7. Nationalité : **Britannique**
8. Siège : **Londres**
9. Passation de marché approuvé : **AOI**
10. Passation de marché effective : **AOI**
11. Date de début des travaux : **10 mars 2006**
12. Date programmée de fin de travaux : **5 mai 2006**
13. Coût du marché : **762 016,50 euros**

I. PRESTATIONS DE CONSEIL EN PASSATION DE MARCHÉS

1. Nature du contrat : Prestation de conseil en passation de marchés
2. Date de l'offre : **8 mars 2000**
3. Date d'attribution du contrat : **5 septembre 2001**
4. Valeur du marché : **35 595,00 livres sterling**
5. Part de la BAD : 100 %
6. Nom de la société : **M/s Crown Agents**
7. Nationalité : **Britannique**
8. Siège : **Surrey SM1 1EL, R-U**
9. Passation de marché approuvé : liste de candidats sélectionnés
10. Passation de marché effective : liste de candidats sélectionnés
11. Date de début des travaux : **5 septembre 2001**
12. Date programmée de fin de travaux : **23 janvier 2004**
13. Coût du marché : **19 577,25 livres sterling**
14. Explication de l'écart entre les coûts réels et les coûts évalués : *un solde de 16 017,75 livres sterling reste impayé à ce jour, dû au retard du consultant à remettre le compte rendu final dans les délais prévus dans le contrat.*

J. PASSATION DE MARCHÉ POUR DES SERVICES DE CONSEIL DE COURTE DURÉE

1. Nature du contrat : Passation de marché pour des services de conseil à court terme
2. Date de l'offre : **non applicable**
3. Date d'attribution du contrat : **1^{er} décembre 2003**
4. Valeur du marché : **4 000,00 USD**
5. Part de la BAD : 100 %
6. Nom de la société : **M. Richard Macharia**
7. Nationalité : **Kényan**
8. Siège : **NAIROBI**
9. Passation de marché approuvé : liste de candidats sélectionnés
10. Passation de marché effective : liste de candidats sélectionnés
11. Date de début des travaux : **7 décembre 2003**
12. Date programmée de fin de travaux : **février 2004**
13. Valeur du marché : **2 000,00 USD**
14. Explication de l'écart entre les coûts réels et les coûts évalués : *un solde de 2 000,00 USD demeure impayé à ce jour. Les dépenses destinées au projet ont été suspendues par la Banque, conduisant à des retards dans l'exécution de certains contrats.*

SOURCES D'INFORMATION

1. Plan stratégique national du secteur santé I : 1999-2004 - Ministère de la Santé, République du Kenya
2. Plan annuel opérationnel 4, juillet 2008-juin 2009
3. Rapport national du Kenya sur le développement humain
4. Kenya : Vision 2030
5. Cadre politique de la santé du Kenya (1994)
6. Rapport d'évaluation du projet
7. Rapport d'achèvement du projet par l'emprunteur
8. Rapports trimestriels sur l'état d'avancement du projet
9. Rapports d'audit
10. Banque africaine de développement – Dossiers et archives du projet
11. OMS : Bulletin d'information sur le système de santé du Kenya 2006
12. 5^e rapport sur le développement humain du Kenya