

AFD

**EVALUATION *IN ITINERE*
DE L'INITIATIVE
SOLIDARITE SANTE SAHEL
(I3S)**

Rapport final

Version du 3 avril 2018



Table des matières

Abréviations et acronymes	v
Résumé	1
Introduction	18
PARTIE 1 – EVALUATION DE L’I3S	20
1 L’I3S dans l’architecture globale de l’APD française	20
2 Evaluation de l’I3S (critères d’évaluation et questions évaluatives)	24
2.1 Pertinence de l’I3S.....	24
2.2 Cohérence de l’I3S.....	37
2.3 Efficacité de l’I3S	43
2.4 Valeur ajoutée de l’I3S	45
2.5 Durabilité de l’I3S	46
3 Logique d’intervention et cadre de redevabilité de l’I3S	48
4 Conclusions	52
5 Recommandations.....	54
PARTIE 2 - EVALUATION DES PROJETS I3S	57
Introduction aux comptes rendus pays.....	57
Section 1 - Sénégal.....	58
9 Introduction	58
10 Contexte.....	59
7.1 Démographie et santé	59
7.2 Politiques et stratégies sectorielles, et système de santé	61
7.3 Contexte économique.....	61
7.4 Financement de la santé.....	62
11 Le projet I3S Sénégal	67
12 Evaluation de l’I3S Sénégal	69
9.1 Pertinence et cohérence interne	69
9.2 Cohérence.....	71
13 Cadre logique et analyse du DSE du Projet I3S Sénégal	73
10.1 But, approche méthodologique et limitations	73
10.2 L’analyse du cadre logique	73
10.3 Questions évaluatives pour le cadre logique	78
10.4 Analyse de l’efficacité et de l’efficacité du DSE au Sénégal.....	81
14 Conclusions et recommandations	84

Annexes - Sénégal	85
Section 2 Mali	95
15 Introduction	95
16 Contexte.....	95
13.1 Démographie et santé	95
13.2 Politiques et stratégies sectorielles	97
13.3 Le système de santé	97
13.4 Contexte économique	98
13.5 Financement de la santé	98
17 Le projet PADSS II Mopti	102
14.1 Composante 2 Accessibilité financière aux soins de santé	102
14.2 Composante 1 : Disponibilité et qualité de l'offre	104
14.3 Composante 3 : Renforcement des capacités du MSHP et du MSAH	105
18 Evaluation de la composante 2 du PADSS II Mopti	105
15.1 Pertinence et cohérence interne	105
15.2 Cohérence	109
19 Cadre logique et analyse du DSE du PADSS II Mopti	111
16.1 But, approche méthodologique et limitations	111
16.2 analyse du cadre logique.....	112
16.3 Analyse du Dispositif Suivi/évaluation (DSE)	113
16.4 Questions évaluatives pour le DSE.....	115
20 Conclusions et recommandations	116
Annexes - Mali	118
Section 3 Niger	128
21 Introduction	128
22 Contexte.....	128
18.1 Démographie et santé	128
18.2 Politiques et stratégies sectorielles, et système de santé	130
18.3 Contexte économique	131
18.4 Financement de la santé	132
23 Le projet I3S Niger	135
24 Evaluation de l'I3S Niger	139
19.1 Pertinence et cohérence interne	139
19.2 Cohérence	140
25 Conclusions et recommandations	141
Annexes - Niger	143
Section 4 Tchad.....	147

26	INTRODUCTION	147
27	CONTEXTE	147
24.1	Démographie et santé	147
24.2	POLITIQUES ET STRATEGIES SECTORIELLES, ET SYSTEME DE SANTE	149
24.3	CONTEXTE ECONOMIQUE	149
24.4	LE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LES PERSPECTIVES CSU	150
25	LE PROJET D'APPUI AU SYSTEME DE LA SANTE AU TCHAD (PASST II)	154
28	EVALUATION DU PASST II	158
26.1	PERTINENCE ET COHERENCE INTERNE	158
26.2	COHERENCE	159
29	Conclusions et recommandations	160
	Annexes - Tchad	162

Liste des tableaux

Tableau 1	APD 2017 par source de financement	20
Tableau 2	Affectation de la TSBA et de la TTF au FSD 2010--2017	21
Tableau 3	Dépenses sur FSD 2015-2017	22
Tableau 4	Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population du Sénégal	60
Tableau 5	Comparaison des objectifs des cadres logiques	78
Tableau 6	Cadre logique révisé (Sénégal)	89
Tableau 7	Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population du Mali	96
Tableau 8	Budget Composante 2 du PADSS II	104
Tableau 9	Projection du nombre de bénéficiaires et des cotisations Associées	104
Tableau 10	Cadre logique révisé PADSS II Mali	122
Tableau 11	Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population au Niger	129
Tableau 12	Recapitalisation et paiement des arriérés « gratuite » sur financement I3S (Niger)	136
Tableau 13	Utilisation des fonds reçus par suite du paiement des arriérés de factures (Niger)	136
Tableau 14	Tarif de remboursement des prestations gratuites au Niger	146
Tableau 15	Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population du Tchad	148
Tableau 16	Contrats et conventions signés dans le cadre du PASST2 (Tchad)	156

Liste des figures

Figure 1 Chronologie de l'I3S	25
Figure 2 Projets/conventions/contrats sous financement I3S.....	31
Figure 3 CIS santé et protection sociale : domaines d'intervention et interfaces.....	41
Figure 4 Théorie du changement / logique d'intervention de l'I3S.....	48
Figure 5 EDS continue 2016 Sénégal : mortalité des enfants de moins de cinq ans	59
Figure 6 Croissance du PIB 2008-2016 (Sénégal).....	62
Figure 7 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010) (Sénégal)	63
Figure 8 Financement de la santé et CMU au Sénégal	66
Figure 9 Logique d'intervention du cadre logique initial de l'I3S au Sénégal.....	76
Figure 10 Proposition de la logique d'intervention révisée pour l'I3S au Sénégal	77
Figure 11 MICS Mali 2015 : mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	96
Figure 12 Croissance du PIB 2008-2016 (Mali)	98
Figure 13 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010) (Mali).....	99
Figure 14 Financement de la santé et RAMU (Mali)	100
Figure 15 Théorie du changement PADSS II Mali.....	121
Figure 16 EDSN Niger 2012 : mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	129
Figure 17 Croissance du PIB 2008-2016.....	131
Figure 18 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010) Niger	132
Figure 19 Financement de la santé et CSU au Niger.....	135
Figure 20 EDS/MICS Tchad 2014-2015 : mortalité des enfants de moins de cinq ans	148
Figure 21 Croissance du PIB 2008-2016 (Tchad).....	150
Figure 22 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010)	151
Figure 23 Financement de la santé et CSU au Tchad.....	154

Abréviations et acronymes

ACMU	Agence de la couverture maladie universelle
AECID	Agence espagnole de coopération internationale pour le développement
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMOV	Assistance à maîtrise d'ouvrage
AMV	Assurance maladie volontaire
ANAM	Agence nationale d'assistance médicale
APD	Aide publique au développement
ASC	Agent de santé communautaire
ASS	Afrique subsaharienne
AT	Assistance technique
ABG	Aide budgétaire globale
AFD	Agence française de développement
APD	Aide publique au développement
ASACOM	Association de santé communautaire
ASS	Afrique subsaharienne
BASE	Bureau d'appui santé environnement
BSF	Bourse de sécurité familiale
CAD	Comité d'aide au développement
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CAPSU	Caisse autonome de protection sociale universelle
CDN	Centre Djenandoum Naasson
CEDEAO	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHR	Centre hospitalier régional
CHU BS	Centre hospitalier universitaire Bon Samaritain
CMSS	Caisse malienne de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
COS	Comité d'orientation et de suivi
COSRISS	Commission de supervision et de régulation des institutions de sécurité sociale
CPS	Cellule de planification et de statistiques
CROCEP	Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSME	Centre de santé mère enfant
CSREF	Centre de santé de référence
CSU	Couverture santé universelle
CS	Centre de santé ou Case de santé
CSI	Centre de santé intégré
CSS	Caisse de sécurité sociale
CT	Conseiller technique
CTB/BTC	Agence belge de développement / Coopération technique belge
CUS	Couverture universelle santé
DFM	Direction finances et matériel
DGAS	Direction générale des affaires sociales
DGRP	Direction générale des ressources et de la planification
DNS	Direction nationale de la santé
DNPSES	Direction nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire

DPG	Déclaration de politique générale
DRPFEF	Direction régionale de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
DRPSES	Direction régionale de la protection sociale et de l'économie solidaire
DRS	Direction générale de la santé
DS	District sanitaire
DSE	Dispositif suivi-évaluation
ECD	Equipe cadre de district
EDS	Enquête démographie santé
EF	Expertise France
FBP	Financement basé sur la performance
FBR	Financement basé sur les résultats
FCS	Fonds commun santé
FED	Fonds européen de développement
FMI	Fonds monétaire international
FSSN	Fonds social santé Niger
GFF	Global Financing Facility
HD	Hôpital de district
I3S	Initiative solidarité-santé-Sahel
ICAMO	Institution de coordination de l'assurance maladie obligatoire
IDH	Indice de développement humain
IHME	International Health Metrics and Evaluation
HS	Handicap santé
INPS	Institut national de prévoyance sociale
IPM	Institut de prévoyance médicale
IPRES	Institut de prévoyance sociale
IRD	Institut de recherches pour le développement
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infections sexuellement transmissibles
JORF	Journal officiel de la République française
LASDEL	Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local
Lux-Dev	Agence luxembourgeoise de développement
MAE	Ministère des affaires étrangères
MF	Ministère des finances
MI	Mortalité infantile
MIJ	Mortalité infanto-juvénile
MNN	Mortalité néonatale
MPFEF	Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
MSAH	Ministère de la solidarité et de l'action humanitaire
MSAS	Ministère de la santé et de l'action sociale
MSHP	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
MSP	Ministère de la santé publique
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MF	Ministère des finances
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MI	Mortalité infantile
MIJ	Mortalité infanto-juvénile
MNN	Mortalité néonatale
MOD	Maîtrise d'ouvrage déléguée

MSHP	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
MTN	Maladies tropicales négligées
ODAMM	Opérateur de développement de l'assurance maladie mutualiste
OG	Organisme gestionnaire
OGD	Organisme gestionnaire délégué
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ODD	Objectifs de développement durable
ONG	Organisation non-gouvernementale
OS	Objectif spécifique
PADSS	Projet d'appui au développement du système de santé
PAODES	Projet d'appui à l'offre et à la demande en santé
PASME	Projet d'appui à la santé de la mère et de l'enfant
PASST	Projet d'appui au système de santé au Tchad
PDDSS	Plan décennal de développement sanitaire et social
PDES	Plan de développement économique et social
PDS	Plan de développement sanitaire
PED	Pays en développement
PDM	Païement direct des ménages
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Pays les moins avancés
PNS	Politique nationale de santé
PO	Plan opérationnel
PPP	Parité de pouvoir d'achat
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PS	Poste de santé
PSE	Plan Sénégal émergent
RA	Rapport d'activités
RAMED	Régime d'assistance médicale
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RMM	Ratio (ou rapport) de mortalité maternelle
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SDDCI	Stratégie de développement durable et de croissance inclusive
SG	Secrétariat général
SIAMO	Système d'information de l'assurance maladie obligatoire
SICMU	Système d'information de la couverture maladie universelle
SM(N)I	Santé maternelle (néonatale) et infantile
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TBN	Taux brut de natalité
TdC	Théorie du changement (Theory of Change)
TM	Ticket modérateur
TSBA	Taxe spéciale sur les billets d'avion
TTF	Taxe sur les transactions financières
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire de l'Ouest africain
UTM	Unité technique de la mutualité
WDI	World Development Indicators (banque de données Banque mondiale)

Résumé

En mai 2013, la France lançait l'Initiative Solidarité Santé Sahel¹ (I3S) qui visait à faciliter l'accès financier aux soins des enfants dans les pays du Sahel en accompagnant les pays politiquement engagés dans la mise en place de systèmes solidaires d'accès aux soins. Sur les six pays initialement ciblés (Sénégal, Mali, Niger, Tchad, Burkina Faso et Mauritanie), seuls les quatre premiers ont bénéficié de l'initiative. L'I3S est financée par le Fonds de solidarité pour le développement pour un montant de 30 millions d'euros. Les fonds sont gérés par l'AFD selon les modalités appliquées aux projets financés sur le programme 209.

Evaluation de l'I3S

Emergence et évolution de l'I3S

Le 13 mai 2013, M. Pascal Canfin, ministre délégué chargé du développement, annonçait le lancement «d'une initiative française pour l'accès aux soins des enfants du Mali et des autres pays du Sahel». A cette date, il s'agissait d'un projet de création d'un fonds 'fiduciaire' appelé Fonds de Solidarité (Santé) Sahel qui devait être financé par une partie du produit 2013 de la Taxe sur les transactions financières (30M€), qui pourrait être abondé par d'autres bailleurs, et qui financerait des projets d'exemption de paiement des soins pour les enfants, projets portés par les Etats récipiendaires et/ou des organisations non gouvernementales dans les 6 pays du Sahel.

La convention I3S entre l'Etat et l'AFD signée le 17 janvier 2014 confirme la finalité de l'I3S, mais il n'est plus question d'un fonds qui pourrait être abondé par d'autres bailleurs ni de projets portés par des ONG (« *Les bénéficiaires des financements, choisis par l'AFD, seront des Etats étrangers* »). La convention I3S ne tient pas compte ou ne mentionne pas explicitement certaines recommandations du Comité d'orientation stratégique (COS) (réunions de juillet et octobre 2013), comme l'élargissement de l'objet de l'I3S à la santé maternelle, et la recherche opérationnelle qui pourrait être associée à l'initiative.

Tous les éléments mis à notre disposition à travers les documents et les entretiens tendent à montrer que les rejets du Burkina Faso et de la Mauritanie comme bénéficiaires de l'I3S constituent sans doute des opportunités manquées. Des pays comme le Niger, le Tchad (et même le Mali) n'avaient pas d'avantages comparatifs objectifs par rapport à ces deux pays.

Pertinence et cohérence de l'I3S

L'I3S est parfaitement cohérente avec les principaux documents cadres relatifs à l'APD française : La politique de développement et de solidarité internationale (2014) (justice sociale - intérêt supérieur de l'enfant – CSU) ; La stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021 (CSU – promotion de l'expertise, la recherche et l'innovation françaises) ; AFD - Cadre d'intervention régional 2014-2016 – Afrique subsaharienne (SMI et financement de l'accès aux soins) ; AFD- Cadre d'intervention sectoriel 2015-2019 -Santé et protection sociale (SMI, CSU, protection sociale). En revanche, la santé ne se retrouve que partiellement dans les priorités opérationnelles du Plan d'action pour un engagement renouvelé au Sahel 2015-2020 (AFD).

Il y a également cohérence entre l'I3S et les autres initiatives telles que Muskoka (santé maternelle et infantile), P4H (protection sociale santé) et l'initiative 5% (impact du Fonds mondial sur la santé maternelle et infantile à travers la lutte contre les 3 maladies).

¹ L'I3S est financée par le fonds de solidarité pour le développement pour un montant de 30 millions €. Les fonds sont gérés par l'AFD selon les modalités appliquées aux projets financés sur le programme 209 (Solidarité à l'égard des pays en développement).

Les es projets financés par l'I3S sont alignés sur les politiques et stratégies sectorielles santé et protection sociale des pays bénéficiaires.

Effizienz de l'I3S

Le calendrier contraint (rapidité des instructions et des décaissements) tel que voulu par les initiateurs de l'I3S a finalement été contreproductif : (1) des études de faisabilité plus poussées (financement de la demande et CSU) auraient peut-être permis d'éviter certains blocages des projets I3S ; (2) des périodes d'instruction plus longues auraient sans doute permis de ne pas éliminer trop vite les candidats Burkina Faso et Mauritanie.

Finalement, les délais d'instruction ont été plus longs que prévu (sauf au Niger) et les mises en œuvre ont accusé beaucoup de retard en raison de la lenteur du recrutement des assistances à maîtrise d'ouvrage. A la période plus frénétique d'instruction des projets (seconde moitié de 2013 et 2014) et de signature des conventions de financement, a succédé une période de plus grande inertie (2015 et 2016).

Il nous semble que le rôle du COS s'est atténué au fil du temps et que la décision (renouvelée) d'avoir deux réunions annuelles n'a jamais été respectée. Les premières réunions du COS (2013) ont notamment mis l'accent sur la nécessité (1) d'avoir un cadre de redevabilité de l'I3S et (2) d'associer un programme de recherche opérationnelle à l'I3S. Mais aucun de ces deux éléments ne s'est concrétisé (le projet IRD est toujours en instruction, et le cadre de redevabilité est un livrable de cette évaluation *in itinere*).

Valeur ajoutée de l'I3S

La valeur ajoutée essentielle de l'I3S réside principalement dans les opportunités d'apprentissage (ou de capitalisation) qu'elle offre dans un domaine (protection sociale sante/CSU) et au travers de canaux finalement très peu empruntés par les PTF, en ciblant concomitamment 4 pays (donc 4 contextes différents) qui ont tous inscrit la CSU dans leurs stratégies mais qui sont à des stades très différents de maturité et donc d'implémentation. Le problème réside dans le fait que les projets ont pris des retards considérables de mise en œuvre et n'ont donc pas encore grand-chose à montrer en termes de réalisation (mais ont beaucoup à montrer sur la résistance institutionnelle à des réformes de protection sociale santé et sur les besoins (substantiels) de renforcement des capacités).

Durabilité de l'I3S

Nous n'avons aucun élément qui permettrait d'affirmer que les financements plus classiques (par exemple les crédits budgétaires pour le programme 209) offrent plus de visibilité (ou de prédictibilité) à moyen terme que des financements sur fonds spéciaux (alimentés par des taxes spécifiques affectées). Quant à la question de la durabilité des interventions financées, elle est plutôt liée à la capacité des pays bénéficiaires à prendre le relais. Il n'y a pas non plus de visibilité à moyen terme des dépenses publiques de santé/protection sociale dans les pays bénéficiaires de l'I3S.

Cibler les pays parmi les plus pauvres du monde pour appuyer des extensions de protection sociale santé entraîne automatiquement le problème de la durabilité financière (et institutionnelle). Et il est à prévoir que la question de la viabilité/durabilité des projets et programmes de santé et protection sociale au Sahel restera centrale dans les 20 ans à venir.

Logique d'intervention et cadre de redevabilité de l'I3S

Le cadre logique ci-dessous montre la chaîne hiérarchisée de résultats « reconstruite », avec les indicateurs, les sources de vérification et les hypothèses par niveau. Les objectifs et résultats à moyen/long terme représentent des changements de haut niveau et leur réalisation (en positif ou en négatif) ne pourra évidemment pas être attribuée uniquement aux interventions et appuis de l'I3S : cette partie de la logique d'intervention respecte la doctrine initiale de l'I3S : on paye les factures de soins des enfants => plus d'enfants utilisent les formations sanitaires => la santé des enfants s'améliore. Les résultats à plus court terme reflètent davantage comment cette doctrine I3S s'est déclinée dans les différents projets I3S.

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
But (impact)			
Contribuer à la diminution de la morbi-mortalité des enfants de 0 à 5 ans	Taux de mortalité infanto-juvénile	EDS/MICS	La situation socio-économique reste stable
	Taux de mortalité néonatale	EDS/MICS	La situation sécuritaire ne se dégrade pas davantage
	Taux de malnutrition (taille pour âge)	EDS/MICS	L'engagement politique en faveur de la CSU reste élevé
Objectif spécifique (résultat à long terme)			
Augmenter le nombre d'enfants de 0 à 5 ans qui utilisent et bénéficient (d'une manière équitable) de services de santé essentiels de qualité	Nombre de contacts des enfants de 0-5 ans dans les formations sanitaires par niveau de la pyramide sanitaire (consultations et hospitalisations)	SNIS	Les prestataires de santé ont la capacité de gérer l'augmentation de la demande provoquée par l'extension de la CSU
	Nombre d'enfants ayant reçu un traitement antibiotique pour une pneumonie	SNIS	Synergies entre les projets I3S et les autres projets de santé (AFD et autres PTF) renforçant l'offre et la demande en matière de santé
	Nombre d'enfants ayant reçu un traitement SRO + Zinc pour diarrhée/déshydratation	SNIS	La population perçoit l'importance de l'offre de soins de santé et en accepte le niveau de qualité
	Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de soins intensifs	SNIS	
Résultat à moyen / long terme			
Protection sociale: les barrières financières d'accès aux soins des enfants ont diminué, particulièrement pour les familles vulnérables	Nombre de cas d'enfants de moins de cinq ans bénéficiant de la gratuité (ou d'autres types de subventionnements) ayant reçu le traitement approprié et complet (et gratuit ou fortement subventionné) dans la formation sanitaire visitée	-Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports du programme de recherche	Défragmentation progressive du système de financement de la santé et meilleure cohérence entre les différents systèmes de protection sociale/santé (financement des intrants, financement des outputs, etc.); Augmentation du niveau de financement de la CSU sur ressources domestiques (budget Etat et contributions des ménages) et sur ressources extérieures (PTF)
	Nombre d'enfants de moins de cinq ans enrôlés dans des mutuelles de santé (désagrégé par catégorie socio-économique des ménages)	-Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports du programme de recherche	
	Dépenses des mutuelles de santé pour la prise en charge des soins des enfants de 0-5 ans	-Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports du programme de recherche	

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
	Paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées de santé	Comptes nationaux de la santé / Revue des dépenses en santé	
Résultats à court / moyen terme			
Effet levier du financement I3S: élargissement du paquet de soins de santé gratuits pour les enfants de 0 à 5 ans	Nombre d'épisodes de Soins néonataux intensifs couverts par les systèmes d'exemption de paiements ou par les mutuelles de santé	<ul style="list-style-type: none"> -Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports d'évaluation à mi-parcours et ex post -Rapports du programme de recherche -Audits -Etudes spécifiques 	Ressources humaines en place et financement courant sécurisé des institutions / agences /opérateurs CSU
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées: gestion des factures et paiements/remboursements	Délai moyen de remboursement des prestations dans le cadre des initiatives de gratuité		
	Délai moyen de remboursement des prestations dans le cadre des systèmes contributifs (mutuelles de santé)		
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées: contrôle des prestataires et validations des prestations facturées	Nombre de formations sanitaires contrôlées (avec rapports de validations des données (factures, indicateurs FBR, etc.)		
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées: système d'information (et de communication) opérationnel	Base de données en place: bénéficiaires (par catégorie socio-économique professionnelle) / prestations / paiements et statistiques produites en routine dans les rapports périodiques		
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées: achat stratégique de services et soins de santé	Groupes de travail mis en place pour l'intégration progressive des différentes stratégies d'achats de soins: remboursement des factures gratuité, remboursement des factures FBR, mutuelles de santé, etc.		
Le dialogue inter pays et le partage d'expériences CSU est instauré (systèmes apprenants)	Ateliers, forums, conférences sur le financement de la santé dans un cadre CSU pour partages d'expérience entre pays sahéliens		
Interventions stratégiques			
Contribution directe au financement de la CSU (gratuités, cotisations mutuelles, subventions au secteur privé non lucratif)	Taux d'exécution budgétaire I3S	Rapports I3S pour le COS	
Renforcement institutionnel: appui technique et financier aux institutions, agences et opérateurs CSU			
Recherche opérationnelle transversale			

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
I3S/CSU/Financement de la santé			

Conclusions et recommandations relatives à l'I3S en tant que telle

On a vu à travers les comptes rendus des premières réunions du COS (2013) que l'AFD appréhendait l'I3S de manière plus réaliste que les promoteurs de l'initiative qui voulaient associer (dans une causalité un peu étroite) « gratuité des soins pour les enfants » et « diminution de la mortalité infanto-juvénile ». L'AFD était déjà bien consciente que l'I3S allait devoir être plus qu'un simple remboursement de factures de soins des enfants. En s'attaquant au financement de la demande en matière de santé, l'I3S forçait d'une certaine manière l'AFD à sortir de sa zone de confort et, qui plus est, dans un mode de gouvernance (et de redevabilité) qui sortait de l'ordinaire, selon un calendrier contraint, et dans des contextes de fragmentation extrême à la fois de l'aide au développement et du financement de la santé (l'une entraînant souvent l'autre). Les contextes difficiles des pays ciblés par l'I3S étaient pourtant déjà bien connus et documentés, même en 2013. Et ces contextes n'ont pas évolué dans le bon sens : croissance économique sans profondeur ; gouvernance suboptimale ; « politique de l'offre » des PTF ; bilan de l'aide très décourageant.

Au cas où de nouvelles initiatives multi-pays (avec contenu et périmètres similaires) surgissaient, les recommandations sont les suivantes :

- **Pour le MAE et/ou les promoteurs des initiatives et leurs comités d'orientation :**
 - Ne pas trop limiter la cible (par exemple : SMI plutôt que seulement les enfants de moins de cinq ans) ou bien, inversement, sur base d'analyses de la charge de morbidité-mortalité, de restreindre la cible (par exemple : santé néonatale, ou malnutrition). L'élargissement ou le rétrécissement de la cible impliquent évidemment des modalités d'intervention différentes : c'est ce qui s'est déjà produit pour l'I3S, mais plus par défaut que par dessein (cofinancement des cotisations mutuelles pour l'ensemble de la population au Mali, forfait obstétrical au Tchad, enfants handicapés au Tchad, etc.). Eviter de ne financer qu'un bout de la chaîne du service de santé afin d'optimiser la performance des financements et la cohérence en matière de politique publique, et dans le cas spécifique de la SMI, pour ne pas aggraver la fragmentation des appuis au système sanitaire (qui implique une fragmentation du financement du système) :
 - Ne pas trop limiter la stratégie de financement appuyée : la Mauritanie et le Burkina ont été écartés parce qu'il n'y avait pas encore d'initiative de gratuité des soins pour les enfants au moment de l'instruction des projets (mais il n'y a pas non plus de gratuité dans le système des forfaits pédiatriques et obstétricaux au CHU Bon Samaritain de Ndjaména, ni dans l'adhésion aux mutuelles au Mali (le cofinancement de l'Etat malien et de l'AFD ne représentent que 80% des cotisations), ni finalement dans les exemptions de paiements au Niger qui se traduisent par des pénuries de médicaments dans les formations sanitaires publiques, obligeant les patients à recourir au secteur privé pour l'achat des médicaments prescrits). Il est important d'éviter de renforcer les querelles entre les différentes « chapelles/écoles de pensées » en mettant l'accent sur des stratégies d'interventions qui favorisent l'intégration des approches stratégiques et des pratiques opérationnelles.
 - Avant tout lancement d'une initiative, considérer l'importance de prendre le temps d'analyser le contexte et la pratique des acteurs au regard de l'objet traité (prendre en compte les conclusions des recherches, pratiques des bailleurs/PTF, etc.). Eviter de multiplier/empiler les initiatives, mais plutôt veiller à la cohérence de toutes les interventions. De plus, la pérennité ne doit pas être un critère (ou une condition) de

financement : la pérennité devient effective quand elle est inscrite dans la stratégie nationale du pays partenaire.

- Dans la mesure du possible, ne pas imposer des calendriers trop serrés et une redevabilité sur des résultats dans un temps trop court.
 - Elaborer un programme de recherche en concomitance avec l'instruction des projets qui seront financés sur l'initiative. Développer le cadre de redevabilité de l'initiative à partir du programme de recherche.
 - Aligner l'initiative sur une stratégie commune avec d'autres PTF. Il est nécessaire de renforcer la coordination entre bailleurs intervenant sur une même thématique. A ce titre, au-delà de la coordination avec l'UE, la récente création de l'Alliance Sahel pourrait être une excellente occasion d'améliorer l'harmonisation, la coordination et l'alignement et ainsi, l'efficacité en matière de d'aide au sous-secteur SMI, en tenant compte de la fragilisation des Etats dans la sous-région.
- **Pour l'AFD :**
 - Faire un plaidoyer pour redonner une place à part entière à la santé (dans le bilatéral/subvention) et à la protection sociale santé (en collaboration plus étroite avec EF et l'IRD) – il s'agirait d'un plaidoyer AFD en interne (pour obtenir davantage de subventions ou crédits bonifiés) et en externe (renforcer le bilatéral en santé).
 - Dans le cadre de calendrier contraint, renforcer la capacité de l'AFD à concilier des projets à réalisations rapides et des projets à résultats plus structurants sur le long terme.
 - Inclure la protection sociale santé dans la zone de confort de l'AFD (l'inclusion d'EF dans le groupe devrait favoriser cette orientation).
 - **Pour l'IRD**
 - Ajouter deux questions de recherche : (1) les systèmes "gratuité", FBR, mutuelles etc. peuvent-ils se renforcer mutuellement (au lieu de s'exclure en s'enfermant dans des "écoles de pensée")?; et (2) comment des systèmes de protection sociale en santé peuvent-ils inclure la contractualisation (conventions) des prestataires privés à but social pour élargir l'offre de services de qualité accessibles à une population vulnérable (cas de l'I3S au Tchad).

Recommandations génériques relatives aux projets I3S

La **première recommandation globale** concerne les systèmes d'information relatifs aux stratégies de financement appuyées par les projets I3S. Un système de protection sociale santé, quel qu'il soit, ne peut pas se concevoir sans un système d'information adéquat. Un projet d'appui à cette protection sociale santé devrait inclure comme élément principal (parmi les « composantes structurantes ») la construction d'un système d'information (non pas pour le projet lui-même, mais pour le système de financement (national) que le projet appuie).

La **seconde recommandation globale** concerne la mise à profit de l'I3S pour décloisonner les stratégies de financement de la santé. Les questions suivantes nous semblent pertinentes : comment canaliser les systèmes de gratuité à travers les mutuelles de santé ? Quel rôle les mutuelles de santé peuvent-elles jouer dans un système de financement basé sur les résultats ? Comment intégrer le secteur privé à but social dans les stratégies de gratuité (ou de subventionnement) ? Comment un système de financement basé sur les résultats peut-il rendre plus effectif un système d'exemption de paiements ?

Recommandations spécifiques relatives aux projets I3S (voir ci-dessous le résumé de l'évaluation de chacun des projets I3S)

Sénégal.

- L'I3S (et sa suite éventuelle) devrait se reconcentrer sur l'ACMU, et particulièrement sur le système d'information de l'ACMU : non pas tant sur ses aspects techniques ou technologiques, mais sur le type d'informations/données qui devront être récoltées (qui pourront fournir, après traitement, de véritables bases décisionnelles), et sur la qualité de ces données (mécanismes de contrôle et de validation à tous les niveaux). L'évolution d'un système de protection sociale santé ne peut se concevoir sans un système d'information pertinent et robuste : cela se vérifie pour le Sénégal, mais aussi pour les trois autres pays bénéficiaires de l'I3S. Il ne s'agit pas de remettre en cause la convention de financement (et sa partie relative à l'AMO), mais de recentrer le projet sur l'ACMU, tout en visant une synergie forte entre les deux plateformes d'information (système d'information ACMU et système d'information AMO) : tout appui aux systèmes d'information devrait avoir comme objectif un système global AMU (ACMU + AMO+ autres).
- Dans sa composante « appui à l'ACMU », le projet pourrait être complété par un appui en faveur des financements de la gratuité qui seraient canalisés au travers des mutuelles de santé avec un ciblage sur les plus populations les plus vulnérables.
- Enfin, le Sénégal pourrait être moteur dans l'animation d'une capitalisation opérationnelle sur l'I3S et la CSU (ou sous l'égide de l'UEMOA, avec la participation du TCHAD).

Mali. Le retard pris dans l'implémentation du projet limite le nombre de recommandations.

- Prévoir un plan B au cas où le taux de pénétration (ajusté du taux d'abandon) des mutuelles reste bien en deçà des projections ? Prévoir une évaluation de la composante mutuelle au plus tard début 2020.
- Voir dans quelles mesures certaines techniques de contrôle de qualité (vérification) utilisées par les systèmes FBR pourraient être adoptées par les mutuelles de santé?
- Le potentiel du programme d'adresser l'inégalité de genre peut encore être approfondi.
- L'appui par une assistance technique perlée pour la mise en place des toutes les composantes du DSE et pour la familiarisation des acteurs de la maîtrise d'ouvrage avec ces composantes devient essentiel.

Niger. Compte tenu de la faiblesse dans les réalisations/résultats du projet, une restructuration peut être envisagée : le COS, lors de la réunion du 13 mars 2018, a donné mandat à l'AFD pour enclencher un dialogue en ce sens avec les autorités Nigériennes. Les options discutées lors de la réunion du COS sont :

- Continuation de l'apurement des arriérés « gratuité » 2016-2017 (région de Dosso), mais en tenant compte d'un risque fiduciaire (comment valider la réalité de prestations de soins qui se sont passées il y a un ou deux ans ?)
- Paiement (trimestriel) des factures gratuité de manière prospective, sur base d'un réel contrôle/validation des factures émises par les formations sanitaires (vérification sur base des registres/rapports SNIS, et contrôle de la réalité des prestations sur base interview de patients (échantillons constitués par tirage au sort à partir des registres des formations sanitaires). Le système et les procédures de contrôle/vérification/validation devraient être similaires à ce qui est utilisé dans les systèmes FBR (pour éviter de multiplier des manuels de procédures qui ont tous le même objectif : le contrôle des factures émises par les formations sanitaires avant la mise en paiement).
- Recapitalisation des formations sanitaires par mise à disposition de stocks de médicaments essentiels SMI (en lieu et place du paiement des factures « gratuité »). Cette option élimine une grande partie du risque fiduciaire lié au paiement des factures « gratuité ».
- Alignement sur le système FBR tel qu'il est implémenté à Dosso (avec l'appui de la coopération belge) ou tel qu'il est implémenté à Tillabéry (avec l'appui de la KfW), ou tel qu'il a été implémenté

dans le district de Boboye (avec l'appui de la Banque mondiale). Le projet I3S devrait alors appuyer l'harmonisation entre les différentes approches FBR (renforcement des capacités « stratégie de financement santé / CSU » au niveau des ministères concernés, élaboration d'un manuel de procédures commun (national).

- Envisager un financement I3S utilisant le canal du Fonds commun santé Niger (quelle que soit l'option retenue ci-dessus).

Quelle que soit l'option (ou les options) choisies, le projet a besoin d'une assistance à maîtrise d'ouvrage (sous forme d'expertises perlées et non d'une assistance technique « à résidence ») et d'un plan de travail 2018/2019 réaliste (faisable) qui se concentrerait sur (1) l'amélioration des quelques outils utilisés pour la facturation (à tous les niveaux), (2) la consolidation des factures dans une base de données régionale (Dosso) permettant l'établissement d'états récapitulatifs fiables par niveau et constituant un premier noyau de système d'information « factures émises par les formations sanitaires », et (3) le développement d'un premier système de contrôle des factures simple et efficient. Finalement, on ne parle ici que d'un système de gratuité qui comprend 10 prestations gratuites effectuées à 5 niveaux (CS, CSI, HD, structures régionales et structures nationales – voir annexe 3) : l'informatisation (et le contrôle) d'un tel système ne devrait présenter aucune difficulté. Les expériences FBR doivent être mises à profit pour la mise sur pied du système d'information et de contrôle.

Tchad.

Concernant le quatrième objectif spécifique du projet (« *renforcer le financement des soins et les mécanismes solidaires d'exemption des paiements* »), nous proposons d'utiliser comme résultats attendus et indicateurs ceux qui figurent dans les conventions/contrats de financement avec les différents opérateurs : Handicap Santé, CDN, CHU BS, et le projet BASE, ce qui rendrait le cadre logique plus cohérent avec la réalité. On propose d'ajouter un résultat attendu qui a trait à la capitalisation (apprentissage/augmentation des connaissances) relative à ces expériences d'appui au secteur privé à but social. Le projet de recherche IRD pourrait documenter ce résultat en tentant de répondre à la question : « *comment les systèmes de protection sociale en santé peuvent-ils contracter des prestataires privés à but social pour élargir l'offre de services de qualité accessibles à une population vulnérable* » ?

EVALUATION DES PROJETS I3S

Comme l'I3S s'inscrit de facto dans le domaine de la protection sociale santé, nous avons tenté, pour chaque pays, de montrer les « points d'insertion » de l'I3S dans le schéma général du financement de la santé incluant les modalités d'extension de la couverture santé/maladie qui peuvent se résumer en 4 grands groupes :

- Les systèmes contributifs volontaires (de type « mutuelles de santé »), avec l'option, pour l'Etat, de prendre en charge une partie des cotisations pour la population considérée comme vulnérable (le financement est alors un mix contributif/redistributif).
- Les systèmes contributifs obligatoires généralement réservés au secteur formel (public et privé) où les cotisations peuvent être prélevées à la source.
- Les systèmes d'exemptions de paiements (partiels ou totaux) ou « gratuits » (pour des catégories de population et/ou de soins/services de santé) compensées par des allocations additionnelles (sur lignes budgétaires étatiques) aux formations sanitaires (subventions additionnelles en espèces et/ou en intrants). Il s'agit alors d'un système redistributif (qui n'implique pas de contribution financière spécifique de la population, autre que les systèmes d'impôts et taxes en vigueur). Ces subventions additionnelles (compensatoires ou non) peuvent être conditionnées à l'atteinte (vérifiée) de résultats prédéterminés et à la qualité (vérifiée) de ces résultats : on parle alors de financement basé sur les résultats/performance (FBR/FBP).
- Le système « classique » de financement du système de santé (généralement public) par le budget de l'Etat alloué à la santé, et qui s'apparente généralement à une subvention de l'offre en matière de santé (paiement des rémunérations du personnel et des frais de fonctionnement, et investissements). Ce système purement redistributif participe aussi à la couverture santé universelle. En théorie, rien n'interdit de penser qu'une couverture santé universelle puisse être atteinte uniquement par ce système de financement.

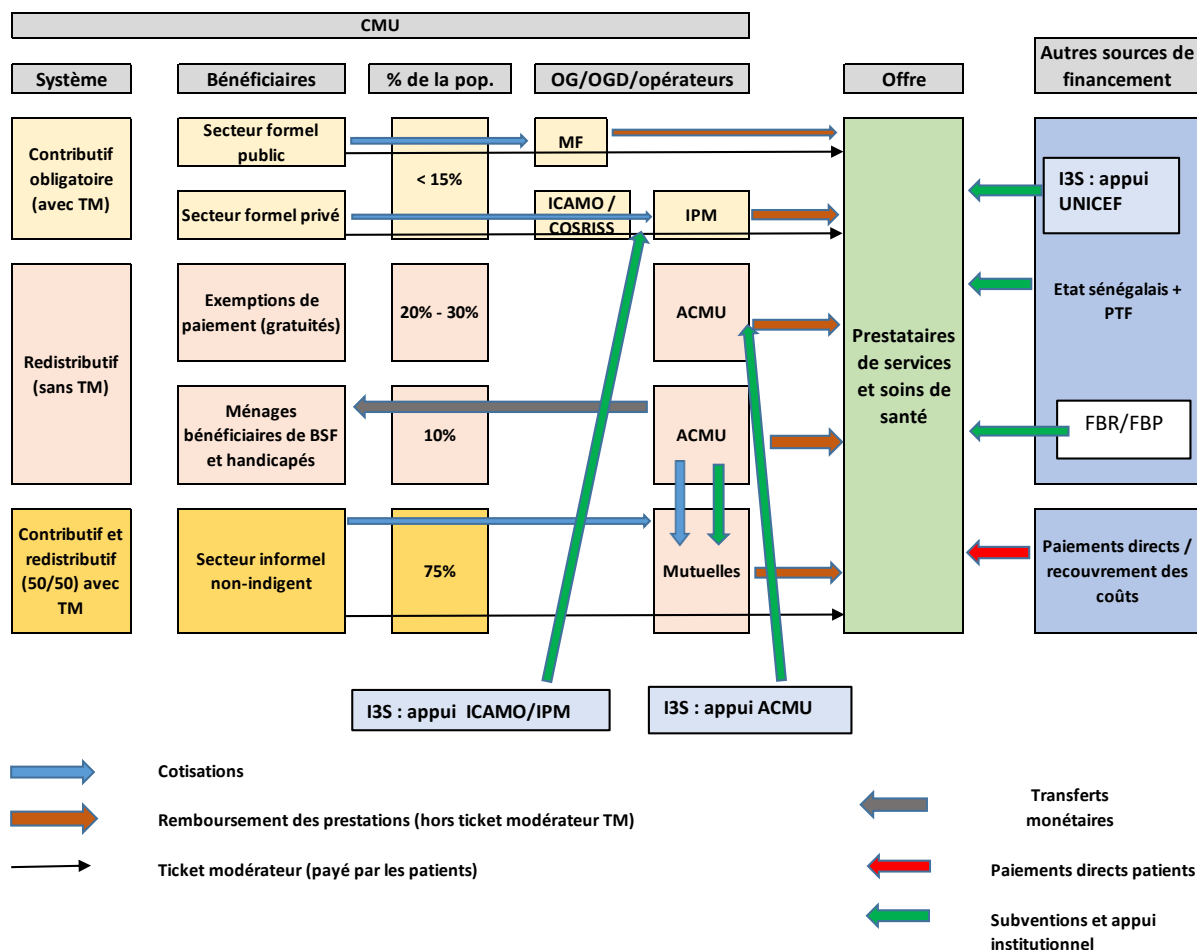
SENEGAL

La figure ci-dessous montre les points d'insertion de l'I3S (les 3 interventions indépendantes financées par l'I3S) dans la configuration du financement de la santé au Sénégal : (1) Contribution directe au remboursement des factures de soins des enfants de moins de cinq ans et renforcement des capacités de l'Agence de la couverture maladie universelle (ACMU) pour la gestion de la gratuité (gestion, contrôle de gestion, système d'information) ; (2) Projet d'extension du système (intersectoriel) d'enregistrement des enfants à l'état-civil et de l'amélioration du suivi des enfants par la systématisation de la distribution du carnet de santé à tous les nouveau-nés ; (3) Appui à l'élaboration du schéma directeur du système d'information du régime contributif obligatoire (AMO) des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) qui assurent la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé ainsi que leurs ayant-droits.

Le « *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017* » incluait l'extension de la gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans qui venait d'être décidée au plus haut niveau de l'Etat, ce qui a permis à l'I3S d'emprunter directement ce canal et d'éviter le canal « mutuelles » partiellement couvert par d'autres PTF. Il n'y a encore aucun système d'information qui permette de savoir à qui profitent vraiment les systèmes de gratuité (catégories socioéconomiques de la population, distribution géographique, etc.). Il semble qu'on s'oriente vers un système où les gratuits (et notamment la gratuité « enfants ») emprunteraient le canal des mutuelles (avec copaiement systématique des cotisations). L'I3S devra alors se positionner face à ce changement de cap. De toute façon, quelle que soit l'évolution de la stratégie CMU, les aspects « accréditation des formations sanitaires », « contrôle et

validation », et « protocoles et nomenclatures » vont devenir prépondérants (et cruciaux pour la qualité des services et pour la viabilité financière). Cela va impliquer également un renforcement de la coordination des différents appuis institutionnels à l'ACMU.

Financement de la santé et CSU au Sénégal



Concernant l'intervention mise en œuvre par l'UNICEF (enregistrement des enfants à l'état civil et distribution de carnets de santé), elle est pertinente et cohérente avec la volonté du gouvernement sénégalais de renforcer la mise en œuvre et le suivi des politiques de population, à travers notamment la modernisation de l'enregistrement et de l'exploitation des données de l'état civil (Plan Sénégal émergent). Cependant, cette intervention soulève quelques questions : pourquoi faut-il une approche projet pour appuyer une stratégie/politique nationale reprise dans un document tel que le « Plan Sénégal émergent » ? Faut-il continuer à utiliser le support papier connaissant les conditions de rangement de ces carnets en milieu rural ? Pourquoi ne pas aller plutôt vers une dématérialisation dans un système d'information de la CMU et de l'AMO ? Quelle est la pertinence/cohérence de carnets de santé écrits en français et destinés à des mamans qui ne sont pas nécessairement toutes alphabétisées en français ? Pourquoi ne pas mettre plus à profit les plateformes de téléphonie mobile pour la gestion de l'information ?

Nous questionnons l'appui de l'I3S au système d'information de l'assurance maladie obligatoire qui ne concerne que le secteur formel privé (population qui n'est sans doute pas la plus vulnérable et qui représente moins de 5% de la population totale). Nous ne remettons pas en cause la nécessité d'avoir un système d'information complet et solide pour l'AMO ; mais nous ne voyons pas pourquoi l'I3S doit être la source de

financement de ce système. Le budget estimatif pour le développement du SIAMO est estimé à 1 milliard CFA (1,52 millions euros), dont une partie sera financée sur I3S. Pour le développement du système d'information de l'ACMU, on parle de plusieurs milliards de CFA. Il ne semble pas que le dialogue entre les deux entités ait été suffisant pour assurer une véritable mutualisation des investissements (or ces deux entités seront un jour regroupées sous la même Caisse autonome de protection sociale universelle (CAPSU)). En termes de santé publique, et s'agissant d'un financement en subventions, le système d'information de l'ACMU n'est-il pas prioritaire pour un appui renforcé de l'I3S (non pas tant sur ses aspects techniques ou technologiques, mais sur le type d'informations/données qui devront être récoltées et sur la qualité de ces données (mécanismes de contrôle et de validation à tous les niveaux) ?

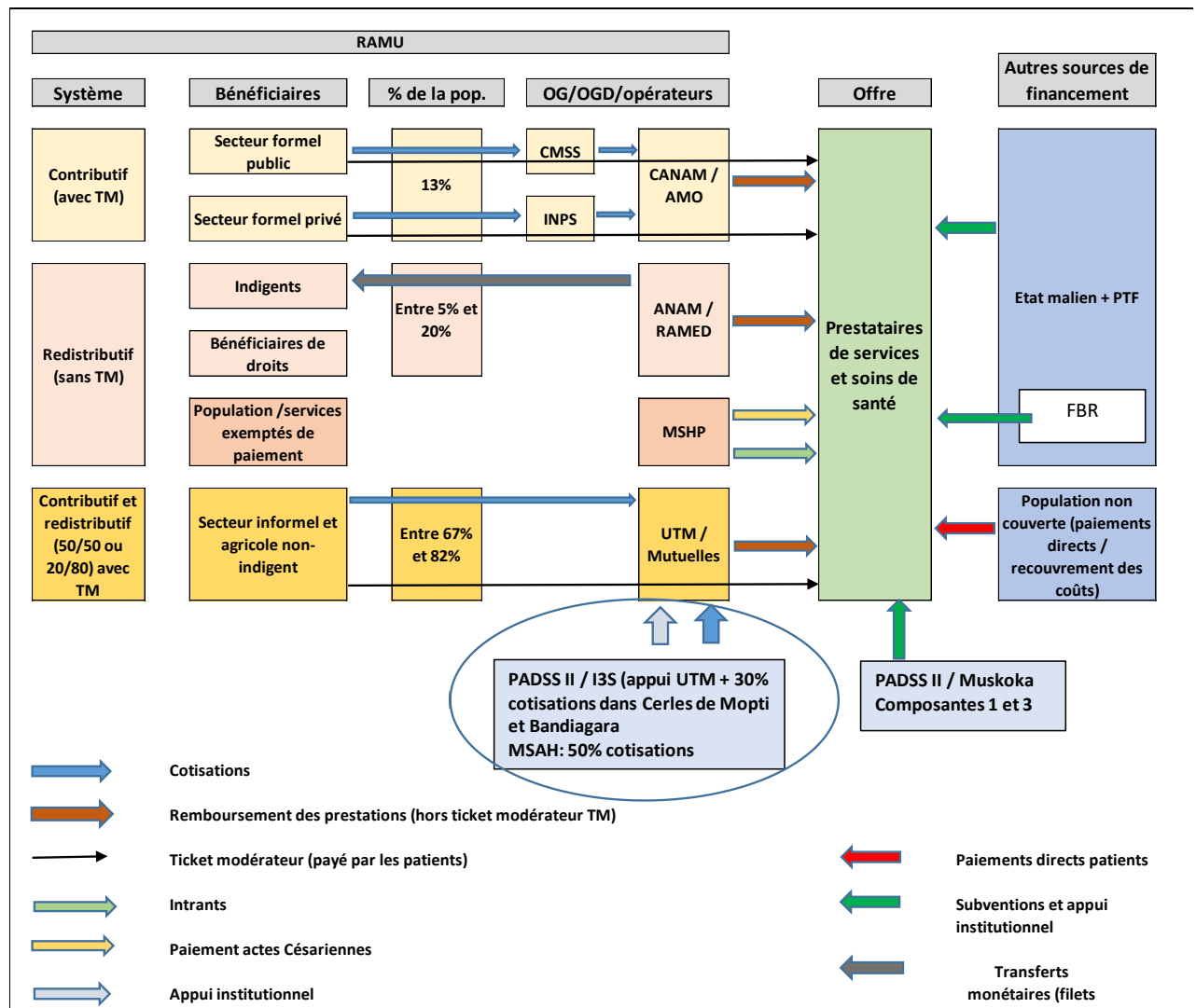
Cadre logique et dispositif de suivi-évaluation

Nous avons revu complètement la logique d'intervention, les cadres de performance, et les dispositifs de suivi-évaluation des interventions financées par l'I3S. La dimension 'genre' a été systématiquement adressée.

MALI

La figure ci-dessous montre les points d'insertion du PADSS II Mopti dans la configuration générale du financement de la santé du Mali. L'I3S finance principalement la deuxième composante du PADSS II Mopti qui est d'améliorer l'accessibilité financière aux soins, en étendant la couverture du risque maladie pour le secteur informel à travers le développement des mutuelles. Le choix était restreint pour l'I3S : emprunter le canal de l'exemption de paiement pour les enfants (limitée, et compensée par des intrants « paludisme », ou emprunter les systèmes contributifs (AMO et mutuelles). Les autres composantes du projet, sur financement Muskoka, relèvent du renforcement de l'offre en matière de santé.

Financement de la santé et CSU au Mali



Le couplage des financements I3S et Muskoka au sein d'un même appui (PADSS II dans son ensemble) est très cohérent : renforcement de l'offre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, appui au système mutualiste, et cofinancement direct d'une partie des cotisations aux mutuelles pour faire effet levier sur le taux d'adhésion.

Cette conjonction d'efforts ciblée principalement sur deux districts de la région de Mopti (une des régions les plus pauvres du pays où la plupart des indicateurs MICS ou EDS sont parmi les plus mauvais comparés aux moyennes nationales) permettra d'en faire une zone d'expérimentation et de démonstration des avantages potentiels d'une approche globale (offre et demande). Le PADSS II (et sa composante I3S) peut devenir le terrain privilégié pour la recherche menée par l'IRD.

Le financement I3S, dans son appui au système mutualiste et son cofinancement des cotisations des adhérents aux mutuelles dans les Cercles de Mopti et Bandiagara, ne cible pas des catégories particulières de population à l'intérieur du secteur informel non indigent (par exemple des groupes vulnérables comme les enfants et les femmes). Mais la politique de CSU du Mali ne prévoit ce genre de ciblage pour aucun de ses régimes, sauf, par défaut, dans le système de gratuité pour les césariennes et pour le traitement du paludisme pour les enfants (avec compensation par les intrants pour les formations sanitaires). L'I3S ne peut donc pas être à la fois pertinente vis-à-vis de son objectif initial (les enfants) et cohérente avec la stratégie CSU malienne.

La composante financée sur l'I3S devrait permettre de confirmer (ou d'infirmer) que l'augmentation de la couverture mutualiste du secteur informel non indigent est possible quand 80% des cotisations sont cofinancées (Etat + I3S). Ce serait la démonstration qu'un système contributif du type mutualiste (pour le secteur informel) est envisageable à la condition que les contributions soient (en grande partie) financées par le budget de l'Etat (donc par du système redistributif à partir de l'impôt). Mais la question se pose d'un éventuel plan B au cas où le taux de pénétration (ajusté du taux d'abandon) des mutuelles reste bien en deçà des projections. L'année 2020 semble un horizon raisonnable pour une évaluation externe de cette composante (efficacité, efficacité et impact) qui pourrait avoir un impact sur la reformulation de certains éléments de la politique CMU.

Le rôle de l'UTM dans le processus d'accréditation des formations sanitaires qui sera appuyé par les autres composantes du PADSS II n'est pas encore clair (pas plus que le processus d'accréditation lui-même). Il s'agira aussi de préciser le rôle de l'UTM dans la mécanique FBR qui se mettra en place dans la région de Mopti (projet Banque mondiale).

Une exploitation judicieuse des données des mutuelles devient essentielle : profil des adhérents et utilisation des services de santé par profil (mix adhérents/prestations : pourcentage des enfants de moins de 5 ans, pourcentage des soins néonataux dans l'utilisation des services de santé, pourcentage d'affiliation et d'utilisation des services par quintile socio-économique, âge, sexe, etc.).

Cadre logique et dispositif de suivi-évaluation

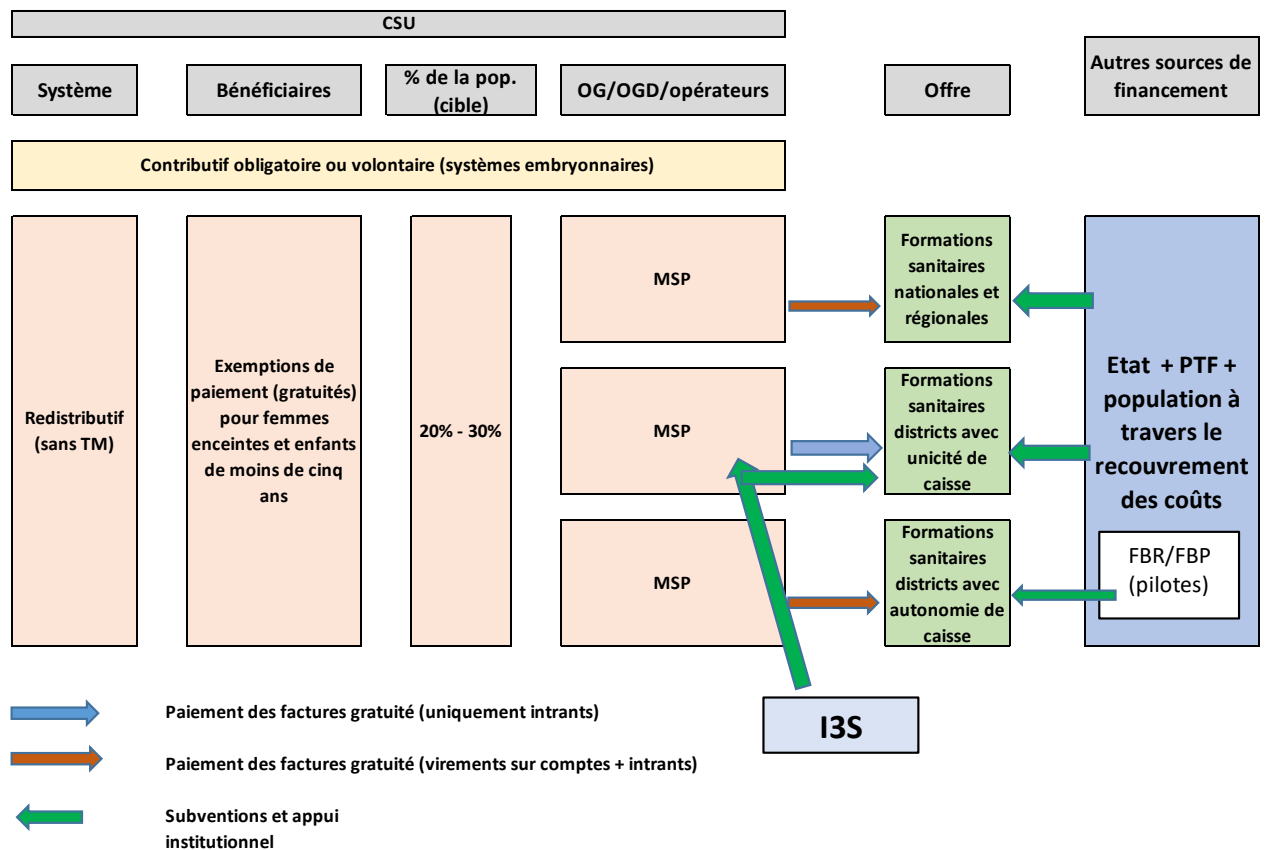
Nous avons revu complètement la logique d'intervention, le cadre de performance, et le dispositif de suivi-évaluation du PADSS II Mopti (pour ses 3 composantes) et nous avons pu partager notre travail avec l'équipe d'experts de l'assistance à maîtrise d'ouvrage qui venait de prendre ses fonctions à Bamako. La dimension 'genre' a été systématiquement adressée. La mise en place du comité de pilotage, du comité technique et la supervision par les quatre points focaux de la DNS, CPS, DFM et la DNPSES constituent une bonne base pour l'efficacité du dispositif de suivi-évaluation du PADSS II ; la quantité d'acteurs impliqués soulève toutefois des questions sur son efficacité. Pour éviter la duplication de rapports spécifiques, nous avons suggéré que l'UTM adopte le canevas de rapportage spécifique au PADSS II pour ses rapports périodiques à l'échelle nationale.

NIGER

La figure ci-dessous montre le point d'insertion de l'I3S dans la configuration générale du financement de la santé au Niger. Depuis 2005, le Niger a instauré des systèmes successifs d'exemption de paiement pour les soins relatifs à la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans, des femmes enceintes, des césariennes, des cancers gynécologiques et de la planification familiale. L'Etat devait se substituer, comme tiers-payant, au paiement direct de ces patients couverts par les exemptions. Ce système a très vite buté sur des problèmes organisationnels (établissement et circulation des « factures gratuité ») et financiers (lignes budgétaires insuffisantes et non exécutées, tarifs forfaitaires non adaptés aux coûts réels de production des services et soins) mis en évidence dans un rapport d'audit de 2012.

La France est le seul bailleur qui ait contribué directement (de manière très substantielle) au paiement des « factures gratuité », soit sur aide budgétaire globale, soit plus récemment sur financement I3S.

Financement de la santé et CSU au Niger



Le projet I3S était sans doute pertinent au moment de son instruction lorsque la nouvelle stratégie nationale de financement de la santé venait d'être validée (2012) et laissait espérer une implémentation planifiée avec la mise en place d'un Fonds social santé. Le choix était de toute façon restreint : emprunter le canal de la gratuité, ou initier des phases pilotes de FBR ou de systèmes mutualistes (le choix du canal 'gratuité' était cohérent avec les appuis précédents de l'AFD). Mais le projet a démarré très tardivement et la stratégie nationale de financement de la santé est restée lettre-morte. En conséquence, le projet a été principalement

utilisé comme substitut à l'aide budgétaire précédente, c'est-à-dire pour apurer les arriérés (et recapitaliser sous forme d'intrants) des formations sanitaires de la région de Dosso. Mais il n'y a pas encore eu d'appui véritablement structurant. Le financement I3S (dans sa composante 'apurement des arriérés') risque de devenir plus une simple substitution qu'une contribution. Et l'inertie du Niger pour structurer une démarche CSU avait été sous-estimée lors de l'instruction et du démarrage du projet.

Le problème n'est pas la cohérence du projet avec les objectifs de l'I3S, mais la cohérence du gouvernement nigérien avec ses propres initiatives d'exemption de paiement des soins.

L'enjeu pour le temps restant du projet sera la mise en place d'un système d'information « gratuité » adéquat (simple et robuste). Le projet a besoin d'un plan de travail 2018 réaliste (faisable) qui se concentrerait sur (1) l'amélioration des quelques outils utilisés pour la facturation (à tous les niveaux), (2) la consolidation des factures dans une base de données régionale (Dosso) permettant l'établissement d'états récapitulatifs fiables par niveau et constituant un premier noyau de système d'information « gratuité », et (3) le développement d'un premier système de contrôle des factures simple et efficient.

Si l'Etat nigérien ne montre pas d'amélioration dans le paiement des factures gratuité (notamment au niveau périphérique), l'engagement de la deuxième tranche I3S destinée à apurer les arriérés de factures de Dosso ne serait plus une contribution au financement de la gratuité, mais une substitution pure et simple.

TCHAD

Le PASST II, qui combine les financements Muskoka et I3S, est un « Projet de projets » : c'est dans son cadre qu'ont été signés les contrats et conventions repris dans le tableau ci-dessous (dans l'ordre chronologique). Au moment de la mission de terrain au Tchad, il subsistait une confusion certaine entre ce qui était financé sur I3S et ce qui était financé sur Muskoka. La répartition entre les deux sources de financement, telle qu'elle apparaît dans le tableau ci-dessous, est donc basée sur des hypothèses élaborées par l'équipe d'évaluation sur base du contenu des contrats.

Nous avons été informés en janvier 2018 que l'AFD avait effectué l'exercice de répartition, mais qui ne correspond plus à ce que nous présentons ci-dessous : ainsi une partie du contrat avec EF est maintenant considérée comme financée par l'I3S et le contrat avec Handicap Santé est considéré comme financé par Muskoka).

Notre évaluation concerne donc les interventions que nous avons classées dans la catégorie « I3S » et n'est donc pas basée sur la répartition effectuée par l'AFD.

Contrats et conventions signés dans le cadre du PASST2 (Tchad)

	Date signature	Montant Euros	Montant CFA	Durée	Montant sur financement I3S
Convention entre le MSP et le Centre Djenandoum Naasson	15-09-15	200.000	131.191.400	24 mois à partir de septembre 2015	200.000
Avenant à la convention avec le Centre Djenandoum Naasson	Juillet 17	36.298	23.809.927	Septembre à décembre 2017	36.298
Convention entre le MSP et l'Ecole de santé de Bebalem (ECOSEET)	Septembre 15	300.000	196.787.100	48 mois à partir de septembre 2015	0
Convention entre le MSP et le CHU Bon Samaritain	29-10-15	477.928	313.500.217	36 mois à partir de novembre 2015	187.055

	Date signature	Montant Euros	Montant CFA	Durée	Montant sur financement I3S
Avenant à la convention CHU Bon Samaritain	2017	193.889	127.182.847	Idem	193.889
Contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et l'ONG BASE	29-02-16	1.399.828	918.227.159	36 mois à partir de février 2016	120.000
Avenant au contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et l'ONG BASE	2016	158.188	103.764.670	Idem	0
Contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et Expertise France	21-03-16	3.000.000	1.967.871.000	48 mois à partir de mars 2016	0
Avenant au contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et Expertise France	2016	400.000	262.382.800	36 mois	0
Convention entre le MSP et Handicap Santé	01-04-16	155.200	101.804.526	24 mois à partir d'avril 2016	155.200
Contrat d'assistance à maîtrise d'ouvrage entre le MSP et CREDES ²	01-12-16	682.950	447.985.833	36 mois à partir de décembre 2016	?
Total		7.004.282	4.594.507.480		892.442

Le PASST II est avant tout la continuation d'un premier projet qui s'est terminé en 2014 : même ciblage géographique, mêmes maîtrises d'ouvrage déléguées. Certaines personnes-ressources interviewées ont parlé d'un système de santé sinistré : les besoins de renforcement du système sont donc aussi urgents que les besoins d'amélioration de l'accès financier aux soins pour des groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants de moins de cinq ans.

Toutes les activités supportées par le PASST II (y compris celles financées par Muskoka) sont certainement pertinentes par rapport aux politiques, stratégies, priorités et besoins nationaux. Le couplage des financements I3S et Muskoka au sein d'un même appui aurait pu augmenter la cohérence de cet appui : mais, en dehors du projet BASE dans le Logone occidental, le renforcement de la demande (amélioration de l'accès financier) ne s'est pas fait là où le projet renforçait l'offre.

Il était normal que le financement I3S ne vienne pas compléter les lignes budgétaires « gratuité » de l'Etat : ces gratuités ne visaient pas spécifiquement les enfants ou les femmes enceintes (bien que l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers ait été forte spécialement pour les services obstétricaux et pédiatriques). De plus, la compensation de la gratuité ne se faisait que sous forme d'intrants additionnels. Enfin, il semble qu'entre 2013 et 2015, les lignes budgétaires gratuité (dotations de l'Etat destinées à compenser la gratuité) aient été exécutées sans besoin d'appui externe.

Le financement I3S au Tchad, contrairement aux 3 autres pays bénéficiaires, s'est notamment concentré sur l'accès aux soins et services de santé dans quelques formations privées à but social. L'appui de l'I3S a grandement facilité l'accès à des soins obstétricaux et pédiatriques de qualité au CHU Bon Samaritain de Ndjaména/Walia, l'accès à des interventions chirurgicales pour les enfants handicapés du Logone grâce à la collaboration entre Handicap Santé, la Maison Notre Dame de la Paix (Centre pour handicapés de Moundou) et l'hôpital régional de Moundou, et l'accès aux services de dépistage/prévention (notamment PTME)/traitement/suivi psychosocial du CDN pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (dont les enfants) dans le Logone.

Il y a peu (sinon pas) de possibilités pour ces 3 structures bénéficiaires de l'I3S de rendre pérenne, sur base de leurs fonds propres, cette amélioration de l'accès financier pour les groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants, enfants handicapés, femmes/enfants vivant avec le VIH/SIDA). On pourrait recommander

² Il est à noter que le contrat d'assistance à maîtrise d'ouvrage est le dernier contrat à avoir été signé (en décembre 2016).

que ces appuis I3S au secteur privé à but social montrent la voie vers un renforcement d'approches de type « public-privé ». Mais le contexte économique et budgétaire du Tchad ne permet pas d'être optimiste à ce propos, à moins d'une véritable décision politique en faveur d'un élargissement du financement de l'Etat vers le secteur privé non lucratif sur des bases contractuelles qui pourraient même s'inspirer de certains éléments du FBR. C'est peut-être une piste pour une continuation de l'appui I3S.

On peut questionner le choix du Tchad comme bénéficiaire de l'I3S, surtout si on le compare au Burkina Faso qui a été écarté lors de la phase d'instruction des projets. On ne voit pas bien à ce stade quels étaient les avantages comparatifs du Tchad en termes de maturité d'une réflexion ou d'une stratégie pour une approche CSU.

Le cadre logique initial doit certainement être revu et surtout simplifié. Concernant le quatrième objectif spécifique (« renforcer le financement des soins et les mécanismes solidaires d'exemption des paiements »), nous proposons d'utiliser comme résultats attendus et indicateurs ceux qui figurent dans les conventions/contrats de financement avec les différents opérateurs : Handicap Santé, CDN, CHU BS, et le projet BASE, ce qui rendrait le cadre logique plus cohérent avec la réalité du projet. On pourrait ajouter un résultat attendu qui a trait à la capitalisation (apprentissage) relative à ces expériences d'appui au secteur privé à but social.

Introduction

La France a lancé en mai 2013 l'Initiative Solidarité Santé Sahel³ (I3S) visant à faciliter l'accès financier aux soins des enfants dans les pays du Sahel, en accompagnant les pays politiquement engagés dans la mise en place de systèmes solidaires d'accès aux soins en faveur de cette population. Sur les six pays initialement ciblés (Sénégal, Mali, Niger, Tchad, Burkina Faso et Mauritanie), seuls les quatre premiers ont bénéficié de l'I3S. Un Comité d'orientation stratégique (COS) est chargé d'échanger et de discuter sur les orientations stratégiques de l'I3S, l'instruction des projets, les rapports d'activités annuels rendant compte de l'état d'engagement et d'exécution des projets, et de promouvoir l'I3S et les problématiques relatives aux mécanismes visés.

En juillet 2017, l'AFD a contracté le bureau **hera** pour effectuer l'évaluation *in itinere* de l'I3S⁴. Cette évaluation inclut deux volets :

- L'évaluation elle-même qui s'inscrit dans une double finalité de redevabilité (appréciation des processus de décision et gouvernance de l'initiative) et d'apprentissage (premiers enseignements des projets initiés dans les 4 pays bénéficiaires) quant à la mise en place de facilités dédiées à des thématiques et des géographies particulières.
- L'appréciation des logiques d'intervention (cadres logiques) et des dispositifs de suivi-évaluation (DSE) et de leur mise en œuvre pour deux projets : Sénégal et Mali.

Le présent rapport « Rapport final » est le cinquième livrable⁵ tel que prévu par les termes de référence (TdR) de l'évaluation de l'I3S : il inclut certains points de discussion et les recommandations issus de la réunion du COS de 13 mars 2018 au cours de laquelle le rapport final provisoire avait été présenté, et est constitué de deux parties⁶ :

- La première partie comprend l'évaluation de l'I3S en tant que telle (c'est-à-dire en tant que « *financement fléché sur une thématique particulière au sein du secteur santé* »).
- La seconde partie comprend quatre sections correspondant à l'évaluation des projets et/ou des interventions financées par l'I3S dans les quatre pays bénéficiaires (Sénégal, Mali, Niger et Tchad). Chaque section est structurée de manière identique :
 - Introduction ;
 - Contexte (démographie/santé, politiques et stratégies sectorielles, système de santé, contexte économique, financement de la santé) ;
 - Projet I3S (objectifs et réalisations) avec un focus particulier sur les composantes / interventions financées par l'I3S pour les projets à financement mixte (Muskoka et I3S) ;
 - Evaluation du projet I3S : pertinence, cohérence et questions évaluatives ;

³ L'I3S est financée par le fonds de solidarité pour le développement pour un montant de 30 millions €. Les fonds sont gérés par l'AFD selon les modalités appliquées aux projets financés sur le programme 209 (Solidarité à l'égard des pays en développement).

⁴ L'équipe d'évaluation était composée de Marc Réveillon (responsable de l'évaluation), Alice Behrendt (en charge de l'appréciation des aspects « logique d'intervention et dispositif de suivi-évaluation » des projets I3S au Mali et au Sénégal), Amadou Mbaye (consultant pays: Sénégal), Oumar Ouattara (consultant pays: Mali), Mahamane Karki (consultant pays: Niger) et Abel Morbé Mbainadjina Ngartelbaye (consultant pays: Tchad).

⁵ Le premier livrable était « Le compte rendu de la réunion de lancement de l'évaluation de l'I3S » du 13 juillet 2017 ; le deuxième livrable était « La note de cadrage de l'évaluation I3S » du 1er octobre 2017. Le troisième livrable qui incluait les comptes rendus pays (évaluation des projets financés par l'I3S au Sénégal, au Mali, au Niger et au Tchad) a été soumis à l'AFD le 20 décembre 2017. Le quatrième livrable était le rapport final provisoire qui a été présenté au COS le 13 mars 2018.

⁶ Selon les TdR, l'évaluation porte à la fois sur l'initiative telle qu'elle a été pensée puis formalisée et sur le contenu des projets I3S qui traduisent sa mise en œuvre.

- Analyse du cadre logique et du dispositif de suivi-évaluation (DES) du projet (uniquement pour les projets Sénégal et Mali). Comme requis par les termes de référence de l'évaluation I3S, l'analyse du cadre logique et du DSE du projet Mali (PADSS II) couvre toutes les composantes du projet et non les seules composantes financées sur I3S ;

PARTIE 1 – EVALUATION DE L'I3S

1 L'I3S DANS L'ARCHITECTURE GLOBALE DE L'APD FRANÇAISE

Il nous semble utile, comme préalable à l'évaluation elle-même, de situer l'I3S dans l'architecture de l'Aide publique au développement (APD) française⁷ et plus précisément dans l'APD santé : que représente l'I3S dans l'APD, quelles sont ses singularités⁸ ?

Le montant total de l'APD française était de 9,5 Md€ en 2017⁹. Le tableau-ci-dessous montre le total de l'APD 2017 désagrégé par source de financement : dépenses sur le budget général de l'Etat (79%) et dépenses hors budget (21%). Le cœur de la politique d'aide publique au développement est constitué des deux programmes de la mission « Aide publique au développement » : le programmes 110 « Aide économique et financière au développement » et le programme 209 « Solidarité à l'égard de pays en développement » qui à eux seuls représentent 40% du total de l'APD (ou 66% du total des missions/programmes). On remarque la contribution au budget communautaire (Union européenne) (à l'intérieur du budget général de l'Etat, mais comme « recettes affectées ») et la contribution au Fonds européen de développement (FED) (budgétisé à l'intérieur du programme 209).

Tableau 1 APD 2017 par source de financement

Mission/programme	PLF 2017 (M€)	En %
Budget général de l'Etat	7.534	79%
Missions/programmes	5.874	62%
<ul style="list-style-type: none"> • Aide publique au développement/ P209 - Solidarité à l'égard des PED 	1.597	17%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dont contribution au FED 	742	8%
<ul style="list-style-type: none"> • Aide publique au développement/ P110 - Aide économique et financière au développement 	2.174	23%
<ul style="list-style-type: none"> • Autres missions/programmes 	2.103	22%
Recettes affectées (ou prélèvement sur recettes) : contribution au budget communautaire (UE)	1.660	17%
Hors budget général de l'Etat	1.969	21%
Fonds de solidarité pour le développement (sur TSBA et TTF)	738	8%
Autres	1.231	12%
Total	9.503	100%

⁷ Le but n'est évidemment pas d'informer les membres du Comité d'orientation et de suivi (COS) qui proviennent des institutions concernées (AFD et ministères), mais de renseigner les autres membres du COS (ONG, experts, etc.) et tout autre lecteur éventuel du rapport d'évaluation.

⁸ Cette section est basée sur le document de politique transversale (DPT) annexé au projet de loi de finances 2017 (PLF2017) et sur le rapport bisannuel du MAE (2017) - Mise en œuvre de la stratégie française d'aide au développement 2014-2015-.

⁹ À titre de comparaison, l'APD totale des membres du CAD de l'OCDE était de l'ordre de 137 milliards de dollars en 2014, contre 500 milliards de dollars d'investissements directs étrangers effectués dans les PED et 400 milliards de dollars de transferts de migrants par an. En 2016, les chiffres de l'OCDE montrent (1) qu'aucun pays du Sahel n'était dans les 10 premiers bénéficiaires de l'APD brute française (33% du total) (mais la Côte d'Ivoire et le Cameroun étaient en 3ème et 4ème position), (b) que l'ASS recevait 31% de l'APD brute française et les pays les moins avancés 16,4%, et (c) les secteurs de l'éducation et de la santé recevaient 18,1 % de l'APD brute française.

L'I3S est financée à partir du Fonds de solidarité pour le développement (FSD), et donc hors budget général de l'Etat. Le FSD a été créé par l'article 22 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, et est financé par la taxe de solidarité sur les billets d'avion (TSBA) depuis 2006, et par une fraction de la taxe sur les transactions financières (TTF) depuis 2013 (voir tableau ci-dessous : exécution pour les années 2010 à 2016, et prévisions pour 2017).

Tableau 2 Affectation de la TSBA et de la TTF au FSD 2010--2017

(en M€ et en %)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total TSBA	163	175	185	185	204	222	230	230
Montant affecté au FSD	163	175	185	185	204	210	210	210
Montant versé au budget général						12	20	20
Total TTF				766	871	1057	1093	1106
Part affectée au FSD (en%)				10%	15%	25%	-	-
Plafond de l'affectation au FSD				60	100	140	260	-
Montant affecté au FSD				60	100	140	260	528
Part affectée à l'AFD (%)							25%	?
Montant affecté à l'AFD							268	?
Montant revenant au budget général de l'Etat				706	771	917	565	578
Total 2 taxes	163	175	185	951	1075	1279	1323	1336
Total montant affecté au FSD	163	175	185	245	304	350	470	738
Part affectée au FSD (en %)	100%	100%	100%	26%	28%	27%	36%	55%
Total montant versé au budget général de l'Etat	0	0	0	706	771	929	585	598
Part affectée au budget de l'Etat	0%	0%	0%	74%	72%	73%	44% ¹⁰	45%

L'AFD gère le FSD et effectue les versements pour le compte de l'Etat, sous la supervision et les instructions d'un comité de pilotage interministériel. La trésorerie du FSD est gérée de manière fongible : il n'est donc pas possible de flécher les ressources du FSD (TTF ou TSBA) vers une dépense particulière¹¹. Les bénéficiaires des ressources du FSD sont fixés par décret¹². Depuis 2013, les nouveaux émargements au FSD, outre l'I3S, sont constitués par le Fonds vert pour le climat, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), le fonds fiduciaire de l'Initiative pour l'alimentation en eau et l'assainissement en milieu rural (RWSSI) de la Banque africaine de développement.

¹⁰ Pourcentages calculés sur totaux hors montant affecté à l'AFD.

¹¹ C'est donc par abus de langage qu'on parle de l'I3S comme étant financée par les taxes sur les transactions financières.

¹² Facilité de financement internationale pour la vaccination (IFFIm), Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), Facilité internationale d'achat de médicaments (UnitAid), Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), Fonds fiduciaire de l'Initiative pour l'alimentation en eau et l'assainissement en milieu rural (RWSSI), **Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S)**, Fonds vert pour le climat (FV), Fonds d'adaptation (FA), Clean Technology Fund (CTF), Dépenses d'aide au développement bilatérale et multi-pays réalisées par l'Agence française de développement (AFD), y compris bonifications des prêts aux Etats étrangers en développement, Aides budgétaires globales (ABG) aux pays en développement, Fonds d'expertise technique et d'échanges d'expériences (FEXTE), Facilité Vulnérabilités Crises de l'AFD, Fonds pour l'Environnement mondial (FEM) (bilatéral), Fonds pour Pays les moins avancés (Fonds PMA/Least Developed Countries Fund (LDC Fund), Dépenses d'assistance technique aux pays en développement réalisées par Expertise France, Partenariat mondial pour l'éducation (PME), Climate Risk Early Warning Systems (CREWS), African Risk Capacity, Central Africa Forest Initiative (CAFI) du Programme des Nations unies pour le développement, African Renewable Energy Initiative (AREI), Unité de soutien technique au groupe de travail 1 - Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat (GIEC) (TSU - IPCC), Fonds « Land Degradation Neutrality » de la convention des Nations unies, Plateforme de partenariat NDC Partnership du World Resources Institute, Facilité de financement des collectivités territoriales françaises (FICOL), AFD, Protocole de Montréal, Fonds français pour l'environnement mondial (FFEM), Partenariat mondial pour la réduction des gaz torchés (GGFR, Global Gas Flaring Reduction public-private partnership), Organisation mondiale de la santé (OMS).

Ce n'est donc qu'à titre subsidiaire que le FSD finance des dépenses d'aide bilatérale. Le tableau ci-dessous montre les dépenses sur FSD de 2015 à 2017.

Tableau 3 Dépenses sur FSD 2015-2017

	2015 (exécution)		2016 (prévisions)		2017 (prévisions)	
	En M€	En %	En M€	En %	En M€	En %
Santé	260	69%	472	64%	508	69%
IFFIm	25	7%	26	4%	68	9%
GAVI	0	0%	22	3%	0	0%
UNITAID	62	16%	88	12%	80	11%
FMSTP	173	46%	328	44%	360	49%
I3S	0	0%	8	1%	0	0%
Climat/Environnement	118	31%	147	20%	230	31%
RWSSI	14	4%	0	0%	0	0%
Fonds vert	104	28%	62	8%	163	22%
Dépenses climat (dons projets et dons multi)	0	0%	85	12%	67	9%
Autres domaines	0	0%	119	16%	0	0%
Partenariat mondial pour l'éducation (PME)	0	0%	8	1%	0	0%
Aides budgétaires en dons	0	0%	21	3%	0	0%
Coopération technique	0	0%	2	0%	0	0%
Bonification de prêts de l'AFD	0	0%	88	12%	0	0%
Total	378	100%	738	100%	738	100%

En termes de canaux de l'aide en 2017, l'APD bilatérale représente 59%, l'APD multilatérale européenne 25% et l'APD multilatérale autre 16%. Outre sa contribution communautaire, la France utilise le canal multilatéral pour intervenir dans certains secteurs stratégiques prioritaires : dans le secteur de la santé en premier lieu, où l'APD française est massivement multilatérale¹³, et dans l'environnement. En 2015, l'aide bilatérale dans le secteur de la santé se partageait entre dons (101 M€) et prêts (112 M€ ?) et ne représentait pas plus de 3% du total de l'APD.

En 2017, les ressources de l'AFD provenant du budget de l'Etat s'élevaient à 1,335 Md€¹⁴. En 2015, les dons-projets (y compris l'I3S) engagés par l'AFD s'élevaient à 162 M€ en Afrique subsaharienne (dont 146 M€ pour les pays pauvres prioritaires (PPP)). En 2015 toujours, l'AFD avait engagé 51 M€ dans des dons-projets dans le secteur de la santé et de la lutte contre le SIDA. Malheureusement, le DPT APD ne montre pas de tableau croisé « répartition sectorielle/répartition géographique ».

Le rapport bisannuel du MAE¹⁵ confirme que « *Dans un contexte où l'interconnexion croissante des enjeux nationaux et internationaux conduit désormais à rechercher des réponses communes et globales, la France privilégie le canal multilatéral pour soutenir le secteur de la santé dans les PED* », et affirme que « *En matière de complémentarité entre les composantes bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé demeure exemplaire. Ainsi, en 2014, alors que l'aide bilatérale de la France dans le domaine de la santé s'est élevée à 426 millions d'euros*¹⁶, l'aide multilatérale française totale imputée au secteur de la santé a atteint 628,8

¹³ Paradoxalement, le DPT APD mentionne également la santé comme priorité pour la coopération bilatérale : « *Les actions de la coopération bilatérale sont mises en œuvre dans le cadre des priorités sectorielles définies par le CICID (santé, etc.)* ».

¹⁴ Dont 502 M€ pour le programme 853 « Prêts à l'AFD en vue de favoriser le développement économique et social des Etats étrangers », 315 M€ pour « les bonifications de prêts aux Etats étrangers » (Action 02 du programme 110 – Aide économique et financière au développement ». La part du budget du programme 209 « solidarité à l'égard des pays en développement » (Action 02 : coopération bilatérale) représentait 422 M€, dont 333 M€ pour la ligne « transferts à l'AFD – dons-projets, ONG, assistance technique »).

¹⁵ MAE, Mise en œuvre de la stratégie française d'aide au développement (2014-2015) – Rapport bisannuel - 2017.

¹⁶ Ce qui contredit les autres chiffres venant du DPT.

millions d'euro¹⁷, soit un total de 1,05 milliard d'euros de l'APD française consacrée à la santé mondiale ». Mais, quelques lignes plus loin, il est dit que « Les engagements en faveur du secteur de la santé n'ont représenté que 3 % des engagements bilatéraux en 2015 ».

Il ressort de cette analyse que :

- L'I3S, qui est de l'aide bilatérale entièrement dédiée au secteur santé, est financée par un fonds destiné quasi exclusivement à financer de l'aide multilatérale¹⁸ dans les secteurs de la santé et de l'environnement.
- Si le montant I3S rapporté au total de l'APD française dans le secteur de la santé semble marginal, il est en revanche assez conséquent si on le compare à l'APD bilatérale sous forme de dons gérée par l'AFD et destinée aux pays pauvres prioritaires (dont font partie les 6 pays visés par l'I3S).

¹⁷ Ce qui contredit l'assertion du DPT : " Dans le secteur de la santé en premier lieu, où l'APD française est quasi exclusivement multilatérale...".

¹⁸ Les affectations directes de budgets à l'AFD à partir du FSD vont peut-être modifier cette répartition entre APD bi et multi.

2 EVALUATION DE L'I3S (CRITERES D'EVALUATION ET QUESTIONS EVALUATIVES)

2.1 PERTINENCE¹⁹ DE L'I3S

Comment l'initiative a-t-elle émergé ? Comment a-t-elle évolué (périmètre, contenu, calendrier, montant, pays ciblés) entre son émergence et sa formalisation, et pour quelles raisons ?

L'évolution inquiétante des indicateurs liés à la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5) dans bon nombre de pays de l'Afrique subsaharienne ont amené, dans la seconde moitié des années 2000, les pays et leurs partenaires techniques et financiers à questionner l'accessibilité (notamment financière) des services et soins de santé pour les femmes et les enfants et à une première remise en question de la pertinence du système de recouvrement des coûts pour ces catégories de la population²⁰. Après 15 ans de mise en route parfois laborieuse de la participation financière des populations aux soins de santé dans les structures publiques (Initiative de Bamako), la notion de gratuité (ou d'exemption de paiement) ciblée sur des catégories de population définies comme vulnérables (par exemple les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans) refaisait son apparition. Parallèlement, le concept de CSU acquérait ses lettres de noblesse et tendait à s'imposer comme un nouveau leitmotiv dans le monde de l'APD. La vague des « gratuités ciblées » comme éléments constitutifs d'une CSU commençait. D'autre part, la France se positionnait comme chef de file en faveur d'une protection sociale santé élargie, et considérait sa contribution à l'initiative Muskoka (ciblant la santé maternelle et infantile) comme insuffisante (en volume financier), trop éparpillée, et ciblant trop exclusivement le renforcement de l'offre en matière de services et soins de santé. C'était le terreau sur lequel pouvait fleurir une initiative telle que l'I3S. Nous en retraçons les différentes étapes ci-dessous.

Emergence et formalisation

Le document le plus ancien (voir la figure ci-dessous pour la chronologie I3S) que nous ayons pu trouver et qui mentionne une utilisation potentielle de la TTF pour le financement de la santé en Afrique est une **note²¹ de l'AFD datée du 25 octobre 2012** (signée C. Barrier) qui explique « *la nécessité d'un effort bilatéral supplémentaire à décaissement rapide, à travers l'affectation du produit de la taxe sur les transactions financières française à un subventionnement des cotisations aux mutuelles de santé et/ou le financement des initiatives de gratuité existantes, qui permettrait à la France de mieux respecter ses engagements en matière de santé des femmes, des mères et des enfants, et de tenir aussi ses engagements en matière d'accessibilité financière et de couverture du risque maladie. La TTF constitue à cette fin une source de financement bien adaptée parce que prévisible, à condition bien entendu de pouvoir accompagner chaque pays bénéficiaire sur le long terme, le temps nécessaire à la consolidation des dispositifs mis en place* ». La note met l'accent sur la CSU²² « *qui ne pourra être atteinte que si plusieurs instruments sont mis en œuvre - gratuité des soins maternels et/ou le subventionnement des cotisations aux mutuelles de santé notamment - et si un système national d'administration et de gestion de ces instruments, indépendant des départements ministériels, est*

¹⁹ La pertinence examine le bien-fondé de l'action au regard des objectifs et enjeux déterminés au départ. Elle concerne la mesure dans laquelle les objectifs envisagés par l'I3S répondent correctement aux problèmes identifiés ou aux besoins réels.

²⁰ Alors que les services et soins liés aux trois grandes pandémies (VIH/paludisme et tuberculose) étaient (quasi-) gratuits grâce notamment au financement massif d'initiatives globales telles que le Fonds mondial).

²¹ « *Utilisation du produit de la taxe sur les transactions financières française en vue d'améliorer la couverture du risque maladie relatif à la santé maternelle et infantile en Afrique sub-saharienne* »

²² Et fait référence à l'engagement de la France, lors du G20 de 2012, à soutenir la mise en place de socles de protection sociale dans les pays en développement.

mis en place » et propose comme futurs bénéficiaires « les 16 pays africains²³ considérés comme prioritaires pour l'initiative Muskoka et parmi eux en premier lieu les pays sahéliens, au moins en 2013 » en mettant la priorité sur les pays a priori les mieux préparés à la mise en place de systèmes d'assurances maladie, du fait des dispositifs existants, des politiques adoptées ou des projets mis au point, appelés les « pays référents », à savoir : le Burkina Faso (« meilleur candidat »), le Niger, le Sénégal, et la Mauritanie²⁴. La note attire déjà l'attention sur les systèmes existants de gratuité de soins maternels et infantiles qui nécessitent des « réformes de l'administration et de la gestion de ces initiatives afin que ces gratuités renforcent les systèmes de santé, plutôt que de les affecter négativement, ce qui est parfois le cas aujourd'hui. ».

Figure 1 Chronologie de l'I3S

I3S		
2012	25-10-12	Note AFD: <i>Utilisation du produit de la taxe sur les transactions financières française en vue d'améliorer la couverture du risque maladie relatif à la santé maternelle et infantile en Afrique sub-saharienne</i>
	13-05-13	P. Canfin annonce une initiative pour la santé des enfants du Sahel sur financement TTF
	14-05-13	P. Canfin: discours de clôture de la première journée de la Conférence internationale contre la malnutrition infantile, organisée par l'UNICEF à Paris. Rappel de l'annonce de la veille.
	24-05-13	Note AFD: <i>Initiative pour le financement solidaire des soins au Sahel - Fonds Solidarité Santé Sahel</i>
	04-06-13	Note AFD (finale?) à destination du MAE: <i>Initiative française pour l'accès aux soins des enfants du Mali et du Sahel - Fonds Solidarité Santé Sahel (F3S)</i> avec projets de lettre de mission et d'instruction
2013	17-06-13	Lettre d'instruction en date du 17 juin 2013 signée conjointement par le ministre des affaires étrangères et le ministre délégué chargé du développement demandant à l'AFD d'utiliser une partie du produit 2013 de la taxe sur les transactions financières pour une initiative en faveur de la santé des enfants de moins de cinq ans dans six pays du Sahel ;
	03-07-13	Première réunion du Comité d'orientation de l'I3S
	11-07-13	Conseil d'administration de l'AFD: résolution C20130196 sur l'I3S et résolution C20130197 sur le FSD
	28-10-13	Deuxième réunion du Comité d'orientation de l'I3S
	15-11-13	Lettre d'instruction des co-présidents du comité de pilotage du FSD (MAE,MEF,MDB) à l'AFD pour le versement de 6M€ au profit de l'I3S
2014	17-01-14	Avenant 1 à la convention entre l'Etat et l'AFD relative au FSD
	17-01-14	Convention entre l'Etat et l'AFD relative à l'I3S
2015	10-02-15	Réunion du Comité d'orientation stratégique I3S
	15-04-16	AFD: Rapport d'avancement de l'I3S
		Réunion du Comité d'orientation stratégique I3S
2017	15-04-17	AFD: Rapport d'avancement de l'I3S
		Réunion du Comité d'orientation stratégique I3S

Le 13 mai 2013, M. Pascal Canfin, ministre délégué chargé du développement, annonçait le lancement « d'une initiative française pour l'accès aux soins des enfants du Mali et des autres pays du Sahel ». Le jour suivant, M. Pascal Canfin confirmait l'initiative lors de son discours de clôture de la première journée de la conférence internationale contre la malnutrition infantile organisée les 14 et 15 mai à Paris par l'UNICEF²⁵ :

« C'est pourquoi je vais vous présenter la stratégie de la France, pour lutter contre la malnutrition. C'est une stratégie globale dont je vais plus particulièrement développer quatre piliers : la réponse aux situations d'urgence, l'appui aux systèmes de santé, le développement des agricultures et la cohérence des politiques [...] Le deuxième pilier de notre action pour lutter contre la malnutrition c'est le soutien aux politiques sanitaires des pays du Sud. La malnutrition

²³ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, et Togo.

²⁴ Le Niger était le seul pays, en 2012, à avoir décidé l'exemption de paiement des services/soins de santé (dans les formations sanitaires publiques) pour les enfants de moins de cinq ans.

²⁵ En partenariat avec le ministère français des Affaires étrangères, l'Agence française de développement, la Fondation Bill et Melinda Gates, Action contre la faim, Médecins sans frontières (MSF) et l'ONG ALIMA.

aigüe sévère est une maladie. Elle doit donc être prise en charge par les systèmes de santé. Au Sahel, un enfant sur dix décède avant l'âge de 5 ans à cause de la malnutrition. Pourtant les traitements existent et sont peu coûteux. Là encore, nous ne pouvons pas nous résigner. C'est pourquoi la France s'est engagée, au-delà des alternances politiques, et contribue à l'initiative en faveur de la santé maternelle et infantile lancée par le G8 à Muskoka en 2010. La lutte contre la malnutrition figure bien entendu au nombre des priorités pour ces financements. Cet engagement nous le conserverons. J'ai annoncé aujourd'hui une initiative qui permettra d'ouvrir l'accès aux soins à 2 millions d'enfants du Sahel grâce à la taxe française sur les transactions financières. Cette initiative aura un impact direct sur la prise en charge de malnutrition, qui touche plus de 60% des enfants dans certaines régions du Sahel. C'est pour moi un grand motif de fierté de permettre à ces centaines de milliers d'enfants de bénéficier de soins gratuits, d'aller chercher 30 millions d'euros collectés sur les marchés financiers, pour les donner à ceux qui en ont le plus besoin²⁶. Combattre la malnutrition implique non seulement des moyens supplémentaires, mais aussi de prendre en compte la réalité sociale des sociétés qui font face à cette problématique. Nous avons décidé de renforcer la place des femmes dans notre aide publique. C'est une question d'égalité, mais aussi d'efficacité : l'aide qui passe par les femmes a souvent de meilleurs résultats. C'est pourquoi nous allons donc revoir notre stratégie sur le rôle des femmes pour le développement. L'émancipation économique des femmes, le respect et le renforcement de leurs droits, peut avoir un impact direct sur la malnutrition. On sait en effet que les mères utiliseront toujours en priorité les ressources dont elles disposent pour apporter à leurs enfants l'alimentation dont ils ont besoin ».

Une note AFD datée du 4 juin 2013 explicite l'initiative (appelée alors « Initiative française pour l'accès aux soins des enfants du Mali et du Sahel – Fonds Solidarité Santé Sahel (F3S) ») de la manière suivante :

- Introduction sur la « *malnutrition qui entraîne le décès de près de la moitié des enfants dans le monde [...] 15 millions d'enfants de moins de cinq ans victimes de malnutrition sévère en 2012 au Sahel* »
- Besoins d'accompagnement technique et financier des mécanismes de financement solidaires mis en place dans les pays sahéliens (gratuité, système assurantiel obligatoires ou volontaires).
- L'initiative « *reposera sur la mise en place au niveau de l'Agence française de développement, de fonds dédiés au financement dans les 6 pays du Sahel de projets contribuant à la lutte contre la malnutrition et au renforcement des mécanismes de couverture du risque maladie pour les enfants de moins de 5 ans* ».
- « *La finalité générale est le développement économique des pays du Sahel à travers l'amélioration de l'état de santé de la population et de meilleurs équilibres sociaux. L'initiative entend contribuer à réduire la mortalité infantile et à accélérer les progrès vers la réalisation des OMD relatif à la santé, à travers un meilleur accès à la prévention, au dépistage et au traitement des grandes pandémies, comme le paludisme et le VIH/SIDA, mais aussi une meilleure prévention et prise en charge de la malnutrition* ». L'accent reste donc mis sur le VIH, le paludisme et la malnutrition.
- Les objectifs des projets qui seront financés par l'Initiative sont précisés :
 - (1) projets présentés par les autorités nationales (80% des fonds) : « *accompagner la mise en place et / ou le renforcement des mécanismes solidaires permettant de financer sur des bases soutenables les soins de santé primaire que les services de santé dispensent aux enfants de 0 à 5 ans. Ils devront s'inscrire dans les politiques nationales et être cofinancés au moins à 20% par l'Etat* ».

²⁶ Nous soulignons.

- (2) projets présentés par la société civile (20% des fonds) : *améliorer la prévention et la prise en charge des cas de malnutrition des enfants de moins de 5 ans.*
- Pour les projets présentés par les autorités nationales, il est stipulé que « *Dans tous les cas, les projets permettront : (1) le diagnostic participatif des mécanismes solidaires existants ou en construction, en vue d'apprécier leur ampleur, leur solidité et l'opportunité d'accompagner leur renforcement ; (2) l'abondement des mécanismes sélectionnés ou créés, en sus des contributions locales déjà mises en place, afin d'accroître le nombre de bénéficiaires des soins ; (3) la mise en place ou la consolidation de dispositifs d'achat de soins à travers le renforcement des procédures et des capacités, afin d'améliorer leur efficacité, leur fiabilité et leur soutenabilité ; et (4) l'évaluation des résultats obtenus et la diffusion des leçons entre les pays du Sahel. Les projets comporteront des dispositions satisfaisantes relatives au financement des dépenses consenties par les services de santé pour les soins assurés gratuitement au bénéfice des patients éligibles. Ils comporteront également des dispositions satisfaisantes relatives à la collecte des données sur les soins assurés et au contrôle de la qualité des soins* ».
- « *Les financements annoncés par l'Etat français (30 M€) seront normalement versés à l'AFD via le canal du fonds de solidarité et de développement (FSD), sur la portion des 10% de la TTF, affectée au FSD [...] Les projets seront instruits, décidés et suivis par l'AFD selon les modalités que l'Agence applique aux projets financés sur les subventions de l'enveloppe 209 de l'Etat français* ».
- « *Un Comité d'orientation stratégique (COS) présidé par le ministre en charge du Développement se réunira une fois par an pour donner les orientations stratégiques de l'initiative. L'Agence sera membre du COS et en assurera le secrétariat* ».
- Deux projets de lettre sont annexés à la note :
 - *Projet de lettre de mission de l'Etat à l'AFD (en amont de la Convention) où il est stipulé que « La gestion d'une partie du produit 2013 de la taxe sur les transactions financières sera confiée à l'Agence française de développement pour le financement de cette initiative : ces financements alimenteront un Fonds fiduciaire spécialement mis en place qui pourra être abondé par d'autres bailleurs. »*
 - *Projet de lettre d'instruction de l'Etat à l'AFD qui stipule notamment qu' « Une partie du produit 2013 de la taxe sur les transactions financière sera affecté au «Fonds de Solidarité Sahel» (le « Fonds »). Ce Fonds sera enregistré dans les livres de l'Agence française de développement. Les modalités de mise en place et de gestion de ce Fonds seront précisées dans une convention à conclure entre l'Etat et l'AFD. ».*

Le 17 juin 2013, le ministre des affaires étrangères et le ministre délégué chargé du développement signaient la lettre d'instructions pour l'AFD, qui continue de mentionner (1) « *la mobilisation d'une partie du produit 2013 de la TTF pour le financement d'une initiative en faveur de la santé des enfants de moins de cinq ans dans six pays du Sahel* » ; (2) l'affectation de cette ressource « *au 'Fonds de Solidarité Sahel' qui pourra être abondé également par d'autres bailleurs* » ; (3) la destination de la ressource qui « *financera des projets d'exemption de paiement des soins portés par les Etats récipiendaires et/ou des organisations non gouvernementales* ». Il est également demandé à l'AFD de « *poursuive la mobilisation des Etats bénéficiaires et identifier les actions qui pourraient être soutenues par cette initiative dans les pays éligibles, qu'il 'agisse de projets portés par les Etats ou par des organisations non gouvernementales en vue de premiers octrois de projets dès la fin 2013²⁷* » et « *d'assurer le secrétariat du comité de pilotage de l'initiative* ». Cette lettre ne mentionne pas le FSD : il s'agirait donc d'une utilisation directe d'une partie de la TTF pour abonder un nouveau Fonds. Il n'est plus fait mention d'un focus sur la malnutrition.

²⁷ Nous soulignons.

A cette date (17 juin 2013), on a donc le projet de création d'un Fonds 'fiduciaire' appelé Fonds de Solidarité (Santé) Sahel qui sera financé par une partie du produit 2013 de la TTF (30M€), qui sera géré par l'AFD, qui pourra être abondé par d'autres bailleurs, et qui financera des projets d'exemption de paiement des soins pour les enfants, portés par les Etats récipiendaires et/ou des organisations non gouvernementales dans 6 pays du Sahel.

11 juillet 2013 : conseil d'administration de l'AFD :

- **Résolution C20130196 sur l'I3S.** Le CA de l'AFD « autorise la directrice générale de l'Agence française de développement à signer une convention avec l'Etat, pour la mise en œuvre par l'AFD d'une initiative française pour l'amélioration de l'accès aux services de santé des enfants de moins de cinq ans dans six pays du Sahel (Mauritanie, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger et Tchad). L'Etat confie à cet effet à l'AFD la gestion, pour le compte et aux risques de l'Etat suivant l'article R 516-7 du code monétaire et financier, de 30 millions d'euros issus du produit de la taxe sur les transactions financières affecté au Fonds de solidarité pour le développement en 2013 ».
- **Résolution C20130197 sur le FSD :** « Le Conseil d'administration de l'Agence française de développement autorise la directrice générale de l'Agence française de développement à signer une convention avec l'Etat, afin de préciser les modalités de gestion du Fonds de solidarité pour le développement (FSD), pour le compte et aux risques de l'Etat sur le fondement de l'article R 516-7 du code monétaire et financier, pour prendre en compte la création d'une nouvelle recette fiscale affectée au FSD constituée de 10% du produit de la taxe sur les transactions financières. La signature de la convention, matérialisée par un avenant à la convention du 13 février 2012 relative au Fonds de solidarité pour le développement, est soumise à la réalisation des deux conditions suspensives suivantes : - Adoption et publication d'un décret au JORF indiquant les modalités de gestion du Fonds de solidarité pour le développement, à la suite de l'affectation de 10% du produit de la taxe sur les transactions financières à ce fonds par la loi de finances n°2012-1509 du 29 décembre 2012 pour 2013; - Réception d'une lettre d'instruction adressée par l'Etat à l'AFD indiquant les modalités de gestion par l'AFD des recettes affectées au Fonds de solidarité pour le développement sur le produit de la taxe sur les transactions financières ».

27 novembre 2013 - Lettre d'instruction à l'AFD pour le versement de 6M€ à l'I3S : « Suite au Comité de pilotage du FSD du 27 novembre 2013, et conformément au décret sur le FSD, nous vous prions de bien vouloir payer la somme de 6M€ d'ici le 31 décembre 2013 à l'I3S ».

17 janvier 2014 : signature de l'avenant n°1 à la convention entre l'Etat et l'AFD relative au FSD, qui intègre les modalités additionnelles de gestion du FSD. L'avenant expose le fait, par suite du décret n°2013-1214 du 23 décembre 2013, (1) que le FSD est désormais pourvu de deux recettes fiscales : une majoration de la taxe d'aviation civile et une part des recettes de la taxe sur les transactions financières ; et (2) qu'il y aura des utilisations additionnelles sur les ressources du FSD, dont l'I3S²⁸. L'avenant précise que « la convention a maintenant pour objet de déterminer les modalités selon lesquelles l'AFD verse, pour le compte de l'Etat, les recettes de la taxe de solidarité sur les billets d'avion et de la taxe sur les transactions financières affectées au FSD, au bénéfice de l'IFFim, d'UnitAid, du Fonds Mondial, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), du Fonds vert pour le climat, de l'Initiative pour l'alimentation en eau et l'assainissement en milieu rural (RWSSI en anglais) de la Banque africaine de développement, et de l'Initiative

²⁸ « L'opération en faveur de l'accès aux soins de santé des enfants de moins de cinq ans dans six pays du Sahel correspond à l'objectif assigné au fonds de solidarité pour le développement. Il a donc été prévu que le financement annoncé par l'Etat français serait versé à l'AFD via le canal du fonds de solidarité pour le développement. »

Solidarité Santé Sahel ». L'I3S est un cas particulier dans le sens où les versements de l'AFD (sur instruction du comité de pilotage du FSD) à partir du FSD sur le compte dédié « I3S » constituent en quelque sorte un transfert d'un compte géré par l'AFD vers un autre compte qui est également géré par l'AFD. D'autre part, vu le caractère fongible du FSD, on ne peut plus dire que l'I3S est financée par la TTF : désormais son financement provient également de la taxe sur les billets d'avion. Enfin, l'avenant stipule que « *L'AFD applique des modalités de gestion et de suivi spécifiques des fonds du FSD affectés à l'Initiative Solidarité Santé Sahel. L'AFD sera chargée, sur plusieurs années, de l'instruction, l'octroi et le suivi technique et financier des projets financés, moyennant une rémunération spécifique. Une convention séparée entre l'AFD et l'Etat précisera les modalités de mise en œuvre par l'AFD* ».

17 janvier 2014 : signature de la convention I3S entre l'Etat et l'AFD, par laquelle l'Etat charge l'AFD de gérer une somme de 30 millions d'euros pour son compte et à ses risques, pour la mise en œuvre de l'I3S.

- **Finalité** : « *La finalité de l'I3S est d'améliorer l'état de santé des enfants de 0 à 5 ans, en améliorant leur accessibilité aux soins de santé. Les projets auront pour objectif d'accompagner la mise en place et / ou le renforcement des mécanismes solidaires permettant de financer, sur des bases soutenables, les soins de santé primaires que les services de santé dispensent aux enfants de 0 à 5 ans. Seront visés en priorité par les Projets les mécanismes liés aux politiques d'exemption du paiement des soins de santé. Les financements seront répartis entre les pays selon leur contexte sectoriel spécifique, la maturité de mise en œuvre des mécanismes solidaires, et les besoins exprimés par les contreparties nationales* ».
- **Modalités** : « *L'AFD, agissant pour le compte de l'Etat, instruit les Projets, choisit les bénéficiaires des financements, prend les décisions d'octroi de financement, formalise les actes juridiques de financement de chaque Projet et assure le suivi de leur exécution [...] L'AFD instruit les projets selon les procédures en vigueur pour ses propres financements en subvention²⁹. L'AFD réalise les missions d'identification, d'évaluation et de supervision nécessaires à la qualité de la mise en œuvre des projets.* »
- **Gouvernance** : « *Il est créé un comité d'orientation, chargé d'échanger et de discuter sur les orientations stratégiques de l'I3S, l'instruction des projets, les rapports d'activité annuels rendant compte de l'état d'engagement et d'exécution des Projets, et de promouvoir l'I3S et les problématiques relatives aux mécanismes visés. Il sera réuni au démarrage de l'opération I3S et ensuite au moins deux fois par an.* »
- **Bénéficiaires** : « *Les bénéficiaires des financements, choisis par l'AFD, seront des Etats étrangers.* »
Théoriquement, cet article rend plus difficile la contractualisation directe d'organisations privées de type ONG ou autres.

²⁹ Les contraintes temporelles (calendrier contraint en termes d'instruction des projets mais aussi en termes de décaissements) ne sont pas reflétées dans la convention (voir ci-dessous les comptes rendus du comité d'orientation).

La convention I3S (signée 6 mois après la première réunion du COS) ne tient donc pas compte de certaines recommandations des comités d'orientation de juillet et octobre 2013, comme l'élargissement de l'objet de l'I3S à la santé maternelle³⁰, la recherche opérationnelle qui pourrait être associée à l'initiative, l'élaboration d'un cadre de redevabilité spécifique etc. (voir ci-dessous l'analyse des comptes rendus des réunions du comité d'orientation). Il n'est plus question non plus d'abondement d'autres PTF à l'I3S (cela s'explique sans doute par le fait que l'initiative ne porte plus sur la création d'un fonds fiduciaire mais est financée elle-même par un fonds (le FSD) : on imagine mal un fonds donnant naissance à un autre fonds³¹). Personne parmi les personnes ressources interviewées (dont aucune n'avait participé à la première réunion du COS) n'a mis en avant l'écart entre les conceptions initiales de l'initiative et le contenu final de la convention : la convention I3S s'en tient à la lettre de l'initiative et ne reflète pas l'esprit de l'initiative tel qu'il apparaît dans les comptes rendus des deux premières réunions du COS. Peut-être est-ce à dessein que la convention se limite à mentionner la finalité de l'I3S sans entrer dans des considérations liées au cadre de redevabilité, au programme de recherche, etc. Concernant plus spécifiquement le programme de recherches, certaines personnes interviewées ont mentionné « Bercy » comme opposé à ce programme, d'autres ont plutôt incriminé le MAE, mais sans que ces opinions soient étayées par des documents ou des extraits des comptes rendus du COS. Quoi qu'il en soit, le programme de recherches n'est pas encore signé.

³⁰ Mais à peu près tous les autres documents relatifs à l'I3S (et postérieurs à la convention) mentionnent la réduction de la mortalité maternelle et infantile comme l'objectif général de l'I3S. Et les projets financés sur I3S ne se limitent pas à la santé des enfants de 0 à 5 ans.

³¹ D'autre part, la multiplication de fonds spécifiques alimentés par des recettes affectées peut être considéré comme une entorse au principe fondamental de l'unicité du budget de l'Etat.

Evolution des projets I3S

Figure 2 Projets/conventions/contrats sous financement I3S

I3S Pays	Sénégal	Mali	Niger	Tchad
2014	18-07-14		Conv. Fin. I3S CNE 1161 01 K AFD/Niger (6M€)	
	15-12-14	Conv. Fin. I3S AFD/Sénégal CSN 1438 01 H(6,5 M€)		
2015	10-02-15			
	17-02-15		Conv. Fin. AFD/Mali (CML 1311) PADSS II Mopti (13 M€ dont 5M€ sur I3S)	
	25-03-15			Conv. Fin. AFD/Tchad (CTD1173 01 U et 02 V) PASST2 (10 M€ dont 4M€ sur I3S)
	15-09-15			Convention MSP/CDN
	15-09-15			Convention MSP/ECOSEET
	29-10-15			Convention MSP/CHU BS
	04-11-15			Contrat Conseil Santé (AMOV)
	05-11-15	Conv. Fin. AFD/UNICEF CSN 1438 02 J (1,5 M€) (I3S non mentionnée)		
2016	29-02-16			Contrat MOD MSP/ONG BASE
	21-03-16			Contrat MOD MSP/EF
	15-04-16			Convention MSP/HS
	01-12-16			Contrat AMOV MSP/CREDES
2017		Contrat avec AEDES (AMOV)		

La première réunion du comité d'orientation de l'I3S (3 juillet 2013)³² (voir les figures 1 et 2 ci-dessus pour la chronologie de l'I3S et la chronologie des projets financés sur l'I3S) aborde véritablement le contenu potentiel des projets qui pourront être financés sur I3S. Le compte-rendu de cette première réunion mentionne :

- **Les spécificités (emblématiques) de l'I3S** : son financement³³, son périmètre géographique (Sahel) et démographique (les enfants³⁴, mais avec questionnement sur l'élargissement aux femmes

³² C'est dans ce document qu'apparaît pour la première fois l'appellation Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S).

³³ "Cette initiative a déjà une spécificité, son financement, et je crois que c'est une belle histoire qu'il faut proposer aux Français pour qu'ils en soient fiers et qu'ils sachent que la France est aujourd'hui le premier pays au monde à mettre en place ce dispositif en prenant aux marchés financiers un certain nombre de millions – 30 millions d'euros pour ce qui nous concerne aujourd'hui – pour financer l'accès aux soins de plusieurs millions de personnes au Sahel".

³⁴ « Il y a des éléments d'interactions entre les enfants de 0 à 5 ans et les femmes. Je ne serais pas surpris que cela nous amène potentiellement à avoir tendance à faire évoluer les périmètres [...] Aujourd'hui, notamment dans les pays du Sahel, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est un problème majeur. Nous nous concentrons fondamentalement sur cette urgence sanitaire pour pouvoir nous approcher au maximum de cet objectif. L'extension à la santé maternelle peut être envisagée comme une possibilité en fonction de la capacité catalytique que ce lancement aura de faire se rassembler les autres partenaires ».

enceintes³⁵), son angle d'attaque qui est la gratuité de l'accès aux soins, et sa gouvernance³⁶. L'intervention (écrite) d'un expert membre du COS suggérait déjà d'éviter de considérer les initiatives d'exemption de paiement des soins comme nécessairement équitables.

- **Le calendrier contraint³⁷ de l'I3S** (instruction des projets et décaissements³⁸) : « *Les délais sont très courts, en effet. Nous allons procéder pays par pays, sachant que les délais sont tout de même contraints [...] Nous avons également un autre objectif qui est de pouvoir présenter pour décision au moins une opération d'ici la fin de l'année [...] De toute façon, les délais sont extrêmement courts [...] Nous allons vraiment prendre en considération chaque pays, ce qui constitue un vrai défi pour nous dans le temps qui nous est imparti [...] Nous avons des contraintes de temps [...]* ».
- **La nécessité d'avoir un système de suivi-évaluation** : « *Ensuite, notre souci, dès l'identification, est de pouvoir, en accord avec les autorités nationales ou autres acteurs, bien se mettre d'accord sur les mécanismes de suivi. En effet, ce n'est pas une fois que l'opération est lancée et décidée que l'on découvre la nécessité de pouvoir assurer le suivi et la recevabilité nécessaire [...] Il convient dès le départ d'identifier les indicateurs à mettre en place dès le départ, de manière à pouvoir rendre compte, au fur et à mesure du déroulement du projet au Comité d'Orientation, aux autres instances de décision, et au Comité d'États étrangers de l'AFD [...] Ensuite, bien entendu, au terme de l'initiative, il s'agit d'avoir tous les rapports d'achèvement correspondants et de pouvoir procéder à une évaluation des résultats de cette initiative. J'insiste sur ce point, parce que c'est pratiquement dès le départ. Effectivement, il faut se mettre d'accord sur les bons indicateurs représentatifs et la façon d'assurer ce suivi régulier de l'opération, pour pouvoir, d'une part corriger les déviations, et d'autre part capitaliser, parce que l'on peut toujours espérer que cette initiative se renouvellera.* ».
- **Sur le COS** : « *La mission de ce Comité, en effet, c'est de regarder en amont les projets qui ont été identifiés avant qu'ils ne rentrent ensuite dans le circuit décisionnel habituel de l'Agence : le Comité des États étrangers, le Conseil d'administration, etc. Deuxièmement, nous devons également examiner les rapports d'activité annuels qui rendront compte de l'état d'engagement et de l'exécution des projets. Enfin, nous devons examiner les rapports d'exécution à la fin des projets, et notamment l'évaluation externe qui sera faite, évaluation externe qui sera très importante.* ».
- **Sur la recherche opérationnelle** : « *J'ai une question sur un point qui apparaît en filigrane à une ou deux reprises dans les propositions du Comité d'Orientation sur la recherche opérationnelle. Finalement, les sommes d'argent sur plusieurs années dans ces pays ne sont pas énormes. En dehors d'opérations ou d'interventions pilotes où des cofinancements existent, nous pouvons rattraper des trains qui sont déjà en marche. L'un des points intéressants est la recherche opérationnelle qui peut faire avancer significativement des projets qui sont embourbés. Je ne sais pas du tout si c'est dans le cahier des charges de cette initiative, et quel serait le volume mobilisable sur cet aspect particulier. En tout cas, cela permet d'accommoder un certain nombre de questions qui sont posées aujourd'hui et qui, finalement, handicapent la mise en place de projets d'envergure. En effet, il y a des quantités de questions qui ne sont pas résolues pays par pays, d'ailleurs. De notre point de vue, c'est une place*

³⁵ « *Tout l'enjeu sera d'articuler une unicité initiale sur la finalité, sur quelques éléments de doctrine, sur le financement et l'outil AFD. Ensuite, nous aurons une diversité de mises en œuvre concrètes selon la réalité des terrains. Je pense que nous n'avons aucun problème à avoir une diversité finale, tout en gardant une unité par rapport à la grande cohérence initiale.* ».

³⁶ « *Je souhaite que la gouvernance de cette initiative soit la plus ouverte possible, non pas seulement pour des enjeux de lisibilité à l'externe, mais également parce qu'il s'agit d'une initiative relativement innovante et qu'il faut que l'on apprenne ensemble – services de l'État, Agence Française du Développement, ONG et acteurs de la société civile – pour trouver les bonnes modalités, les bons canaux, les bons compromis pour la mener à bien dans les pays concernés. Par exemple, se pose la question de savoir ce que nous demandons aux États, comme apport (et non comme contrepartie) de leur côté dans le cadre d'un contrat et d'une politique partagée.* ».

³⁷ Le ministre avait souhaité un premier projet instruit en 2013 et les autres projets instruits durant le premier semestre 2014.

³⁸ Ces contraintes de calendrier ne sont pas du tout reflétées dans la convention I3S.

qui est absolument essentielle, et elle doit accompagner le projet, et être prévue d'emblée, parce que nous allons essayer de rassembler d'autres financeurs qui auront besoin de réponses et d'éléments d'évaluation des états d'avancement, de la réalité du terrain et des différences qui auront été déterminées par pays et par région. La recherche opérationnelle et l'évaluation doivent donc faire partie des projets dans leur ensemble ».

Compte rendu de la deuxième réunion du Comité d'orientation de l'I3S (28 octobre 2013)³⁹.

- L'AFD prévoit un calendrier d'octroi qui devrait s'échelonner entre avril et juin 2014, sauf pour le Niger où l'octroi est prévu avant la fin 2013. Présentation de l'avancement de l'instruction des projets au Niger, au Sénégal, et au Mali.
- Questions (préoccupations) des membres du COS sur les risques d'un avancement « *trop rapide* » de l'instruction au Niger ; sur le degré d'implication du gouvernement sénégalais dans l'identification des interventions proposées ; sur la fragilité structurelle de l'Etat malien et de ses finances publiques qui incite à une implication forte de la société civile, sur la volonté de privilégier l'outil « *mutuelles dont l'efficacité s'avère assez limitée* » et sur l'opportunité de travailler avec le Mali compte tenu du contexte ; sur le focus trop spécifique sur la gratuité des soins pour les 0-5 ans et donc sur l'exclusion de la santé maternelle et de la protection sociale en santé au sens large ; crainte d'une mise en place de CMU au rabais vu la difficulté de mobiliser des ressources domestiques dans les pays bénéficiaires.
- Principales suggestions et recommandations des membres du COS : prises en compte des évacuations (sanitaires) des enfants ; mission spécifique de recherche pour l'IRD dans le cadre d'un processus d'accompagnement de l'I3S ; élargissement du périmètre de l'I3S à la santé maternelle et à la nutrition ; mise en place d'un suivi permettant de mesurer comment l'I3S contribue à la réduction des inégalités ; attention particulière sur le financement long terme ; approche plus transversale ; mobilisation d'autres sources de financement (autres PTF).

Compte rendu de la troisième réunion du COS (10 février 2015)⁴⁰.

- Bilan de l'avancement des **projets** (y compris le Tchad et la problématique du Burkina Faso).
- **Remarques et questionnement généraux sur l'I3S** : perspective temporelle de l'I3S ? I3S comme approche « one shot » ou financements complémentaires ? Tableau de bord pertinent de l'I3S ?
- **Capitalisation** : « *Avec l'évolution de l'approche stratégique de l'I3S, qui se tourne davantage vers un renforcement des capacités institutionnelles, la réalisation d'une capitalisation est devenue possible et fortement intéressante* » [...] *Le COS propose de faire porter la capitalisation⁴¹ sur la comparaison des dispositifs et des montages retenus par chacun des pays, dans la mesure où il existe à ce niveau une réelle diversité (fonds commun, mutuelles, ONG etc.). Il pourrait aussi être intéressant de travailler avec les communautés de pratiques (réseau d'experts et ressources principalement africaines). Ce modèle collaboratif a été jugé porteur et à développer par l'ensemble des personnes*

³⁹ 4 personnes représentaient l'Etat lors de cette deuxième réunion, alors qu'elles étaient 10 lors du premier COS, dont une seule personne commune aux deux réunions.

⁴⁰ Le document mentionne une réunion du comité d'orientation qui aurait eu lieu en mai 2014 (nous n'avons pas reçu le compte rendu de cette réunion). D'autre part, c'est en contradiction avec l'intitulé de cette réunion de février 2015 ("troisième réunion"). La liste des personnes présentes lors de cette réunion de février 2015 n'est pas annexée au compte rendu. On parle maintenant de COS (comité d'orientation stratégique ? comité d'orientation et de suivi ?) : on ne parlait que de 'comité d'orientation' lors des deux premières réunions. Il n'y aurait donc pas eu de réunion du COS en 2014, l'année principale d'instruction des projets.

⁴¹ Le COS ne distingue pas bien entre un processus de recherche et un processus de capitalisation. Ces points sont systématiquement abordés dans les 3 premières réunions du COS, mais sans qu'il en sorte de recommandations fermes et précises. On parle aussi de programmes de recherche qui permettraient d'aider « *les projets qui se seraient embourbés* ».

présentes à la réunion du COS ». Mais le MAE confirme qu'il n'y a pas d'enveloppe budgétaire clairement attribuée pour une capitalisation au sein du financement I3S (est-ce sur cette base que certaines personnes interviewées ont mentionné le MAE comme opposé à un projet de recherche transversal sur financement I3S ?).

Compte rendu de la réunion du COS du 18 mai 2016⁴² :

- Historique des projets I3S et avancement des projets 2015: « (1) sélection des pays en fonction de l'adéquation de l'Initiative aux chantiers et calendriers nationaux, de la volonté politique/dynamisme des acteurs en présence, et du souci de concentrer les efforts de l'Initiative sur un nombre limité de pays, présentant les contextes les plus propices ; (1) définition du contenu des projets en fonction des choix stratégiques et dynamiques des pays concernés et du niveau de « maturité » du sujet de l'accès financier aux soins dans ces pays. En conséquence de cette démarche pragmatique et alignée sur les contextes et priorités des pays, 4 pays ont été retenus parmi les 6 éligibles ».
- **Discussions/questions** : question sur la cohérence du projet Sénégal qui présente 3 composantes très autonomes ; question sur la pertinence d'avoir retenu le Tchad pour la mise en œuvre d'un projet I3S vu les contraintes du contexte tchadien.
- **Perspectives de capitalisation** autour des questionnements suivants : pertinence de la thématique et du ciblage géographique ; pertinence de l'outil financier mobilisé ; définition des indicateurs de suivi-évaluation des résultats des projets.
- L'IMT (B. Meessen) a présenté les premiers résultats de la recherche multi-pays⁴³ « Couverture Universelle en Afrique Francophone » qu'ils ont menée au Maroc, Bénin, Burkina, RDC, Togo et Cameroun. L'étude vise à analyser si les systèmes de couverture universelle en santé nationaux sont des « systèmes apprenants » : capacité à collecter de l'information, à l'assimiler et à ajuster les stratégies/ politiques/programmes en conséquence. L'IMT propose donc aux pays I3S de rejoindre la recherche.
- **Décisions du COS. Il est décidé que** : l'AFD définira un cadre de redevabilité de l'Initiative, intégrant des indicateurs de suivi/résultat par pays; l'AFD élaborera des documents de communication sur l'Initiative, pour la valoriser ; les chefs de projet de l'AFD feront un retour à l'IMT sur la possibilité d'intégrer les pays I3S à la recherche « système apprenant » déjà réalisée par l'IMT dans certains pays d'Afrique; l'AFD soumettra au MAEDI pour validation, une proposition de programme de recherche sur ce que les projets I3S permettront de mettre en place au niveau des pays (notamment : analyse comparée des différents dispositifs appuyés et de leurs changements de design, ainsi que de l'évolution des capacités nationales) ; le COS se tiendra désormais 2 fois par an.

Cette analyse des comptes rendus du COS montre que :

- Le COS ne s'est jamais réuni plus d'une fois par an, sauf en 2013
- Le COS ne s'est pas réuni en 2014 (l'année d'instruction de la plupart des projets, sauf le Niger qui avait été instruit en 2013)
- Peu de recommandations du COS ont été suivies immédiatement d'effets
- Finalement le COS a été très peu impliqué dans les décisions relatives à l'instruction des projets
- Le COS manque de mémoire institutionnelle : hors staff AFD, il y a peu de personnes qui ont assisté à toutes les réunions du COS. Et du côté des tutelles de l'AFD, aucune personne ayant assisté aux premières réunions du COS n'était présente par exemple aux réunions de 2016 et 2017.

⁴² L'acronyme COS est explicité : comité d'orientation stratégique. Les quatre personnes représentant l'Etat sont nouvelles (par rapport aux deux premières réunions).

⁴³ Financée par le fonds français Muskoka.

- Le manque de résultats concrets des projets I3S et les retards accumulés (par exemple dans le recrutement des assistances à maîtrise d'ouvrage) ont sans doute refroidi les ardeurs perceptibles dans les deux premières réunions du COS.

Comment ont été sélectionnés les quatre pays retenus parmi les six éligibles ?

Nous avons proposé dans la note de cadrage de reformuler cette question de la manière suivante : pourquoi la Mauritanie et le Burkina Faso n'ont-ils finalement pas bénéficié de l'I3S ? Pour les quatre pays bénéficiaires, voir la Partie 2 ci-dessous (évaluation des projets financés sur I3S).

Le Burkina Faso. C'était, avec le Niger, un des premiers candidats potentiels à bénéficier de l'I3S, bien qu'en 2013 le Burkina n'avait pas encore établi de politique de gratuité des soins pour les enfants. Le rapport de la première réunion du COS de juillet 2013 mentionne déjà les premiers pas effectués au Burkina : « *Nous avons une équipe qui est partie, et qui est même déjà rentrée du Burkina Faso, et elle a eu l'occasion de discuter de cette initiative avec le Ministre de la Santé, un peu « du bout des doigts », car nous n'avons pas eu de Conseil. En tout cas, le Ministre a montré une certaine appétence, en nous invitant néanmoins à être excessivement prudents, et en disant que le calendrier était relativement serré pour finaliser cela en 2013 ; en effet, c'est un peu rapide, peut-être. Toutefois, il a montré un intérêt certain pour étudier ce qui pouvait être fait. Ils ont une politique pour les enfants de 0 à 5 ans qui est en cours, mais qui n'est pas encore approuvée, et ils aimeraient bien aller au terme de leur stratégie, et que nous l'appuyions ensuite une fois qu'elle sera endossée.* ».

La mission d'identification de projet d'octobre 2013 avait débouché sur un document de projet à soumettre au comité d'identification de l'AFD. Le document fait état des efforts particuliers de l'Etat burkinabé pour la mise en place de plusieurs politiques d'exemption partielle ou totale de paiement des soins en faveur de groupes vulnérables à compter du milieu des années 2000 : paludisme pour les enfants et les femmes enceintes, lèpre, tuberculose, mais surtout le subventionnement à 80% des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (financés depuis 2006 exclusivement par des ressources nationales, avec un mécanisme de tiers-payant). Mais les résultats concrets de cette politique n'avaient été documentés par aucune étude externe (fonctionnement du système et impact). Parallèlement, depuis 2008 et dans 6 districts sanitaires du pays, des ONG internationales (Terre des Hommes, Help, Action contre la faim et Save The Children Canada) travaillaient sur les modalités de mise en œuvre des dispositifs de gratuité des soins (pour les femmes enceintes et pour les enfants de moins de 5 ans), selon une approche intégrée, en parallèle d'activités d'appui à l'offre de soins, sur financement d'ECHO (qui devait se terminer en octobre 2014). Les approches, méthodes et outils semblaient suffisamment prometteurs pour envisager une capitalisation au niveau central et une mise en place d'une exemption totale de paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans⁴⁴. Le gouvernement burkinabé (ministère de la santé et ministère de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale) restait prudent et attendait une évaluation externe du subventionnement SONU (ainsi qu'une étude d'impact budgétaire) avant de s'engager sur une extension des exemptions de paiement. Et en termes d'élaboration de stratégie CSU, le Burkina n'accusait aucun retard par rapport aux autres pays potentiellement bénéficiaires de l'I3S.

Le projet de 5M€ (100% I3S) présenté au comité d'identification de l'AFD en décembre 2013 s'articulait autour de deux options, selon que l'Etat burkinabé adoptait ou non la gratuité pour les enfants au titre de politique nationale. Dans l'option négative, il était proposé que le projet appuie le maintien de la gratuité

⁴⁴ Cependant, le document de projet mentionne que « *Par ailleurs, les ONG chargées de la mise en œuvre ont travaillé en substitution sans effectuer de transfert de compétences vers des structures locales en matière de contrôle externe, qui est l'un des points essentiels des résultats très encourageants obtenus par ces projets à l'heure actuelle. A l'heure du désengagement, ECHO et les ONG tiennent un discours de plaidoyer pour obtenir un engagement de continuité du financement de ces mécanismes d'exemption, sans avoir au préalable pris toutes les mesures pour réunir les conditions nécessaires* ».

pour les enfants dans les districts déjà supportés par les ONG. Une étude de faisabilité était programmée pour le premier semestre 2014.

Le 7 avril 2014, le ministère de la santé du Burkina marquait son accord à l'AFD sur les « TdR de l'étude de faisabilité d'un financement dans le cadre de l'I3S » (lettre n°2014/0381/MS/SG/DGS/DSF). Le 12 mai 2014, le ministère de la santé informait l'AFD de son souhait d'attendre les conclusions des échanges en cours sur la stratégie d'exemption de paiement des soins des enfants et les évaluations des subventions SONU avant de lancer l'étude de faisabilité I3S (lettre n°2014/0500/MS/SG/DGS/DSF). Le 10 novembre 2014⁴⁵, l'AFD accusait (avec retard) réception de la lettre du MS (celle du 12 mai), prenait acte de la position du MS, et renonçait à engager l'étude de faisabilité I3S (et mettait fin ainsi au processus d'instruction d'un projet I3S au Burkina). Les entretiens avec les équipes AFD ont mis en avant le fait que l'Agence AFD de Ouagadougou n'était pas favorable à un financement additionnel dans le secteur de la santé au Burkina Faso (ce qui peut être considéré comme un des éléments expliquant l'avortement de l'instruction du projet I3S au Burkina)

Le 5 février 2015, le MS sollicitait la mise à disposition de fonds I3S pour la poursuite de la stratégie d'exemption de paiement des soins curatifs au profit des enfants de moins de cinq ans dans 4 districts sanitaires, dont le financement ECHO se termine en juin 2015 (lettre n°2015/102/MS/SG). Le compte rendu de la troisième réunion du COS de février 2015 fait état de la situation au Burkina : « *Aujourd'hui, le cheminement interne de l'Etat burkinabé sur le sujet a évolué, et il manifeste son intérêt pour le projet I3S, qu'il voudrait voir financer directement les ONG déjà actives sur place. Or, une contrainte juridique existe actuellement : la Convention, signée par l'Etat et l'AFD, indique que les bénéficiaires des financements ciblés par l'AFD devront être les Etats étrangers. Des solutions existent cependant, comme de faire transiter les financements par l'Etat qui rétrocède aux ONG, de financer directement les ONG avec l'accord explicite de l'Etat comme cela a été fait au Sénégal pour l'UNICEF, et/ou de passer par un avenant à la convention signée entre l'AFD et l'Etat français* ». Des solutions existent en effet, et elles ont été largement utilisées pour le financement I3S au Tchad (voir évaluation des projets I3S ci-dessous).

Le compte rendu de la réunion du COS de mai 2016 ne mentionne plus le Burkina Faso.

Tous les éléments mis à notre disposition à travers les documents et les entretiens tendent à montrer que le rejet du Burkina comme bénéficiaire de l'I3S constitue sans doute une réelle opportunité manquée. Les scrupules (honorables) mais aussi les atermoiements du gouvernement burkinabé l'ont desservi.

La Mauritanie. Le gouvernement mauritanien n'avait pas encore de stratégie de gratuité des soins de santé pour les enfants au moment du lancement de l'I3S. Paradoxalement (compte tenu d'un taux de mortalité néonatale supérieur à 35 pour 1000 naissances vivantes), le système du forfait obstétrical en vigueur à l'époque (appuyé par l'AFD) ne couvrait pas les soins au nouveau-né. Cela aurait pu être une opportunité pour l'I3S : financer, à coût inchangé pour les ménages, l'extension de couverture du forfait obstétrical aux soins du nouveau-né (ce qui équivalait à une « gratuité » pour les nouveau-nés). C'est par ailleurs ce qui avait été recommandé par les évaluateurs⁴⁶ du projet AFD d'appui au dispositif « forfait obstétrical » : « *Opérer un changement de paradigme pour intégrer le nouveau-né dans le FO, par exemple dans un « Forfait PLUS », qui inclurait les services au nouveau-né normal et au nouveau-né malade. On doit abandonner la notion de Forfait Néonatal comme préconisé dans le CMR 1127. Le nouveau-né ne peut pas être séparé de la mère : il ne serait pas pertinent de considérer un forfait additionnel [...] Le PNSR devra demander un soutien financier et technique de la DSBN, à travers la PCIME, pour ces prises en charge additionnelles, sans augmenter le coût du Forfait pour les familles* ». C'était sans doute trop tard pour que cette recommandation puisse être prise en compte pour un financement éventuel par l'I3S.

⁴⁵ Entretiens, un nouveau SG du MS avait pris ses fonctions.

⁴⁶ Vincent Fauveau et al. Evaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif « Forfait Obstétrical » en Mauritanie. AFD. Mai 2016.

Le compte-rendu de la deuxième réunion du COS (octobre 2013) mentionne brièvement la Mauritanie : « Quant à la Mauritanie, moins avancée que les autres pays en termes de capacité à absorber un financement ciblé sur la gratuité de soins, elle n'est pas ciblée dans l'immédiat. ». On ne voit pas en quoi la Mauritanie était moins avancée qu'un autre pays comme le Tchad, le Mali ou le Niger pour absorber un financement ciblé sur la gratuité des soins des enfants (sauf à considérer que des déclarations politiques non suivies d'effets réels ont plus de poids que des attitudes prudentes). Les comptes rendus⁴⁷ des réunions ultérieures du COS ne mentionnent plus la Mauritanie. Il n'y a donc pas eu de véritable processus d'instruction (avec pré-identification / identification / faisabilité) de projet I3S en Mauritanie.

Des éléments mis à leur disposition, et en comparaison avec des pays bénéficiaires comme le Niger et le Tchad, les évaluateurs ne peuvent pas conclure que la Mauritanie n'était pas prête (ou n'était pas un bon candidat) pour un financement I3S.

2.2 COHERENCE⁴⁸ DE L'I3S

Dans quelle mesure l'I3S est-elle pertinente par rapport aux documents de cadrage géographique de la France et de l'AFD (documents cadres de partenariat, Cadres d'intervention pays) ? Dans quelle mesure cette initiative est-elle cohérente avec la stratégie française en santé (MAEDI et AFD) ? Dans quelle mesure cette initiative est-elle cohérente avec les autres engagements français sur la même thématique (fonds Muskoka, P4H, Initiative 5%) ?

Ces questions relèvent de la cohérence générale de l'I3S avec les politiques et stratégies en matière d'Aide publique au développement (APD) et plus particulièrement en matière d'APD dans les secteurs santé et protection sociale.

L'I3S a émergé avant que la France se dote en 2014 d'une politique de développement et de solidarité internationale inscrite dans une loi d'Etat^{49 50}. Les principaux documents stratégiques de référence avant 2014 étaient « *La coopération au développement : une vision française* » (2011) et « *La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé* » (2012). Comme il n'y a évidemment pas de contradiction ou d'opposition entre ces politiques et stratégies d'avant ou d'après 2014 (il s'agit plutôt d'inflexions), nous proposons d'étudier la cohérence de l'I3S avec les politiques et stratégies APD les plus récentes.

La politique de développement et de solidarité internationale (2014)

L'objectif général de la **Politique de développement et de solidarité internationale de 2014** est « *de promouvoir un développement durable dans les pays en développement, dans ses composantes économique, sociale, environnementale et culturelle* » et de « *promouvoir [...] la responsabilité sociétale, les socles de protection sociale* ». La politique « *veille à ce que les personnes en situation de pauvreté puissent être en capacité d'exercer leurs droits* » et « *promeut les principes et les normes internationaux, notamment en matière de droits de l'homme, de protection sociale* ». Cette politique se décline dans quatre grands domaines simultanément : (1) Promotion de la paix, de la stabilité, des droits de l'homme et de l'égalité entre

⁴⁷ Mis à la disposition du consultant, c'est-à-dire les réunions de février 2015 et de mai 2016.

⁴⁸ La cohérence mesure l'adéquation entre le projet et l'objet de l'organisation qui le porte. La cohérence apprécie les rapports entre les divers éléments constitutifs de l'action (concordance des divers moyens et instruments mobilisés pour concourir à la réalisation des objectifs (cohérence interne) ; concordance avec les actions entreprises par les autres partenaires techniques et financiers et les initiatives globales, les politiques des partenaires (administration et société civile), et éventuellement les organisations non gouvernementales (cohérence externe).

⁴⁹ Loi n° 2014-773 du 7 juillet 2014 d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale

⁵⁰ L'I3S a donc émergé avant la formalisation de cette politique

les femmes et les hommes ; (2) Équité, justice sociale et développement humain : accès universel à un socle de services sociaux essentiels, dont la santé (la politique rappelle « *l'intérêt supérieur de l'enfant parmi les objectifs de développement* ») ; (3) Développement économique durable et riche en emplois ; et (4) Préservation de l'environnement et des biens publics mondiaux. La nouvelle politique définit 10 secteurs d'intervention⁵¹ qui doivent prendre en compte, dans leurs objectifs, principes et indicateurs, les deux priorités transversales de l'APD de la France : les droits des femmes et les politiques d'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi que la lutte contre le changement climatique. La nouvelle politique réitère l'engagement de la France à combattre les trois grandes pandémies, notamment grâce au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à lutter contre les maladies négligées, à améliorer la santé des mères et des enfants et à promouvoir la couverture sanitaire universelle telle qu'elle a été définie par les Nations unies en décembre 2012.

Dans les domaines du renforcement des systèmes de santé et de protection sociale, il est prévu que l'action se concentre sur les trois grands enjeux suivants : (1) l'amélioration de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile, ainsi que les politiques de population dans les pays prioritaires d'Afrique subsaharienne ; (2) l'adaptation des systèmes de santé et de protection sociale à l'accroissement des maladies chroniques et des problèmes de santé découlant de l'élévation des niveaux de vie et du vieillissement ; (3) le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la capacité des pays à agir sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé.

Les priorités géographiques sont articulées sur des partenariats différenciés : (1) les pays pauvres prioritaires⁵² (dont les 6 pays ciblés initialement par l'I3S) (« *La France consacre une attention particulière aux pays du Sahel qui nécessitent une approche globale et coordonnée de la part de l'ensemble des bailleurs de fonds. Pour atteindre ces objectifs, au moins la moitié des subventions de l'Etat seront concentrées dans les pays pauvres prioritaires. De son côté, l'AFD concentrera sur ces pays les deux tiers des subventions qu'elle verse* » ; (2) l'Afrique et la Méditerranée (« *L'Etat concentrera au moins 85 % de son effort financier en faveur du développement en Afrique subsaharienne et dans les pays voisins du Sud et de l'Est de la Méditerranée. Les pays d'Afrique subsaharienne demeurent la priorité de la France* » ; (3) les pays en crise et en sortie de crise ou en situation de fragilité ; et (4) le reste du monde.

L'I3S reste donc parfaitement cohérente avec les objectifs, les domaines, les secteurs d'intervention, et les priorités géographiques de la politique de développement.

Stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021 (MAE 2017).

Conformément à la nouvelle architecture ODD, la France promeut une approche transversale de renforcement des systèmes, allant au-delà des approches par maladie⁵³. Cet engagement renouvelé doit permettre d'accompagner les pays dans la mise en place de la couverture santé universelle (CSU). Les quatre priorités structurant l'action française en santé mondiale pour les cinq prochaines années sont les suivantes : (1) renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies (systèmes de santé accessibles, pérennes, résilients et de qualité, pour atteindre la CSU, selon une approche intégrée de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles) ; (2) renforcer la sécurité sanitaire au niveau international en collaboration avec l'OMS ; (3) promouvoir la santé des populations (action sur les déterminants de la santé, le continuum entre la prévention et le traitement, et la prise en charge d'un certain type de populations comme

⁵¹ Santé et protection sociale ; agriculture, sécurité alimentaire et nutritionnelle ; éducation et formation ; secteur privé et responsabilité sociétale ; développement des territoires ; environnement et énergie ; eau et assainissement ; gouvernance et lutte contre la corruption ; mobilité, migration et développement ; commerce et intégration régionale.

⁵² Bénin, Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Comores, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo.

⁵³ Lors de l'adoption de l'agenda 2030 et de ses 17 ODD, la France avait défendu des priorités en cohérence avec sa politique de développement, dont la CSU.

les femmes, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes en situation de vulnérabilité) ; et (4) promouvoir l'expertise, la formation, la recherche et l'innovation françaises.

L'I3S reste donc parfaitement cohérente avec cette stratégie (notamment avec les priorités (1) (CSU) ; (3) (prise en charge d'un certain type de populations comme les femmes et les enfants) ; et (4) (expertise et recherche).

Afrique subsaharienne - Cadre d'intervention régional 2014-2016- (AFD)

L'I3S reste parfaitement cohérente avec la stratégie de l'AFD pour la période 2014-2016 en Afrique subsaharienne, qui a pour finalité de contribuer à un développement inclusif et durable en se fixant deux objectifs stratégiques - lutter contre la pauvreté et promouvoir une croissance durable- qui se déclinent en six objectifs opérationnels⁵⁴. En ce qui concerne le premier objectif opérationnel (renforcement du capital humain), il est stipulé que l'AFD concentrera l'essentiel des ressources en subvention pour participer notamment à l'amélioration de la santé maternelle et infantile (le financement de l'accès aux soins est également mentionné).

Sahel - Plan d'action pour un engagement renouvelé au Sahel -2015-2020 – (AFD)

Le Plan d'action pour le Sahel propose trois priorités opérationnelles : accroître l'activité économique et les opportunités d'emploi pour les jeunes ; répondre aux défis démographiques au sens large ; et contribuer à un développement territorial équilibré. La santé se retrouve partiellement dans la deuxième priorité opérationnelle (défis démographiques) : planning familial, services de base pour l'accès aux soins (mère, enfant, nutrition, barrières financières). En matière de santé, une approche intégrée des services de santé de la reproduction, maternelle et infantile, est privilégiée, en s'inscrivant dans le continuum de soins, avec une attention spécifique pour (1) la réponse aux besoins exprimés en planification familiale mais encore non satisfaits et les besoins des adolescentes (en synergie avec les appuis à l'éducation) ; (2) la lutte contre la malnutrition ; et (3) *la réduction des barrières financières aux soins*.

Le document souligne le fait que les 6 pays concernés présentent un ensemble de forces et d'opportunités importantes, mais aussi des fragilités communes, comme « *l'écart croissant entre les attentes légitimes des populations et la réalité des services mis à disposition par les autorités publiques où se logent une frustration et une défiance grandissantes vis-à-vis de l'État [...] Cette frustration contribue à fragiliser la cohésion nationale des pays, dont les États les plus fragiles et encore en construction peinent à incarner un destin commun et à représenter l'intérêt général* ». Il souligne également que « du fait de la rareté des ressources en subvention, de nombreux projets ne sont pas réalisés ou passés à plus grande échelle au Sahel, malgré les besoins exprimés et compte tenu des capacités d'absorption des contreparties de l'Agence. C'est particulièrement le cas au Sahel dans les domaines de l'hydraulique rurale, de la sécurité alimentaire, de l'éducation et de la santé, et plus transversalement en matière de renforcement des capacités et de gouvernance locale [...] Dans la plupart des pays sahéliens, l'efficacité relativement limitée de l'action publique, la faiblesse des institutions et les problèmes de gouvernance constituent des freins majeurs aux progrès en matière de développement économique et social. Plus spécifiquement, ce constat largement partagé a des conséquences immédiates sur les opérations financées par l'AFD : allongement de la durée des projets, réalisation des actions prévues, durabilité des résultats de développement visés, etc. »

Ces citations extraites du document montrent que les « *fragilités communes* » des pays sahéliens, et la « *rareté des ressources en subvention* » nuisent à l'efficacité de l'aide et à la durabilité des résultats. Cela peut s'appliquer également à l'I3S : le financement de la demande en matière de santé va buter à la fois sur

⁵⁴ Le renforcement du capital humain ; l'essor de villes durables ; la gestion et la préservation des ressources naturelles ; le désenclavement des territoires, des économies et des hommes ; la sécurité alimentaire et le développement rural ; le développement des entreprises créatrices d'emplois.

les problèmes généraux de gouvernance et sur les limitations de la quantité et de la qualité de l'offre en matière de santé (dont l'appui au renforcement est limité par la rareté des ressources en subvention). L'AFD énonce des principes de réalité qui n'étaient pas suffisamment pris en compte lors du lancement de l'I3S.

Santé et protection sociale – Cadre d'intervention sectoriel 2015-2019 (AFD).

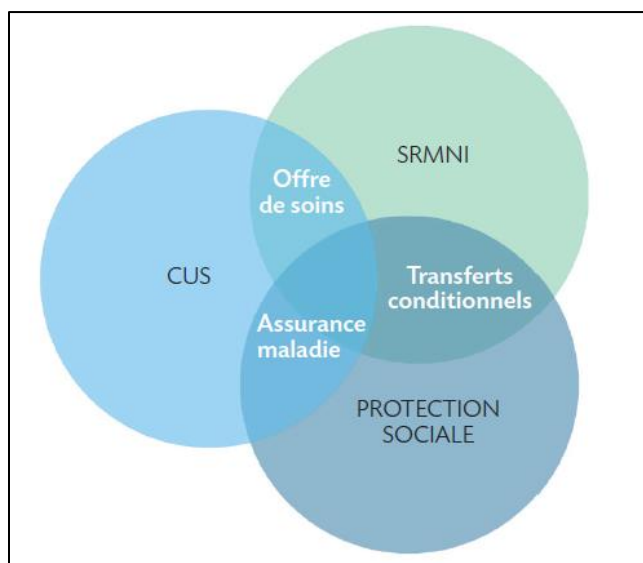
Ce nouveau cadre d'intervention sectoriel (CIS) propose une vision qui dépasse le simple développement sanitaire, en replaçant celui-ci au sein des enjeux démographiques, économiques et environnementaux. Il met par ailleurs l'accent sur le développement du champ de la protection sociale (que l'AFD considère comme un secteur relativement nouveau d'intervention).

La stratégie « santé et protection sociale » s'articule autour de trois axes d'intervention :

- **Poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive** (« *Au Sahel, les interventions de l'AFD viseront en priorité à réduire la mortalité maternelle et infantile et à permettre une démographie équilibrée indispensable aux politiques de développement durable. L'AFD privilégiera une approche intégrée des services de santé de la reproduction (dont la planification familiale), maternelle, néonatale et infantile (SRMNI), permettant aux adolescents, aux femmes et aux enfants d'avoir accès à un ensemble intégré de services essentiels de prévention et de soins de qualité, s'inscrivant dans un continuum de soins et privilégiant les activités à haut impact en matière de réduction de la mortalité. Elle soutiendra le renforcement de la qualité de l'offre et de la demande de soins de santé sexuelle et reproductive (SSR), en portant une attention spécifique à l'accès volontaire à la planification familiale et aux besoins des adolescent(e)s, notamment pour améliorer leur accès aux services de santé de la reproduction, ainsi que l'accueil des jeunes par le personnel de santé.* »).
- **Promouvoir la couverture universelle en santé.** (« *L'AFD soutiendra la promotion de la couverture universelle en santé (CUS), selon l'approche inclusive défendue par la France et qui intègre deux composantes liées : une offre complète de services de santé essentiels, de bonne qualité et adaptés aux besoins, et une couverture du risque financier. L'AFD interviendra pour renforcer les systèmes de santé dans leurs six composantes : infrastructures, ressources humaines, équipements, médicaments, systèmes d'information et de veille sanitaire, et gouvernance ; et pour accompagner la mise en place de dispositifs solidaires de financement de la santé, qu'ils soient contributifs ou non contributifs. Ainsi, les interventions développées viseront à la fois à renforcer les services de santé (offre publique et privée) et à rendre solvable la demande de soins.* »).
- **Renforcer les systèmes de protection sociale.** (« *Dans les pays les moins avancés (PMA), les interventions de l'AFD cibleront la résilience des populations face aux risques (maladie, vieillesse, exclusion, chômage, catastrophes, etc.) à travers la mise en place et l'extension de systèmes intégrés de protection sociale, se déclinant en programmes universels ou ciblés vers les populations pauvres et vulnérables, tout au long de la vie.* »).

Le schéma suivant, tiré du CIS, montre les interfaces entre les domaines d'intervention. L'I3S est en parfaite cohérence avec ces domaines d'intervention.

Figure 3 CIS santé et protection sociale : domaines d'intervention et interfaces



Il est stipulé également que l'amélioration de la santé maternelle et infantile continuera de représenter la priorité sectorielle de l'AFD en Afrique subsaharienne, avec un effort accru en faveur des politiques de population : « En 2015, ces opérations pourront encore être financées en référence aux engagements français de Muskoka. Après 2015, la question de la disponibilité de ressources en subvention sécurisées constitue un enjeu majeur de la capacité de l'AFD à répondre à l'urgence de la transition démographique et aux besoins encore considérables en matière de santé maternelle et infantile en Afrique, et notamment dans le Sahel. L'AFD soutiendra également les politiques d'accès financier aux soins de santé, notamment à travers la mise en œuvre des projets financés dans le cadre de l'initiative Solidarité santé Sahel de 2013 ».

Cohérence avec l'initiative Muskoka

L'engagement de la France dans l'initiative Muskoka, au moins dans sa partie « bilatérale » gérée par l'AFD, avait mis l'accent sur le renforcement du système de santé (RSS) comme moyen d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5. L'I3S venait donc compléter Muskoka en mettant l'accent sur l'accès financier aux soins. Cette cohérence entre les deux interventions est particulièrement marquante dans le PADSS II Mopti au Mali qui inclut à la fois des composantes RSS (renforcement de l'offre) et des composantes demande (mutuelles de santé) dans la même région du pays (Mopti)..

Cohérence avec P4H

P4H est une initiative franco-allemande qui remonte à 2007, avant même que la CSU ne soit placée en haut de l'agenda par l'OMS. Le mode opératoire de P4H est le courtage (mise en relation, facilitation, réseau). P4H est intervenu dans le montage de certains projets I3S, notamment au Mali (échange techniques). Mais il ne semble pas que le recours à P4H par les pays bénéficiaires de l'I3S ait été systématique au moment de l'instruction des projets I3S. Il y a pourtant un besoin crucial d'aide pour ces pays en lien avec la défragmentation du financement de la santé et la réflexion sur les notions d'achat stratégique de services et soins de santé.

Cohérence avec l'initiative 5%

La France est le premier contributeur européen et deuxième contributeur mondial au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP). Depuis fin 2011, l'Initiative 5%, deuxième modalité de la contribution de la France au Fonds mondial, appuie les pays, notamment francophones, dans la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des subventions allouées par le Fonds mondial. Les pays ciblés par l'I5% incluent tous les pays I3S. Dotée d'une enveloppe annuelle de 18 millions d'euros par an, l'I5% est mise en œuvre par Expertise France. Elle inclut deux canaux : le premier canal finance la mobilisation d'expertise court terme pour répondre à des besoins ponctuels des pays (les demandes sont adressées aux SCAC) ; le deuxième canal finance des projets complémentaires de subventions du Fonds mondial (2 appels à projets par an). L'I5% finance principalement du renforcement de l'offre en matière de santé (RSS) et l'I3S vient donc en complémentarité de l'I5%. D'autre part, le Fonds mondial a également un impact sur la santé maternelle et infantile (dépistage et traitement du VIH/SIDA chez les femmes enceintes, prévention de la transmission mère-enfant, prévention et traitement de la tuberculose et du paludisme).

Dans quelle mesure l'initiative est-elle cohérente par rapport aux dynamiques observées dans les pays dans le champ du financement de la santé, à leurs besoins et à leurs calendriers ?

Cette question de cohérence est traitée dans la deuxième partie du rapport, relative à l'évaluation des projets I3S dans les 4 pays bénéficiaires : cohérence avec les politiques de santé, les plans de développement sanitaires, les stratégies de financement de la santé/CSU.

Dans quelle mesure les moyens à la fois humains, financiers, d'influence, voire la gouvernance de l'initiative sont-ils adaptés à ses objectifs ?

En dehors d'un responsable transversal I3S à la division santé de l'AFD, il n'y a pas eu à notre connaissance de mobilisation de ressources supplémentaires pour l'I3S : ce sont les chefs de projets qui ont instruit les projets I3S dans leur géographie respective (certains projets étant sous financement Muskoka et I3S (Mali et Tchad). Le calendrier contraint aurait de toute façon empêché de recruter et d'affecter une personne complémentaire. Fallait-il demander aux pays ciblés de recourir systématiquement aux appuis de P4H lors des instructions des projets I3S ? Le calendrier contraint le permettait-il ? Des études de faisabilité plus ciblées sur la situation (réelle) du financement de la santé et de la CSU dans les pays bénéficiaires auraient peut-être permis une meilleure appréhension du contexte (difficile).

La gouvernance de l'I3S avait été définie au moment où il pouvait encore être question d'un fonds fiduciaire (que d'autres PTF auraient pu abonder). Ensuite, on s'est très vite retrouvé avec 4 projets qui ne donnaient pas (encore) de résultats probants et qui avaient accusé des retards considérables, notamment dans le recrutement des assistances à maîtrise d'ouvrage. Et la situation générale (socio-économique, mais aussi sécuritaire) des pays bénéficiaires était loin de s'améliorer (Mali, Niger, Tchad). Tout cela n'incitait personne (ni à l'AFD ni au MAE) à devenir « ambassadeur I3S ». De plus, le principe de la gratuité des soins est loin de faire l'unanimité (dans le monde de la recherche comme dans le monde des PTF) et c'est le cas également parmi les conseillers santé (ambassades) que nous avons pu rencontrer.

Finalement, nous avons constaté, lors des visites de terrain pour l'évaluation des projets I3S, que le terme même d'I3S n'était pas compris par les personnes interviewées (sauf au Niger) : on connaissait le projet AFD au Sénégal, le PADSS au Mali et le PASST au Tchad, mais pas l'I3S.

(Voir aussi ci-dessous (1) les questions évaluatives relatives au critère d'efficacité et (2) la section sur le cadre de redevabilité de l'I3S).

2.3 EFFICIENCE⁵⁵ DE L'I3S

Il peut paraître curieux de parler d'efficience d'une initiative en tant que telle indépendamment de l'efficience des projets qu'elle finance. L'efficience dans ce cas devrait se cantonner à l'instruction et au démarrage des projets tenant compte des contraintes particulières liés à l'I3S.

Les questions évaluatives relèvent à la fois (i) de l'efficience de l'instruction des projets (délais, implication et mobilisation des pays bénéficiaires⁵⁶, mobilisation de l'AFD), (ii) de la gouvernance de l'I3S comme facteur d'efficience, (iii) de l'efficience comparée d'une initiative politique fléchée sur une thématique par rapport à des projets bilatéraux classiques (dans ce sens il s'agit plus d'une question liée à la valeur ajoutée de l'I3S), et (iv) du coût d'opportunité de l'I3S (autres thématiques et géographies « lésées » à cause de l'I3S).

Les projets ont-ils été instruits et ont-ils démarré dans les délais prévus ? Dans quelle mesure les pays éligibles ont-ils pu être impliqués et être forces de proposition dans le montage des projets, étant donné les délais impartis ? Dans quelle mesure les différents services de l'AFD se sont-ils mobilisés pour respecter les délais ? Quelles sont les capacités de réaction et de mobilisation de l'AFD et des pays bénéficiaires dans les délais contraints ?

Chaque pays est un cas particulier (instruction rapide au Niger, plus lente au Tchad, avortée en Mauritanie et au Burkina Faso) (voir chronologie des projets ci-dessus et l'évaluation des projets dans la Partie 2 de ce rapport). Si les délais d'instruction ont été plus longs que prévu (sauf au Niger⁵⁷, les délais n'ont pas été respectés – voir ci-dessus les questions sur l'émergence de l'initiative), certains retards de mise en œuvre sont plus préoccupants : ces retards sont principalement dus au temps mis pour recruter les assistances à maîtrise d'ouvrage (par exemple au Mali où la convention de financement du projet a été signée en février 2015, et le contrat d'AMOV en septembre 2017).

Le calendrier contraint (rapidité des instructions et des décaissements) tel que voulu par les initiateurs de l'I3S a finalement été contreproductif : (1) des études de faisabilité plus poussées (financement de la demande et CSU) auraient peut-être permis d'éviter certains blocages des projets I3S ; des périodes d'instruction plus longues auraient peut-être permis de ne pas éliminer trop vite les candidats Burkina et Mauritanie. Finalement, la question demeure : pourquoi fallait-il aller vite ?

A la période plus frénétique d'instruction des projets (seconde moitié de 2013 et 2014) et de signature des conventions de financement, a succédé une période de plus grande inertie (2015 et 2016).

La question sur l'implication des pays dans le montage des projets relève plus à notre avis de l'efficacité de l'aide (Déclaration de Paris), et de la pertinence/cohérence des projets financés sur I3S : elle est traitée dans la seconde Partie de ce rapport (évaluation des projets I3S). De manière générale, les projets I3S sont alignés sur les stratégies nationales CSU (sauf peut-être au Tchad où la stratégie nationale CSU reste embryonnaire) : l'implication des pays dans le montage des projets s'en trouvait facilitée. Mais le calendrier contraint de l'I3S est une des raisons du non aboutissement du projet I3S au Burkina Faso.

⁵⁵ L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel). Le critère d'efficience mesure la relation entre les différentes activités, les ressources disponibles, et les résultats prévus. Ce critère pose la question de la solution économique la plus avantageuse.

⁵⁶ Les questions sur l'implication et la mobilisation des pays bénéficiaires relèvent plus de l'évaluation des projets I3S (pertinence et cohérence).

⁵⁷ Les chefs de projets AFD interviewés ont tous mis en avant les difficultés additionnelles occasionnées par le calendrier contraint pour l'instruction de projets qui nécessitaient des approches novatrices : « *instructions plus complexes et plus tendues* ».

Dans quelle mesure la gouvernance de l'Initiative est-elle un facteur d'efficience (mise en place d'un Comité d'orientation et de suivi, rôle effectif du COS et du dialogue AFD/MAEDI) ? Quels sont les avantages et inconvénients de cette « Initiative » (avec ses caractéristiques : focus thématique, affichage politique, enjeux de redevabilité, calendrier, fléchage géographique) par rapport à des financements classiques de projet non portés par une initiative politique fléchée sur une thématique ?

Nous avons déjà apporté des éléments de réponse à ces questions dans les chapitres ci-dessus traitant de la pertinence et de la cohérence de l'I3S. Il nous semble que le rôle du COS s'est atténué au fil du temps⁵⁸ et que la décision (renouvelée) d'avoir deux réunions annuelles n'a jamais été respectée. Il n'y a pas eu de réunion du COS en 2014 qui était l'année principale pour l'instruction des projets. Les premières réunions du COS (2013) ont notamment mis l'accent sur la nécessité (1) d'avoir un cadre de redevabilité de l'I3S et (2) d'associer un programme de recherche opérationnelle à l'I3S : mais aucun de ces deux éléments n'a encore fait l'objet d'accords définitifs. Toutes les personnes interviewées qui ont participé à une ou plusieurs réunions du COS ont émis des appréciations positives sur ce mode de gouvernance, mais dans le sens où « *c'était intéressant* ». Personne n'a mentionné le COS comme facteur spécifique d'efficience.

Si nous entendons le terme « efficience » appliqué à l'I3S comme « capacité d'apprentissage » pour toutes les institutions représentées au COS (et pour les pays bénéficiaires), alors le focus thématique et le fléchage géographique présentent des avantages certains comparés à des projets classiques. C'est même la valeur ajoutée⁵⁹ principale (et quelque peu inattendue) de l'I3S : de révéler un principe de réalité (à savoir la résistance institutionnelle à l'extension d'une protection sociale santé et la difficulté pour l'APD santé à se modeler sur cette nouvelle thématique⁶⁰) de manière concomitante dans 4 contextes différents (mais avec certaines similarités dans les difficultés de mise en œuvre). Avec l'I3S, on ne pourra plus dire « qu'on ne savait pas » : le challenge maintenant va être de documenter ce savoir (au travers notamment des évaluations et de la recherche opérationnelle) pour remettre en évidence les questions essentielles liées au financement de la santé dans une approche CSU : comment appuyer un pays à faire de l'achat stratégique (paquet de soins achetés, modalités d'achat, population vulnérable couverte en priorité) en santé (pour remplacer les allocations budgétaires normatives) et comment cet achat stratégique va-t-il contribuer à la défragmentation du système de financement de la santé ?

Dans quelle mesure, les efforts consacrés par la France à cette initiative, l'ont-été au détriment d'autres géographies ou thématiques dans le même secteur ?

Il s'agit d'une question de coût d'opportunité. L'I3S étant un financement réellement additionnel (au contraire de Muskoka), il ne peut pas vraiment être au détriment d'autres projets (sauf si le financement I3S a eu comme conséquence la diminution de crédits budgétaires pour le programme 209). Nous n'avons aucun élément qui permettrait de parler d'opportunités manquées à cause de l'I3S. Nous doutons même qu'il soit possible de répondre objectivement à cette question évaluative.

⁵⁸ La décision du COS d'avoir deux réunions annuelles n'a jamais été respectée, sauf en 2013 (pour les deux premières réunions).

⁵⁹ Voir ci-dessous.

⁶⁰ On appréhendait déjà la difficulté, mais pas au point d'imaginer, par exemple, que le système de gratuité des soins au Niger n'a pas réellement progressé (gestion de la facturation, contrôle et validation, financement, etc.) depuis 2006 !

Dans quelle mesure une initiative globale thématique et géographique permet-elle de financer des activités sous-financées par les canaux de financement classiques ?

La question devrait être inversée : comment se fait-il que des thématiques et géographies aussi cruciales (santé des enfants ; protection sociale santé ; Sahel) et qui figurent en bonne place dans la politique d'aide au développement soient sous-financées par les canaux de financement classique (de l'APD française)? Autrement dit, pourquoi faut-il des Initiatives spécifiques pour s'attaquer aux vrais problèmes ? Pourquoi ces problèmes ne relèvent-ils pas du financement classique APD (bi et multilatérale)?

L'I3S était initialement conçue comme un fonds de solidarité Sahel pour la santé des enfants : l'embryon d'une espèce de futur fonds multi-bailleurs pour le financement de la santé maternelle et infantile (avec accent sur la malnutrition des enfants) dans les PMA, avec une optique CSU. Mais on a vu que cette ambition initiale a été (fortement) revue : l'I3S est restée une initiative limitée. Pourquoi la santé maternelle et infantile n'a-t-elle pas ses initiatives globales comme par exemple le FM pour les 3 maladies ou GAVI pour la vaccination. Est-ce le GFF (Global Financing Facility) qui va devenir ce fonds global SMI ? Sous quelles modalités ? Il n'a pas encore de réponse à ces questions.

2.4 VALEUR AJOUTEE DE L'I3S

Une valeur-ajoutée théorique de cette initiative est l'amélioration, entre les pays sahéliens, du dialogue et des échanges sur l'accès financier aux soins. Le dialogue sur les politiques de financement et d'accès à la santé a-t-il été renforcé du fait de l'initiative ? Des outils pour servir ce dialogue ont-ils été mis en place ? Si non, pourquoi ?

Jusqu'à présent le dialogue (sur les thématiques I3S) entre pays bénéficiaires n'a pas réellement démarré, en tout cas pas sur financement I3S. Les visites de terrain ont confirmé cette situation. Mais les résultats des projets I3S ne sont pas encore suffisamment tangibles (ni documentés) pour permettre un réel partage d'expériences enrichissantes. De plus, les systèmes d'informations liés au financement de la demande sont encore balbutiants : on n'a donc rien de bien concret à montrer ou à partager.

Le Sénégal a organisé un forum sur le financement de la santé en juillet 2017 (avec l'appui de la Coopération technique belge) où les différentes stratégies/expériences (menées principalement au Sénégal) ont été présentées et discutées

C'est le programme de recherche I3S (IRD) qui va constituer la première réelle opportunité pour entamer et nourrir ce dialogue (et pour la mise en place d'outils et de modalités d'échanges).

Le rôle potentiel des institutions supranationales dans ce dialogue n'est jamais évoqué. Pour les trois pays (tous les pays sauf le Tchad) relevant de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), quel pourrait-être le rôle de ces structures régionales existantes : l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS – qui est la « commission santé » de la CEDEAO), le département santé de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA) ?

La fragmentation du financement de la santé reste un problème crucial dans les pays bénéficiaires de l'I3S. Et la notion d'achat stratégique de soins de santé ne se voit pas accorder suffisamment d'attention. C'est sur ces questions que les dialogues et échanges d'expérience vont montrer leur valeur ajoutée.

Dans quelle mesure et à quelles conditions le recours à une initiative globale, thématifiée et géographisée, est-il plus pertinent, cohérent, efficace, efficient, pérenne que l'aide bilatérale projet classique (approfondissement du dialogue sur les dispositifs de politiques publiques, davantage de visibilité pour le bailleur, opportunités plus importantes en matière de capitalisation) ?

Comme déjà évoqué plus haut, la valeur ajoutée essentielle de l'I3S réside principalement dans les opportunités d'apprentissage (ou de capitalisation) qu'elle offre dans un domaine (CSU) et au travers de canaux finalement très peu empruntés par les PTF, en ciblant concomitamment 4 pays (donc 4 contextes différents) qui ont tous inscrit la CSU dans leurs stratégies mais qui sont à des stades très différents de maturité et donc d'implémentation. Le problème réside dans le fait que les projets ont pris des retards considérables de mise en œuvre et n'ont donc pas encore grand-chose à montrer en termes de réalisation (mais ont beaucoup à montrer sur la résistance institutionnelle à des réformes de protection sociale santé et sur les besoins (substantiels) de renforcement des capacités). C'est l'apprentissage qui permettra le dialogue sur les dispositifs de politiques publiques et qui donnera davantage de visibilité pour le bailleur.

2.5 DURABILITE DE L'I3S

Le financement par la Taxe sur les Transactions Financières (TTF) et le fait qu'il s'agisse de crédits délégués du MAEDI posent-ils des problèmes de durabilité spécifiques ? Ces problèmes ont-ils été traités de façon à maximiser la durabilité des interventions financées ?

Nous n'avons aucun élément qui permette d'affirmer que les financements plus classiques (par exemple crédits budgétaires pour le programme 209) offrent plus de visibilité (ou de prédictibilité) à moyen terme que des financements sur fonds spéciaux (alimentés par des taxes spécifiques affectées) ? Y-a-t-il, de manière générale, une visibilité à moyen terme (après 2019) des financements APD disponibles pour la protection sociale santé dans les pays sahéliers toutes sources de financement confondues (crédits budgétaires, recettes et taxes affectées) ? Nous n'avons pas d'élément qui permettrait d'affirmer que ce type de financement pose des problèmes de durabilité spécifique.

Nous n'avons pas non plus d'élément tangible qui montrerait que la participation du MEAE au COS pourrait constituer un facteur favorisant (ou défavorisant) la durabilité des financements. Peut-être en serait-il autrement si les projets financés par l'I3S avaient montré de nombreux résultats positifs, tangibles, et reproductibles, ce qui n'est pas encore le cas. Dans l'état actuel des choses, le problème n'est pas tant la continuité des financements que d'arriver à dépenser le budget initial de l'I3S. C'est un élément intéressant qu'apporte l'I3S : la capacité d'absorption très limitée des pays bénéficiaires, même s'agissant de financement de la gratuité (on aurait pu penser qu'il suffisait de payer des factures).

Le FSD pourrait devenir une source récurrente de financements bilatéraux ciblant la protection sociale santé dans les PMA (ou bien uniquement sur les pays sahéliers).

Quant à la question de la durabilité des interventions financées, elle est plutôt liée à la capacité des pays bénéficiaires à prendre le relais (voir la question évaluative suivante). Il n'y a pas non plus de visibilité à moyen terme des dépenses publiques de santé/protection sociale dans les pays bénéficiaires de l'I3S. Les cadres sectoriels de dépenses à moyen terme ne sont pas disponibles dans tous les pays bénéficiaires, et ne constituent de toute façon pas une preuve que des fonds budgétisés seront inscrits et sécurisés.

Le ciblage géographique de la plupart des interventions financées pose-t-il des problèmes de durabilité ? Le cas échéant, comment est-il prévu d'y répondre ?

Cibler les pays parmi les plus pauvres du monde pour appuyer des extensions de protection sociale santé entraîne automatiquement le problème de la durabilité financière (et institutionnelle). Et il est à prévoir que la question de la viabilité/durabilité restera centrale dans les 20 ans à venir.

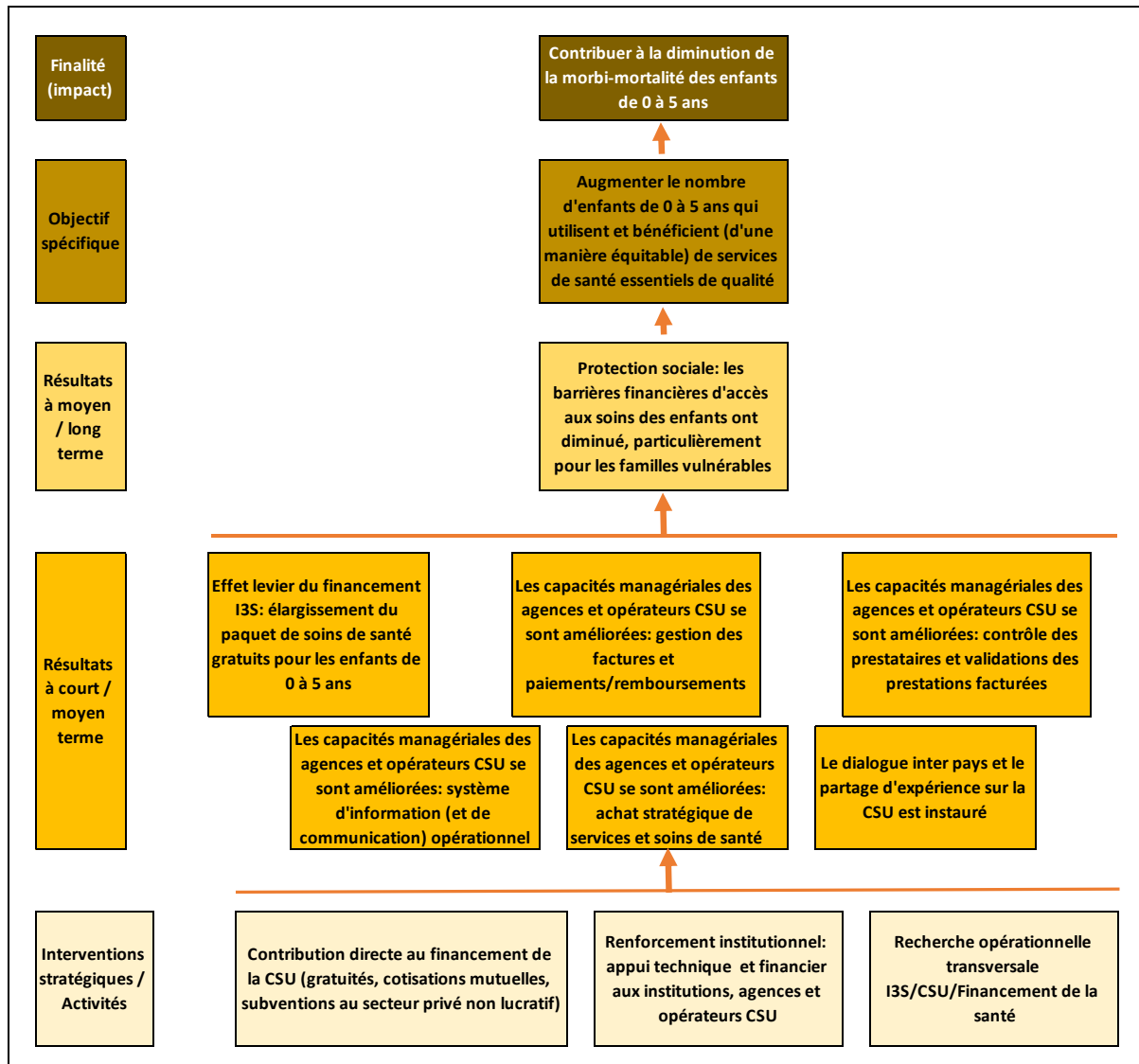
La question est plutôt relative à la capacité d'apprentissage des pays bénéficiaires (et des PTF) à propos des difficultés liées à l'extension de la protection sociale santé dans un contexte de pauvreté et de gouvernance suboptimale et à propos des mécanismes qui permettraient de rendre plus efficace l'aide extérieure dans ce domaine (aide extérieure qui sera de toute façon encore nécessaire durant de nombreuses années aussi bien du côté du renforcement de l'offre que du financement de la demande).

3 LOGIQUE D'INTERVENTION ET CADRE DE REDEVABILITE DE L'I3S

Nous avons regroupé dans ce chapitre une question évaluative « *La logique d'intervention de l'I3S pourrait-elle être reconstituée ?* » et une requête des TdR de l'évaluation : « *Pour le cadre de redevabilité du COS, les consultants proposeront un nombre limité d'indicateurs permettant de rendre compte de la mise en œuvre et des résultats globaux de l'initiative auprès des tutelles de l'AFD, des ONG et du grand public* ».

La figure ci-dessous illustre la théorie du changement que nous avons « reconstituée » et qui aboutit à une logique d'intervention/chaîne de résultats avec les liens de causalité supposés.

Figure 4 Théorie du changement / logique d'intervention de l'I3S



Cette logique d'intervention hiérarchise l'ensemble des résultats qui devraient contribuer à la diminution (durable) de la morbi-mortalité des enfants de 0 à 5 ans qui reste la finalité ultime de l'I3S. Même les interventions financées par l'I3S qui dépassent le périmètre strict de la santé des enfants peuvent avoir un impact sur la santé des enfants : par exemple le co-financement des cotisations mutuelles au Mali ou le système des forfaits obstétricaux dans un hôpital privé à but social au Tchad.

Les résultats à moyen/long terme et les objectifs représentent des changements de haut niveau et leur réalisation (en positif ou en négatif) ne pourra évidemment pas être attribuée uniquement aux interventions

et appuis de l'I3S. Cette partie de la logique d'intervention respecte la doctrine initiale de l'I3S : on paye les factures de soins des enfants => plus d'enfants utilisent les formations sanitaires => la santé des enfants s'améliore.

Les résultats à plus court terme reflètent davantage comment cette doctrine I3S s'est déclinée dans les différents projets I3S.

En dehors des hypothèses liées aux différents niveaux de résultats, il faut ajouter une série de conditions nécessaires (et critiques) pour permettre une contribution des interventions financées par l'I3S à l'objectif spécifique et général : la disponibilité d'une offre de services et soins de santé de qualité en termes de promotion, prévention et traitements qui soit considérée comme acceptable, en particulier par la population vulnérable. Autrement dit, la réussite de l'appui à la demande est conditionnée par la disponibilité et la qualité (et la réactivité) de l'offre. De même que le renforcement de l'offre doit s'accompagner d'une meilleure accessibilité.

Cette chaîne de résultats est reprise dans le cadre logique ci-dessous avec les indicateurs et les hypothèses par niveau.

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
But (impact)			
Contribuer à la diminution de la morbi-mortalité des enfants de 0 à 5 ans	Taux de mortalité infanto-juvénile	EDS/MICS	La situation socio-économique reste stable
	Taux de mortalité néonatale	EDS/MICS	La situation sécuritaire ne se dégrade pas davantage
	Taux de malnutrition (taille pour âge)	EDS/MICS	L'engagement politique en faveur de la CSU reste élevé
Objectif spécifique (résultat à long terme)			
Augmenter le nombre d'enfants de 0 à 5 ans qui utilisent et bénéficient (d'une manière équitable) de services de santé essentiels de qualité	Nombre de contacts des enfants de 0-5 ans dans les formations sanitaires par niveau de la pyramide sanitaire (consultations et hospitalisations)	SNIS	Les prestataires de santé ont la capacité de gérer l'augmentation de la demande provoquée par l'extension de la CSU
	Nombre d'enfants ayant reçu un traitement antibiotique pour une pneumonie	SNIS	Synergies entre les projets I3S et les autres projets de santé (AFD et autres PTF) renforçant l'offre et la demande en matière de santé
	Nombre d'enfants ayant reçu un traitement SRO + Zinc pour diarrhée/déshydratation	SNIS	La population perçoit l'importance de l'offre de soins de santé et en accepte le niveau de qualité
	Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de soins intensifs	SNIS	
Résultat à moyen / long terme			
Protection sociale : les barrières financières d'accès aux soins des enfants ont diminué, particulièrement pour les familles vulnérables	Nombre de cas d'enfants de moins de cinq ans bénéficiant de la gratuité (ou d'autres types de subventionnements) ayant reçu le traitement approprié et complet (et gratuit ou fortement subventionné) dans la formation sanitaire visitée	-Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports du programme de recherche	Défragmentation progressive du système de financement de la santé et meilleure cohérence entre les différents systèmes de protection sociale/santé (financement des intrants, financement des outputs, etc.);
	Nombre d'enfants de moins de cinq ans enrôlés dans des mutuelles de santé (désagrégé par catégorie socio-économique des ménages)	-Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports du programme de recherche	Augmentation du niveau de financement de la CSU sur ressources domestiques (budget Etat et contributions des ménages) et sur

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
	Dépenses des mutuelles de santé pour la prise en charge des soins des enfants de 0-5 ans	-Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports du programme de recherche	ressources extérieures (PTF)
	Paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées de santé	Comptes nationaux de la santé / Revue des dépenses en santé	
Résultats à court / moyen terme			
Effet levier du financement I3S: élargissement du paquet de soins de santé gratuits pour les enfants de 0 à 5 ans	Nombre d'épisodes de Soins néonataux intensifs couverts par les systèmes d'exemption de paiements ou par les mutuelles de santé		
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées: gestion des factures et paiements/remboursements	Délai moyen de remboursement des prestations dans le cadre des initiatives de gratuité	-Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU -Rapports d'évaluation à mi-parcours et ex post -Rapports du programme de recherche -Audits -Etudes spécifiques	Ressources humaines en place et financement courant sécurisé des institutions / agences /opérateurs CSU
	Délai moyen de remboursement des prestations dans le cadre des systèmes contributifs (mutuelles de santé)		
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées: contrôle des prestataires et validations des prestations facturées	Nombre de formations sanitaires contrôlées (avec rapports de validations des données (factures, indicateurs FBR, etc.)		
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées : système d'information (et de communication) opérationnel	Base de données en place: bénéficiaires (par catégorie socio-économique professionnelle) / prestations / paiements et statistiques produites en routine dans les rapports périodiques		
Les capacités managériales des agences et opérateurs CSU se sont améliorées: achat stratégique de services et soins de santé	Groupes de travail mis en place pour l'intégration progressive des différentes stratégies d'achats de soins: remboursement des factures gratuité, remboursement des factures FBR, mutuelles de santé, etc.		
Le dialogue inter pays et le partage d'expériences CSU est instauré (systèmes apprenants)	Ateliers, forums, conférences sur le financement de la santé dans un cadre CSU pour partages d'expérience entre pays sahéliens		
Interventions stratégiques			
Contribution directe au financement de la CSU (gratuités, cotisations mutuelles, subventions au secteur privé non lucratif)	Taux d'exécution budgétaire I3S	Rapports I3S pour le COS	

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Renforcement institutionnel: appui technique et financier aux institutions, agences et opérateurs CSU			
Recherche opérationnelle transversale I3S/CSU/Financement de la santé			

S'il est important que chaque projet continue d'utiliser (ou décide de commencer à utiliser) sa logique d'intervention et son cadre de redevabilité pour son suivi tant interne qu'externe et pour son évaluation, il ne nous paraît pas pertinent de consolider ces cadres de redevabilité pour rendre compte de l'I3S en tant qu'initiative.

4 CONCLUSIONS

Les TdR requièrent une évaluation (1) qui porte à la fois sur l'initiative telle qu'elle a été pensée puis formalisée et sur le contenu des projets qui traduisent sa mise en œuvre, et (2) qui se focalise principalement sur les critères de cohérence et de pertinence.

On a analysé la pertinence et la cohérence de l'I3S non seulement par rapport aux politiques et stratégies françaises de développement (y compris les stratégies de l'AFD), par rapport aux politiques et agendas plus globaux (ODD, CSU etc.), mais aussi par rapport aux stratégies de financement de la santé des pays bénéficiaires.

On a questionné la pertinence (ou souligné l'incohérence) de ne pas avoir inclus le Burkina Faso et la Mauritanie dans les projets I3S : dire que ces deux pays n'étaient pas prêts n'a pas plus de sens que de dire que le Mali, le Niger ou le Tchad étaient prêts. Si on veut voir dans la CSU ou la CMU un projet de société (qui est bien plus qu'une simple stratégie de financement de la santé, et qui ne peut se limiter à des déclarations d'intention), quel pays du Sahel, encore aujourd'hui, peut revendiquer d'être prêt pour un tel projet ?

On ne peut s'empêcher de penser qu'il y avait une certaine candeur du côté des promoteurs de cette initiative, candeur qui consistait à associer à l'avance « appui à la gratuité des soins pour les enfants » et « diminution de la mortalité infanto-juvénile »⁶¹ (et tout cela avec de l'argent prélevé sur les transactions boursières). Déjà à l'époque (depuis 2006-2007 pour le Niger !), on savait que les systèmes de gratuité des soins (avec compensation par l'Etat du manque à gagner des prestataires de services) se heurtaient déjà à des problèmes d'administration, de gestion, et de disponibilité des fonds publics, mais il y avait sans doute une sous-estimation de ces problèmes ou une surestimation de l'efficacité potentielle d'un appui institutionnel classique pour en venir à bout⁶². Si la CSU est un projet de société, alors les problèmes (et les solutions) ne peuvent pas être simplement d'ordre technique ou gestionnaire : c'est tout le contexte qu'il faut questionner (par exemple : quelles ont été les implications à la fois de la société civile et des prestataires (publics et privés) de services de santé dans les études de faisabilité des stratégies de protection sociale santé ?). Comment une initiative comme l'I3S peut-elle remettre ces questions en haut de l'agenda dans les pays bénéficiaires ? Au travers des différentes plateformes de dialogue sectoriel.

On peut voir à travers les comptes rendus des premières réunions du COS que l'AFD appréhendait l'I3S de manière plus réaliste que ses promoteurs (voir ci-dessus l'analyse des comptes rendus des réunions du COS) : l'AFD était déjà bien consciente que l'I3S allait devoir être plus⁶³ qu'un simple remboursement de factures de soins des enfants. En s'attaquant au financement de la demande en matière de santé, l'I3S forçait d'une certaine manière l'AFD à sortir de sa zone de confort⁶⁴ et, qui plus est, dans un mode de gouvernance (et de redevabilité) qui sortait de l'ordinaire, selon un calendrier contraint, et dans des contextes de fragmentation extrême à la fois de l'aide au développement et du financement de la santé (l'une entraînant souvent l'autre).

⁶¹ Exagération de l'effet catalytique attendu (entraînement d'autres PTF dans le financement de la gratuité) et de l'effet levier attendu (augmentation du financement national et élargissement du paquet de soins gratuits pour les enfants).

⁶² Et certainement une surestimation de la causalité entre gratuités des soins et taux de morbi-mortalité.

⁶³ Dans le sens de la nécessité de mettre en place des systèmes et d'élargir la cible aux femmes enceintes et même aux femmes en âge de procréer.

⁶⁴ D'autant que, selon certains responsables de l'AFD interviewés, le secteur de la santé « *a du mal à exister à l'AFD, avec des cadres d'intervention pays (CIP) qui ont sorti la santé presque partout* ».

Les contextes difficiles des pays ciblés par l'I3S étaient pourtant déjà bien connus et documentés, même en 2013. Et ces contextes n'ont pas évolué dans le bon sens. Un rapport au Sénat de 2016⁶⁵ met en avant le contexte politique et socio-économique difficile et les maigres résultats de l'APD au Sahel et mérite d'être longuement cité dans notre conclusion de l'évaluation I3S :

- **Une croissance sans profondeur** : « *Les pays sahéliens se trouvent dans une situation démographique unique à l'échelle de la planète. Cette situation, incompatible avec le développement de la région, laisse les bailleurs de l'aide publique au développement en grande partie désemparés [...] Les pays africains et les pays du Sahel en particulier ont connu au cours des dernières années une croissance économique souvent supérieure à 5 % par an. Un tel taux de croissance, enviable pour les pays européens, doit cependant être mis en regard d'un taux de croissance de la population qui dépasse souvent 3 %. En outre, beaucoup d'analystes estiment qu'il s'agit d'une croissance économique « sans profondeur », c'est-à-dire limitée à certains secteurs, qui ne parvient pas à « tirer » le développement des pays et se traduit par un sous-emploi massif* ».
- **Gouvernance** : « *Ainsi, les trafics ne doivent pas être considérés comme une nuisance cantonnée à la marge des États, dans des zones « hors de contrôle », « zones grises » où personne hormis les trafiquants et les terroristes ne saurait ce qui se passe réellement. Ils s'insèrent plutôt dans les configurations de pouvoir. D'autre part, les partenaires techniques et financiers des États du Sahel, s'ils font du renforcement de la gouvernance une de leurs priorités, minimisent parfois ces problèmes afin de pouvoir continuer à fournir, conformément à leur mission, des financements en prêts ou en dons. Encore une fois, le Mali est paradigmatique : considéré dans les années 1990 comme le bon élève de la démocratisation, de la décentralisation et du développement, il constituait pour la France et pour les bailleurs une « vitrine » de leur politique qu'il était difficile de remettre en question* ».
- **Politique de l'offre** : « *...l'aide au développement fonctionne encore trop souvent selon les principes d'une « politique de l'offre ». Les institutions internationales et les agences de développement ont en effet pour objectif principal d'engager au maximum les financements dont elles disposent, puisque c'est à cette aune qu'elles sont jugées et évaluées par les pays financeurs ou par les pays de tutelle. Or, beaucoup des pays partenaires n'expriment pas de besoins précis, faute de réflexion stratégique ou des capacités techniques, financières et humaines nécessaires pour évaluer ces besoins. Dès lors, les partenaires techniques et financiers sont conduits à proposer des programmes ou des projets élaborés d'après l'idée qu'ils se font des besoins des pays et d'après les priorités de politique étrangères des États par lesquels ils sont financés, ou encore en reproduisant des projets déjà réalisés auparavant dans d'autres pays* ».
- **Bilan décourageant** : « *Le bilan de ces efforts de l'aide publique au développement⁶⁶, tel qu'il découle de l'observation de la situation actuelle des pays du Sahel autant que des évaluations disponibles, est pour le moins décourageant⁶⁷, ce qui s'explique par une série de facteurs pour la plupart bien identifiés. Enfin, à maints égards et malgré les objectifs affichés, le Sahel ne semble plus véritablement une région prioritaire pour la politique d'aide au développement française* ».

Ce bilan sans complaisance souligne une nouvelle fois à quel point l'apprentissage est fondamental, et comment la valeur ajoutée d'une initiative telle que l'I3S réside plus dans sa production potentielle de

⁶⁵ Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur l'aide publique au développement au Sahel, par M. Henri de Raincourt et Mme Hélène Conway-Mouret, Sénateurs. Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 juin 2016 – session ordinaire de 2015-2016 (n°728)

⁶⁶ « *Au niveau bilatéral, la France demeure le deuxième bailleur au Sahel, après les États-Unis, avec près de 337 millions d'euros d'aide versés en 2011 dans six pays (Sénégal, Mauritanie, Mali, Burkina Faso, Niger, Tchad)* ».

⁶⁷ « *Le développement n'est pas en marche. Certes, on construit ici et là des écoles, des centres de santé, mais cela ne s'inscrit pas dans une stratégie globale de développement pour cette région [...] L'échec de l'aide au développement au Sahel est total [...] Quasiment aucun projet financé par l'aide au développement ne subsisterait cinq ans après son achèvement [...] Au Sahel, notre politique d'aide au développement s'est complètement fourvoyée* ».

connaissances et sur les impasses auxquelles sont confrontés les pays bénéficiaires (en termes de système de santé et de protection sociale santé, en termes de fragmentation du financement de la santé, en termes de difficulté de mettre en place un achat stratégique de services et soins de santé) que dans un calcul hasardeux de vies sauvées ou de traitements antibiotiques dispensés.

5 RECOMMANDATIONS

Recommandations pour l'I3S

Une évaluation *in itinere* de l'I3S ne peut pas aboutir à des recommandations générales du genre : *il faut plus d'initiatives du même type ou il faut plus utiliser les financements innovants (comme ceux alimentant le FSD) pour l'aide bilatérale en santé ou protection sociale ou encore il faut adopter le mode de gouvernance de l'I3S pour les autres projets santé de l'AFD*. En revanche, si de nouvelles initiatives multi-pays (avec contenu et périmètres similaires) surgissaient, nos recommandations seraient :

- **Pour le MAE et/ou les promoteurs des initiatives et leurs comités d'orientation :**
 - Ne pas trop limiter la cible (par exemple : SMI plutôt que seulement les enfants de moins de cinq ans) ou bien, inversement, sur base d'analyses de la charge de morbidité-mortalité, de restreindre la cible (par exemple : santé néonatale, ou malnutrition). L'élargissement ou le rétrécissement de la cible impliquent évidemment des modalités d'intervention différentes : c'est ce qui s'est déjà produit pour l'I3S, mais plus par défaut que par dessein (cofinancement des cotisations mutuelles pour l'ensemble de la population au Mali, forfait obstétrical au Tchad, enfants handicapés au Tchad, etc.). Afin d'optimiser la performance des financements et la cohérence en matière de politique publique, et dans le cas spécifique de la SMI, afin de ne pas augmenter la fragmentation des appuis au système sanitaire (qui impliquent une fragmentation du financement du système): éviter de ne financer qu'un bout de la chaîne du service de soin.
 - Ne pas trop limiter la stratégie de financement appuyée : la Mauritanie et le Burkina ont été écartés parce qu'il n'y avait pas encore d'initiative de gratuité des soins pour les enfants au moment de l'instruction des projets (mais il n'y a pas non plus de gratuité dans le système des forfaits pédiatriques et obstétricaux au CHU Bon Samaritain de Ndjaména, ni dans l'adhésion aux mutuelles au Mali (le cofinancement de l'Etat malien et de l'AFD ne représentent que 80% des cotisations), ni finalement dans les exemptions de paiements au Niger qui se traduisent par des pénuries de médicaments dans les formations sanitaires publiques, obligeant les patients à recourir au secteur privé pour l'achat des médicaments prescrits). Il est important d'éviter de renforcer les querelles entre les différentes « chapelles de pensées » en mettant l'accent sur des stratégies d'interventions qui favorisent l'intégration des approches stratégiques et des pratiques opérationnelles.
 - Avant tout lancement d'une initiative, importance de prendre le temps d'analyser le contexte et la pratique des acteurs au regard de l'objet traité (prendre en compte les conclusions des recherches, pratiques des bailleurs/PTF, etc.). Veiller à ne pas multiplier/empiler les initiatives, mais plutôt veiller à la cohérence de toutes les interventions. De plus, la pérennité ne doit pas être un critère (ou une condition) de financement : la pérennité devient effective quand elle est inscrite dans la stratégie nationale du pays partenaire.
 - Dans la mesure du possible, ne pas imposer des calendriers trop serrés et une redevabilité sur des résultats dans un temps trop court.

- Elaborer un programme de recherche en concomitance avec l'instruction des projets qui seront financés sur l'initiative. Développer le cadre de redevabilité de l'initiative à partir du programme de recherche.
- Aligner l'initiative sur une stratégie commune avec d'autres PTF. Il est nécessaire de renforcer la coordination entre bailleurs intervenant sur une même thématique. A ce titre, au-delà de la coordination avec l'UE, la récente création de l'Alliance Sahel pourrait être une excellente occasion d'améliorer l'harmonisation, la coordination et l'alignement et ainsi, l'efficacité en matière de d'aide au sous-secteur SMI, en tenant compte de la fragilisation des Etats dans la sous-région (une conjonction de facteurs écologiques, démographiques, politiques et économiques, internes et externes a impliqué une dégradation de la situation des Etats de la sous-région ces dernières années⁶⁸).
- **Pour l'AFD :**
 - Faire un plaidoyer pour redonner une place à part entière à la santé (dans le bilatéral/subvention) et à la protection sociale santé (en collaboration plus étroite avec EF et l'IRD) – il s'agirait d'un plaidoyer AFD en interne (pour obtenir davantage de subventions ou crédits bonifiés) et en externe (renforcer le bilatéral en santé).
 - Dans le cadre de calendrier contraint, renforcer la capacité de l'AFD à concilier des projets à réalisations rapides et des projets à résultats plus structurants sur le long terme.
 - Inclure la protection sociale santé dans la zone de confort de l'AFD (l'inclusion d'EF dans le groupe devrait favoriser cette orientation).
- **Pour l'IRD**
 - Ajouter deux questions de recherche : (1) les systèmes "gratuité", FBR, mutuelles etc. peuvent-ils se renforcer mutuellement (au lieu de s'exclure en s'enfermant dans des "écoles de pensée")?; et (2) comment des systèmes de protection sociale en santé peuvent-ils inclure la contractualisation (conventions) des prestataires privés à but social pour élargir l'offre de services de qualité accessibles à une population vulnérable (cas de l'I3S au Tchad).

Recommandations génériques pour les projets financés sur l'I3S

La Partie 2 ci-dessous inclut l'évaluation des projets financés sur l'I3S avec les conclusions et recommandations spécifiques à chaque projet. Nous reprenons dans cette section des recommandations génériques (éléments communs) qui peuvent s'appliquer à l'ensemble des projets financés par l'I3S.

La **première recommandation globale** concerne les systèmes d'information relatifs aux stratégies de financement appuyées par les projets I3S. Un système de protection sociale en santé, quel qu'il soit, ne peut pas se concevoir sans un système d'information adéquat. Un projet d'appui à cette protection sociale santé devrait inclure comme élément principal (parmi les « composantes structurantes ») la construction d'un système d'information (non pas pour le projet lui-même, mais pour le système de financement (national) que le projet appuie). Aucun projet I3S, au moment de l'évaluation, n'avait été en mesure d'appuyer la mise en place de tels systèmes :

⁶⁸ La nouvelle réalité ("Etats fragiles") a-t-elle été systématiquement intégrée par les acteurs nationaux et internationaux engagés dans l'appui aux systèmes de santé?

- Si l'ACMU au Sénégal peut fournir le nombre de factures « soins pour les enfants » qui ont été payées en 2017, on n'a en revanche aucune information sur le nombre d'enfants pris en charge⁶⁹, ni, a fortiori, sur la répartition géographique de ces enfants (par région/district), sur leur répartition socio-économique, ou sur les pathologies traitées. A ce stade, on ne sait pas « à qui profite la gratuité » : peut-être ne profite-t-elle qu'aux enfants des classes aisées de Dakar-Thiès-Diourbel pour le traitement de pathologies bénignes ? On ne parle pas ici de la nécessité de système d'information sophistiqué basé sur les dernières technologies (par exemple avec lecture des cartes d'identité biométriques), mais d'une base de données élémentaires qui pourrait être couplé au DHIS2 (« open source » et basé sur le Web), et qui renseignerait à minima sur la pertinence, la cohérence, l'efficacité et l'efficacité des « systèmes gratuits ».
- On peut poser les mêmes questions à propos du Niger, où la gratuité des soins pour les enfants est en vigueur depuis fin 2006.
- On peut poser les mêmes questions à propos du Mali, où le premier rapport disponible de l'UTM en lien avec le projet ne mentionne qu'un nombre total de nouveaux adhérents : s'agit-il d'enfants ? De femmes enceintes ? Ou d'hommes de la tranche d'âge 30-50 ans ?
- On peut poser les mêmes questions à propos du Tchad. Quel est le profil des ménages qui ont eu recours au forfait pédiatrique ou obstétrical mis en place au CHU Bon Samaritain ? Ces patients viennent-ils des quartiers défavorisés des alentours de l'hôpital, ou des quartiers aisés de Ndjaména ? Quel est le système (et principe) de base de données mis en place au niveau de l'observatoire de la santé installé au sein de la direction régionale de la santé à Moundou ? Comment est-il couplé au SNIS ?

La **seconde recommandation globale** concerne la mise à profit de l'I3S pour décloisonner les stratégies de financement de la santé et repenser le financement de la santé en termes d'achat stratégique (voir ci-dessus la première recommandation pour l'IRD). Plutôt qu'une étude comparative sur la gratuité vs. le système FBR à Dosso au Niger, il aurait sans doute mieux valu une étude qui pourrait montrer les complémentarités (évidentes) entre ces stratégies de financement. Dans des systèmes de financement de la santé aussi fragmentés, mener des études d'impact pour déterminer quelle stratégie est à garder et quelles stratégies sont à jeter n'a, à strictement parler, aucun sens. En revanche, les questions suivantes nous semblent plus pertinentes : comment canaliser les systèmes de gratuité à travers les mutuelles de santé ? Quel rôle les mutuelles de santé peuvent-elles jouer dans un système de financement basé sur les résultats ? Comment intégrer le secteur privé à but social dans les stratégies de gratuité (ou de subventionnement) ? Comment un système de financement basé sur les résultats peut-il rendre plus effectif un système d'exemption de paiements ?

⁶⁹ Un enfant peut avoir eu plusieurs épisodes de maladie sur une même année.

PARTIE 2 - EVALUATION DES PROJETS I3S

Introduction aux comptes rendus pays

Selon la convention de financement I3S⁷⁰, « *La finalité de l'I3S est d'améliorer l'état de santé des enfants de 0 à 5 ans, en améliorant leur accessibilité aux soins de santé. Les projets auront pour objectif d'accompagner la mise en place et / ou le renforcement des mécanismes solidaires permettant de financer, sur des bases soutenables, les soins de santé primaires que les services de santé dispensent aux enfants de 0 à 5 ans. Seront visés en priorité par les Projets les mécanismes liés aux politiques d'exemption du paiement des soins de santé. ».* Comme l'I3S s'inscrit de facto dans le domaine de la protection sociale santé, nous avons tenté, pour chaque pays, de montrer les « points d'insertion » de l'I3S dans le schéma général du financement de la santé incluant les modalités d'extension de la couverture santé/maladie qui peuvent se résumer en 4 grands groupes :

- Les systèmes contributifs volontaires (de type « mutuelles de santé »), avec l'option, pour l'Etat, de prendre en charge une partie des cotisations pour la population considérée comme vulnérable (le financement est alors un mix contributif/redistributif).
- Les systèmes contributifs obligatoires généralement réservés au secteur formel (public et privé) où les cotisations peuvent être prélevées à la source.
- Les systèmes d'exemptions de paiements (partiels ou totaux) ou « gratuits » (pour des catégories de population et/ou de soins/services de santé) compensés par des allocations additionnelles (sur lignes budgétaires étatiques) aux formations sanitaires (subventions additionnelles en espèces et/ou en intrants). Il s'agit alors d'un système redistributif (qui n'implique pas de contribution financière spécifique de la population, autre que les systèmes d'impôts et taxes en vigueur). Ces subventions additionnelles (compensatoires ou non) peuvent être conditionnées à l'atteinte (vérifiée) de résultats prédéterminés et à la qualité (vérifiée) de ces résultats : on parle alors de financement basé sur les résultats/performance (FBR/FBP⁷¹).
- Le système « classique » de financement du système de santé (généralement public) par le budget de l'Etat alloué à la santé, et qui s'apparente généralement à une subvention de l'offre en matière de santé (paiement des rémunérations du personnel et des frais de fonctionnement, et investissements). Ce système purement redistributif participe aussi à la couverture santé universelle. En théorie, rien n'interdit de penser qu'une couverture santé universelle puisse être atteinte uniquement par ce système de financement.

⁷⁰ Convention I3S entre l'Etat et l'AFD (2014).

⁷¹ Comme chaque pays bénéficiaire de l'I3S a déjà expérimenté un système de financement basé sur les résultats, celui-ci a également été inclus dans les schémas de financement. Pour des raisons qui nous paraissent obscures, le FBR n'est considéré par la plupart des acteurs interviewés que comme un appui à l'offre, et non comme un mécanisme participant également à une meilleure accessibilité financière aux soins. Il y a donc un déficit de compréhension des systèmes FBR/FBP dans les 4 pays visités.

Section 1 - Sénégal

9 INTRODUCTION

La mission Sénégal⁷² s'est déroulée du 27 septembre au 13 octobre 2017 (calendrier détaillé et liste des personnes rencontrées en annexe 1) :

- Participation à l'Atelier de planification de la recherche interdisciplinaire autour de l'I3S organisé par l'Institut pour la recherche et le développement (IRD).
- Composante ACMU du projet I3S. Entretiens et réunion de travail avec l'Agence de la couverture maladie universelle (ACMU) (secrétaire général ; directeur de la planification, des études et du suivi évaluation ; responsable de la division suivi et évaluation ; directrice administration et finances ; responsable communication).
- Composante UNICEF du projet I3S. Entretiens et réunion de travail avec les responsables des divisions « survie et développement de l'enfant » et « protection de l'enfant », et avec les responsables du suivi/évaluation de la composante.
- Composante COSRISS/AMO. L'équipe d'évaluation a participé à l'atelier de validation de la version provisoire relative au schéma directeur du système d'information de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et, dans ce cadre, a pu s'entretenir avec le président de la COSRISS (Commission de supervision et de régulation des institutions de sécurité sociale), et avec les responsables d'Expertise France présents à l'atelier. Session de travail avec l'Institution de coordination de l'assurance maladie obligatoire (ICAMO).
- Autres entretiens/réunions : Conseiller régional santé de l'Ambassade de France à Dakar ; Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS)/directeur de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant ; directrice de l'action sociale ; MSAS/coordonateur national du projet PAODES de la coopération technique belge (projet mutuelles de santé) ; MSAS/coordonateur national du projet santé de base (Lux-Dev) ; MSAS/coordonateur des projets AFD d'appui à la santé de la mère et de l'enfant (PASME sur financement Muskoka) ; Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSN)/coordonateur ; Directeur pays Intrahealth : projet NEEMA (USAID) ; Chef d'équipe adjoint de Abt Associates, projet d'appui ACMU et Bourses de sécurité familiale (BSF) (financement USAID) ; Responsables Banque mondiale des projets santé et filets sociaux ; Une séance de travail avec le chargé de projets « développement humain » de l'AFD et une session de débriefing avec l'AFD et le Conseiller régional santé de l'Ambassade en fin de mission ; Visites de terrain : Unité régionale ACMU (Dakar), Mutuelle MUSCAPO (Dakar Patte d'oie), Médecin chef du District nord (Dakar).

Ces entretiens ont été également l'occasion de collecter des documents complémentaires (non encore disponibles lors de la phase de cadrage) (voir la liste des documents consultés en annexe 2).

⁷² L'équipe était composée du Dr. Amadou Mbaye (consultant national), de Alice Behrendt (responsable du volet DSE de l'évaluation) et de Marc Réveillon (responsable de l'évaluation).

10 CONTEXTE

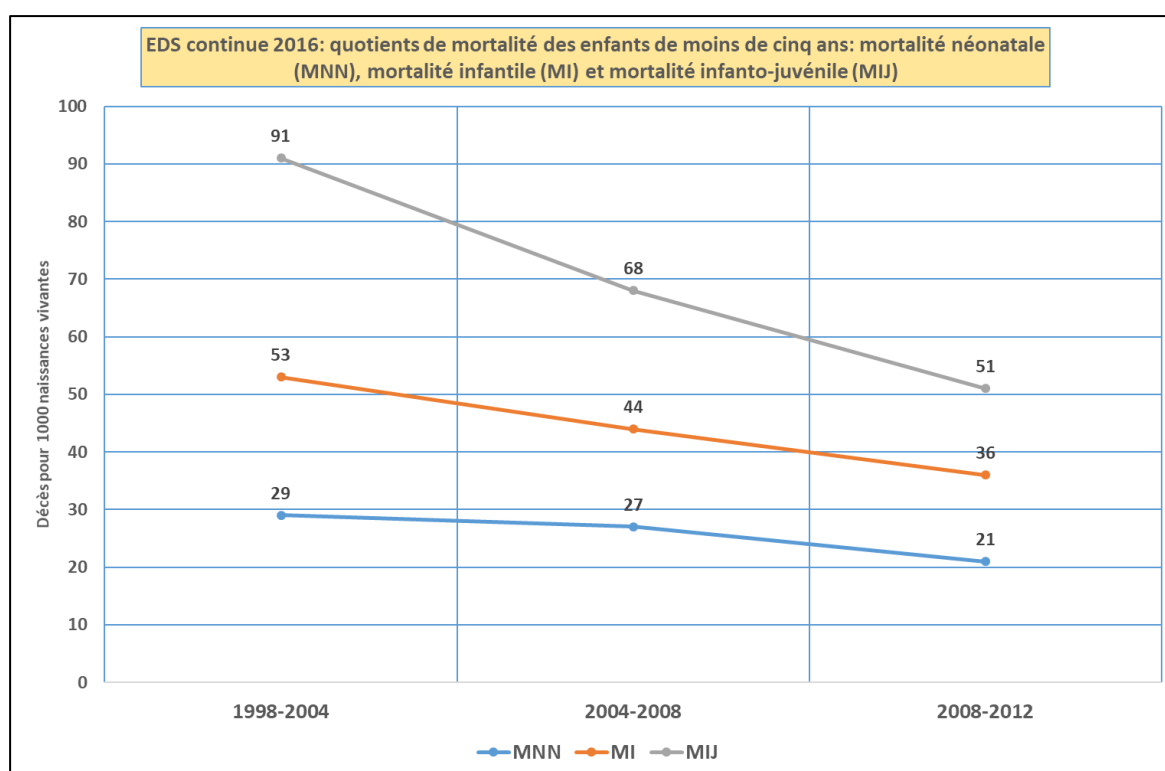
7.1 DEMOGRAPHIE ET SANTE⁷³

La population sénégalaise était de 13,5 millions d'habitants en 2013 (dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2013) et, sur base d'un taux de croissance annuel de 2,86%, peut être estimée à près de 16 millions d'habitants en 2017 (et à 22,8 millions en 2030 – tous taux constants). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 4,7 enfants par femme (de 6,4 en 1986 à 5,0 en 2010-2011). Le taux brut de natalité (TBN) est de 3,47%.

Tous les quotients de mortalité des enfants ont baissé substantiellement sur les 15 dernières années. La mortalité infanto-juvénile (décès pour 1.000 naissances vivantes) a baissé de 91 à 51⁷⁴ de 2001 à 2016 (83 pour l'Afrique subsaharienne (ASS) en 2015) ; la mortalité néonatale a baissé de 29 à 21 sur la même période (28 pour l'ASS 2015) et représente 41% de la mortalité infanto-juvénile. En revanche, le taux de mortalité périnatale (somme des mort-nés et des décès néonataux précoces divisée par le nombre de grossesses de 7 mois ou plus, exprimé pour 1000) n'a que peu baissé : 45‰ en 2016⁷⁵ contre 38‰ en 2005.

En 2013, l'insuffisance pondérale (poids pour âge), le retard de croissance (taille pour âge), et la malnutrition aiguë (poids pour taille) représentaient respectivement 14%, 21% et 7% des enfants de moins de cinq ans (cas modérés et sévères cumulés). Selon le rapport EDS 2016, la situation nutritionnelle selon l'indice taille-pour-âge peut être caractérisée comme acceptable ou satisfaisante (avec bien sûr un bémol si on prend en compte les disparités importantes en fonction des variables sociodémographiques) ; la malnutrition aiguë globale peut être considérée comme élevée.

Figure 5 EDS continue 2016 Sénégal : mortalité des enfants de moins de cinq ans



⁷³ Sources des données pour ce chapitre : EDS continue-Rapport 2016 ; EDS-MICS 2010-2011 ; IHME (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>) consulté en décembre 2017.

⁷⁴ Cible OMD 2015 : 47.

⁷⁵ Sur 1000 grossesses ayant atteint 7 mois, on s'attend à 45 mort-nés ou décès néonataux précoces.

Le ratio de mortalité maternelle a diminué de 434 (2005) à 315 (2015^{76 77}) décès pour 100.000 naissances vivantes (547 pour l'ASS 2015). Le rapport de l'EDS-MICS 2010-2011 notait que « *L'estimation du ratio de mortalité maternelle selon la méthode indirecte à partir de l'EDS Sénégal de 2005 était de 434 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Du fait de l'importance de l'intervalle de confiance associé à cet indicateur, il est évident que la mortalité maternelle n'a pratiquement pas changé entre l'EDS 2005 et l'EDS-MICS 2010-11* ». En 2016, la mortalité maternelle représentait 23% de tous les décès des femmes de 15 à 49 ans.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la charge de morbidité (exprimée en cause de mortalité) de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population sénégalaise⁷⁸. Les maladies infectieuses, les troubles néonataux et le VIH/SIDA et tuberculose conservent leur rang (respectivement première, troisième et cinquième cause de mortalité). En revanche, on remarque la transition épidémiologique avec les maladies non-transmissibles (maladies cardiovasculaires⁷⁹ et néoplasmes) qui gagnent deux rangs et totalisent 26,4% des décès en 2016 (contre 14,2% en 1990). Le paludisme (et autres MTN), à la septième place en 2016, ne représente plus que 4,4% des décès contre 11,5% en 1990. Le poids des troubles néonataux sur la mortalité générale est resté stable (autour de 10% de la mortalité).

Tableau 4 Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population du Sénégal

Cause de mortalité (rang et %)	1990		2016	
	Rang	%	Rang	%
Maladies infectieuses	1	32,1	1	21,0
Paludisme et autres maladies tropicales négligées (MTN)	2	11,5	7	4,4
Troubles néonataux	3	10,5	3	9,9
Maladies cardiovasculaires	4	9,3	2	17,1
VIH/SIDA et tuberculose	5	6,0	5	7,3
Néoplasmes	6	4,9	4	9,3
Total		74,1		68,8

Concernant les enfants de 0 à 5 ans, les deux premières causes de mortalité sont les troubles néonataux (34,5% en 2016 contre 20,25% en 1990) et les maladies infectieuses (33,1% en 2016⁸⁰ contre 42,7% en 1990). Les maladies non transmissibles sont passées au troisième rang avec 10,3% des décès en 2016 (dont plus de 90% pour cause de malformations congénitales), avant le paludisme et autres MTN.

Les troubles néonataux sont la première cause de mortalité (83%) des nouveau-nés (0-6 jours) : encéphalopathies néonatales (asphyxie du nouveau-né et traumatismes) (33,1% des décès), prématurité (32,3% des décès) et septicémies néonatales (11,5% des décès). La mortalité néonatale précoce (0-6 jours) représente 76% de la mortalité néonatale, et donc 31% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Il découle des analyses qui précèdent qu'un impact fort sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans passe nécessairement par un impact sur la mortalité néonatale précoce, ce qui inclut aussi des actions au niveau de la grossesse et de l'accouchement (santé périnatale).

⁷⁶ Base de données WDI consultée en décembre 2017.

⁷⁷ Intervalle de confiance, qui indique aussi les fortes disparités entre milieu urbain et rural (ou entre régions).

⁷⁸ IHME, consulté en décembre 2017.

⁷⁹ Si on désagrège les groupes de maladie, ce sont les maladies cardiaques ischémiques qui constituent la première cause de mortalité au Sénégal (9% des décès).

⁸⁰ Dont notamment les maladies diarrhéiques (12,9%) et les infections respiratoires (12,3%).

7.2 POLITIQUES ET STRATEGIES SECTORIELLES, ET SYSTEME DE SANTE

L'axe 2 du « Plan Sénégal émergent (PSE) » (capital humain, protection sociale et développement durable) met l'accent sur l'offre et la demande en matière de santé : renforcement de l'offre d'infrastructures et de services sociaux de base⁸¹ ; renforcement de la protection sociale et autonomisation des groupes vulnérables ; prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

Le Plan national de développement sanitaire 2009-2018 (PNDS) insistait déjà sur l'accès universel à des services de santé de qualité, sans aucune forme d'exclusion. La première et la dernière des 11 orientations stratégiques du PNDS sont relatives (1) à l'accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto-juvéniles, et (2) au renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Un plan stratégique « santé sexuelle, de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents » (SRMNIA) est en cours d'élaboration depuis 2016 (avec un financement espéré sur le Global Financing Facility -GFF-) ?

Le système de santé du Sénégal est organisé selon le scénario de développement sanitaire à trois niveaux (tel que proposé depuis 1985 par l'Organisation mondiale de la Santé -OMS-). Il comprend le niveau opérationnel (district sanitaire), le niveau intermédiaire (région médicale) et le niveau politique et stratégique (Directions et Services nationaux).

7.3 CONTEXTE ECONOMIQUE

Le Sénégal est un pays à revenu faible (classement Banque mondiale), classé 162^{ème} (sur 188 pays) selon l'indice de développement humain (IDH=0,494; IDH ASS=0,523 ; IDH PMA= 0,508⁸²), en-dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne (SSA) et du groupe des pays les moins avancés (PMA).

Le revenu national brut par habitant en 2016 était de 950 US\$ courant ou 2480 US\$ PPP⁸³ (moyenne pour l'ASS : 1.505 US\$ courant et 3.592 US\$ PPP – moyenne pour les pays à revenu faible : 612 US\$ courant et 1.646 US\$ PPP). Le graphique ci-dessous montre la croissance annuelle réelle du PIB (US\$ constant 2010) de 2008 à 2016 et l'effet de l'évolution démographique sur le produit intérieur brut (PIB) par habitant. Le FMI⁸⁴ prévoit une croissance constante du PIB réel avoisinant 7% jusqu'en 2021.

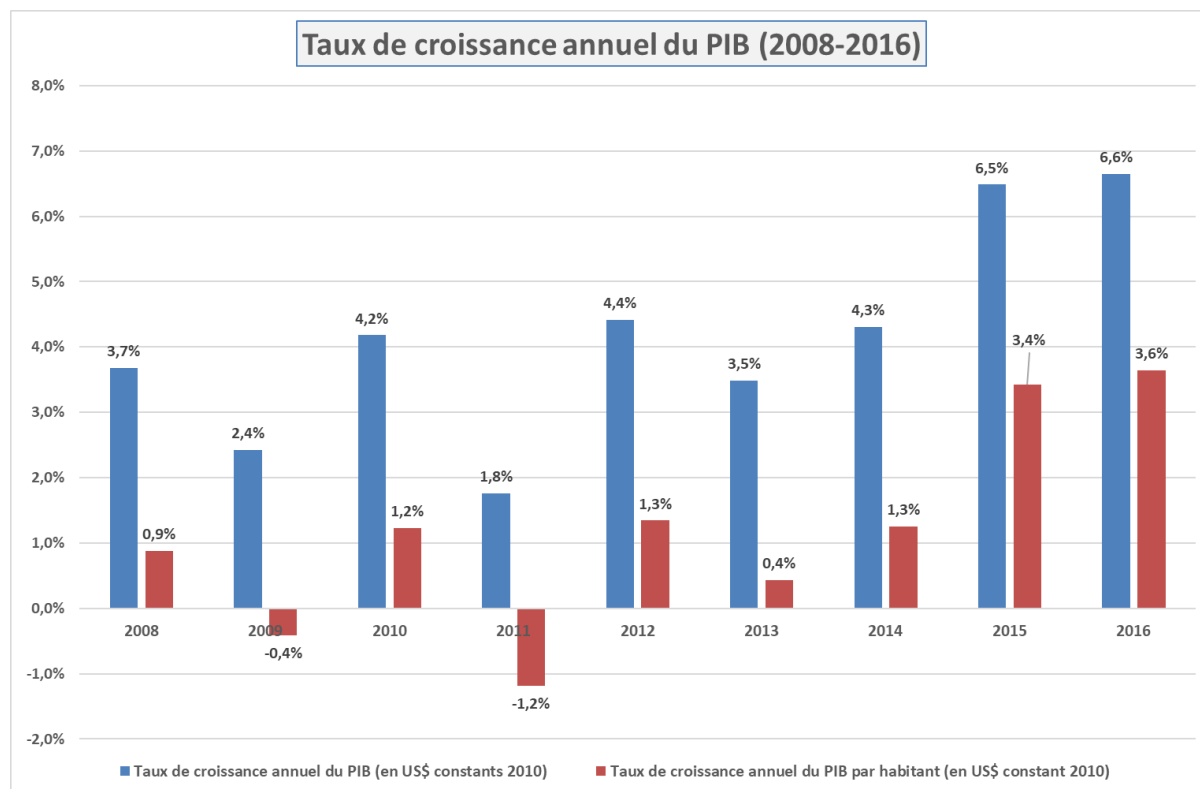
⁸¹ Avec un financement basé sur les retombées de la croissance résultant de la mise en œuvre du PSE.

⁸² PNUD. Rapport sur le développement humain 2016.

⁸³ Base de données WDI Banque mondiale consultée en novembre 2017.

⁸⁴ FMI/Sénégal. Country report n°17/230. Juillet 2017.

Figure 6 Croissance du PIB 2008-2016 (Sénégal)



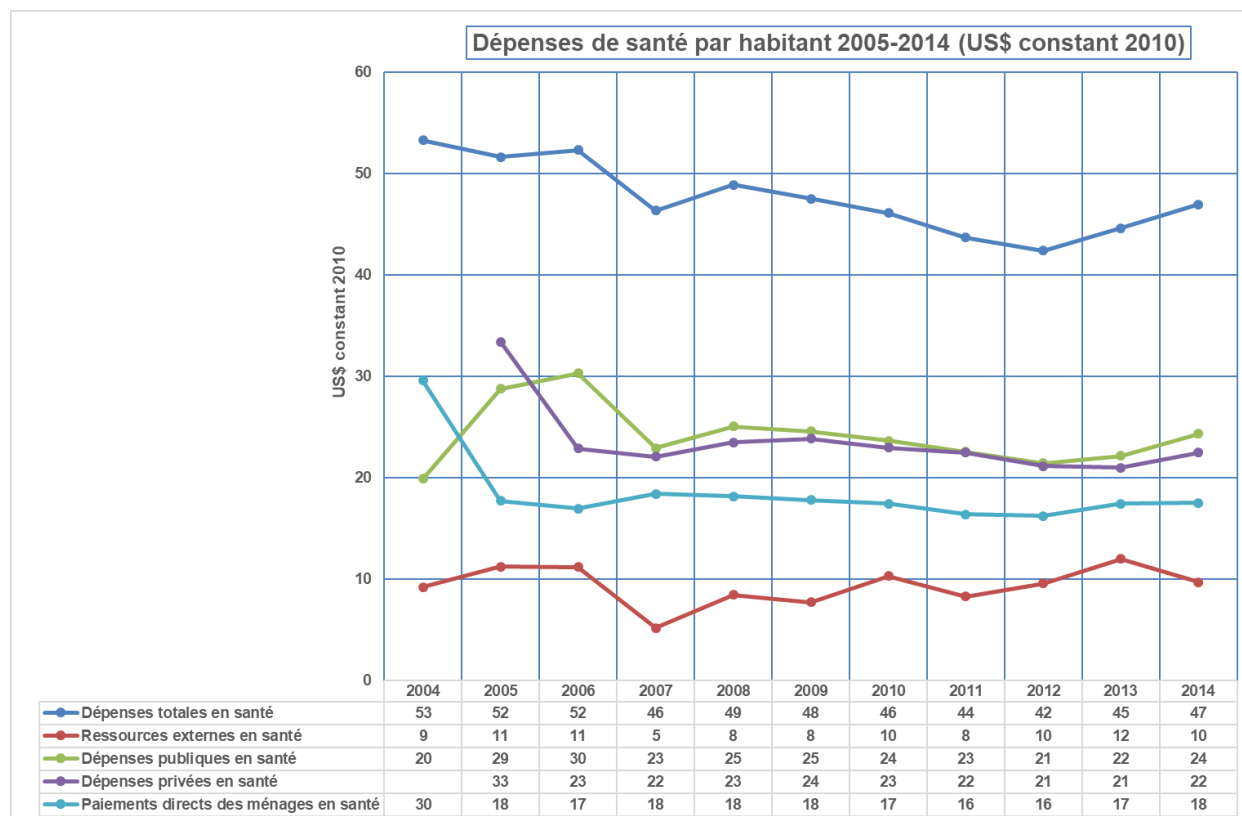
7.4 FINANCEMENT DE LA SANTE

7.4.1 DEPENSES DE SANTE

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des dépenses réelles de santé de 2005 à 2014⁸⁵ (en US\$ constant 2010). On voit une baisse constante jusqu'en 2012 des dépenses publiques et privées à peine compensée par une hausse des ressources externes (baisse des dépenses totales). La situation s'inverse ensuite, sauf pour les ressources externes qui baissent en 2014. De 2007 à 2014, les paiements directs des ménages (PDM) exprimés en US\$ courant oscillent entre 37% et 39% des dépenses totales de santé. Depuis 2007, les dépenses publiques en santé (calculées en US\$ courant) se sont stabilisées autour de 50-52% des dépenses totales en santé ou autour de 7-10% des dépenses publiques totales.

⁸⁵ Base de données OMS sur les dépenses de santé par pays (WHO-NHA) consultée en novembre 2017 - <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> .

Figure 7 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010) (Sénégal)



7.4.2 STRATEGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTE ET CSU

Le Président de la République du Sénégal a lancé en septembre 2013 le programme national de Couverture Maladie Universelle (CMU), une de ses priorités de son agenda politique et a assigné au ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) chargé de sa mise en œuvre un objectif intermédiaire de couverture de 75% à l'horizon 2017. Très vite est apparue la nécessité de mobiliser des moyens complémentaires et de redimensionner adéquatement le service public de la CMU : ainsi la Cellule d'appui à la CMU (ACMU), rattachée au Cabinet du MSAS, a été mise en place et chargée de développer le programme CMU. Mais la CACMU a rapidement atteint les limites consubstantielles à sa nature institutionnelle : certaines initiatives (par exemple le Plan Sésame et la gratuité pour les enfants de moins de cinq ans) se heurtent à des contraintes de gestion (cogestion par la CACMU et d'autres directions techniques du MSAS chargées de la gestion de l'offre de soins, dispersion des interventions, existence de plusieurs interlocuteurs, et confusion dans la perception des usagers). Il a donc été créé à côté des services et structures du MSAS, producteur de soins, une agence d'exécution, dénommée Agence de la couverture maladie universelle (ACMU)⁸⁶, acheteuse de soins et chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la CMU. **L'ACMU assure donc la tutelle des régimes de la CMU à l'exclusion de ceux relevant de l'assurance maladie obligatoire (AMO).** L'ACMU est opérationnelle depuis 2016. En termes de subvention directe de la demande (gratuités et mutuelles), le mandat de l'ACMU est notamment de :

1. **Payer les factures (émises par les prestataires de services publics) des patients couverts par les différents régimes d'exemption de paiements⁸⁷ :**

⁸⁶ Décret n°2015-21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la couverture maladie universelle. Tutelle technique : MSAS ; tutelle financière : MF.

⁸⁷ Les chiffres proviennent du rapport annuel 2016 de l'ACMU, du tableau d'exécution budgétaire fourni par l'ACMU aux consultants, et du rapport d'audit du compte « gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans du 1^{er} décembre 2014 au 30 juin 2016.

- Enfants de moins de cinq ans (forfaits de 1.400/4.500/2.000 CFA respectivement pour les épisodes de maladie au niveau des postes de santé (PS) et centres de santé (CS) et pour les consultations au niveau hôpital). Près de 2,7 million épisodes pris en compte en 2016⁸⁸. Budget/engagement/décaissement 2016 : 3.909.227.448 CFA / 3.870.949.760 CFA / 3.166.335.860 CFA⁸⁹.
 - Césariennes⁹⁰ (forfait de 85.000 FCFA pour la césarienne). 16,324 césariennes couvertes en 2016. Budget/engagement/décaissement 2016 : 1.381.000.000 CFA / 1.380.790.000 CFA / 1.227.560.000 CFA.
 - Personnes de plus de 60 ans (plan Sésame). 127.879 épisodes de maladie couverts en 2016. Budget/engagement/décaissement 2016 : 2.490.000.000 CFA / 1.835.371.809 CFA / 1.626.259.209 CFA.
 - Personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique ayant besoin de dialyse. Kits de dialyse fournis et 10.000 / 20.000 CFA par séance respectivement dans les structures publiques et dans 2 structures privées. 460 personnes (formations sanitaires publiques) et 73 personnes (formations sanitaires privées) couvertes en 2016. Budget/engagement/décaissement 2016 : 3.179.000.000 CFA / 3.178.913.343 CFA / 3.124.918.343 CFA.
2. **Payer la moitié (3.500 CFA) des cotisations annuelles des adhérents aux mutuelles de santé.** 755.654 adhérents. Budget/engagement/décaissement 2016 : 1.430.007.666 CFA / 328.008.008 CFA / 245.180.658 CFA. Parallèlement, 671 mutuelles communautaires étaient en place à fin 2016.
 3. **Payer la totalité des frais d'adhésion, de cotisation et de ticket modérateur pour les membres des ménages bénéficiaires des Bourses de sécurité familiale (BSF).** L'ACMU et la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSSN) ont signé un accord de collaboration pour la prise en charge des **personnes démunies**. 1.482.942 bénéficiaires en 2016. Budget/engagement/décaissement 2016 : 2.681.822.494 CFA / 1.946.797.647 CFA / 1.287.275.350.
 4. Payer la totalité des frais d'adhésion, de cotisation et de ticket modérateur pour les détenteurs de la carte d'égalité des chances (**handicapés**) (liste fournie à l'ACMU par la Direction générale des affaires sociales (DGAS) du MSAS). 17,192 détenteurs en 2016. Budget/engagement/décaissement 2016 : 51.000.000 CFA / 0 CFA / 0 CFA.
 5. Autres **subventions aux mutuelles**. Budget/engagement/décaissement 2016 : 669.000.000 CFA / 549.865.220 CFA / 549.865.220 CFA.

Le budget total ACMU 2016 était de 21.803.853.437 CFA (engagement : 17.610.013.791 CFA ; décaissement : 15.045.968.404 CFA) : les « gratuités » représentaient 50% du budget et 61% des décaissements ; la gratuité « enfants de moins de cinq ans » représente 36% du budget total « gratuités » (ou 18% du budget total) ; les subventions des frais d'adhésion et de cotisation aux mutuelles représentent 19% du budget total (11% des décaissements).

Le Plan stratégique de développement de l'ACMU 2017/2021 montre des budgets prévisionnels annuels allant de 65.3 (2017⁹¹) à 74.7 milliards CFA (2021), dont 17 milliards CFA pour les « gratuités » (5.3 milliards CFA pour les gratuités enfants) et 31 milliards pour les subventions des adhésions/cotisations mutuelles.

⁸⁸ Cela ne reflète pas nécessairement le nombre d'enfants couverts (un enfant peut avoir plusieurs épisodes de maladie sur une même année).

⁸⁹ Ces montants incluent l'appui budgétaire I3S : virement d'un montant 819.946.250 CFA de l'AFD en novembre 2015. Ce montant représente donc 26% des décaissements de l'ACMU en faveur des enfants de moins de cinq ans.

⁹⁰ Le remboursement des césariennes couvre maintenant tout le pays, y compris Dakar. Il semble que les autres types d'accouchement soient maintenant également couverts (mais avis divergents selon les personnes interviewées).

⁹¹ A titre de comparaison, le budget 2017 du Ministère de la santé est de 163,5 milliards CFA.

L'ACMU est consciente du poids que représente la « gratuité enfants⁹² », des **redondances** (en termes de couverture) qu'elle implique, et de son manque de ciblage des ménages pauvres et/ou plus vulnérables.

L'ACMU est également consciente du peu d'accent mis sur les problèmes spécifiques de la morbi-mortalité néonatale (et néonatale précoce) qui représente pourtant le niveau de la mortalité infanto-juvénile qui n'a guère évolué sur les dix dernières années (contrairement au taux de mortalité post-néonatale). L'ACMU va ainsi lancer une étude sur **les coûts de prise en charge des urgences néonatales et obstétricales (sur financement I3S)**. Et l'ACMU a inscrit un budget annuel supplémentaire de 2,4 milliards CFA pour la **gratuité enfants pour prendre en compte l'élargissement du paquet de services offerts aux urgences néonatales**. Il est en effet peu cohérent qu'un nouveau-né nécessitant des soins intensifs ne soit pas couvert par la gratuité enfants (par exemple : un accouchement par césarienne dans un hôpital est couvert par la « gratuité césariennes, mais l'enfant mis au monde et qui aurait besoin de soins intensifs n'est pas couvert par la « gratuité enfants »).

L'ACMU est également consciente qu'un effort de rationalisation est essentiel (pour des raisons d'efficacité, d'équité, et de pérennité) : meilleur ciblage des pauvres et groupes vulnérables ; canalisation des gratuités à travers les mutuelles ; accréditation et contrôle (qualité clinique et opérationnelle des formations sanitaires, y compris dans la gestion comptable et financière des mécanismes de tiers-payant). Et l'ACMU considère que la première menace est la disponibilité et la qualité de l'offre en matière de santé.

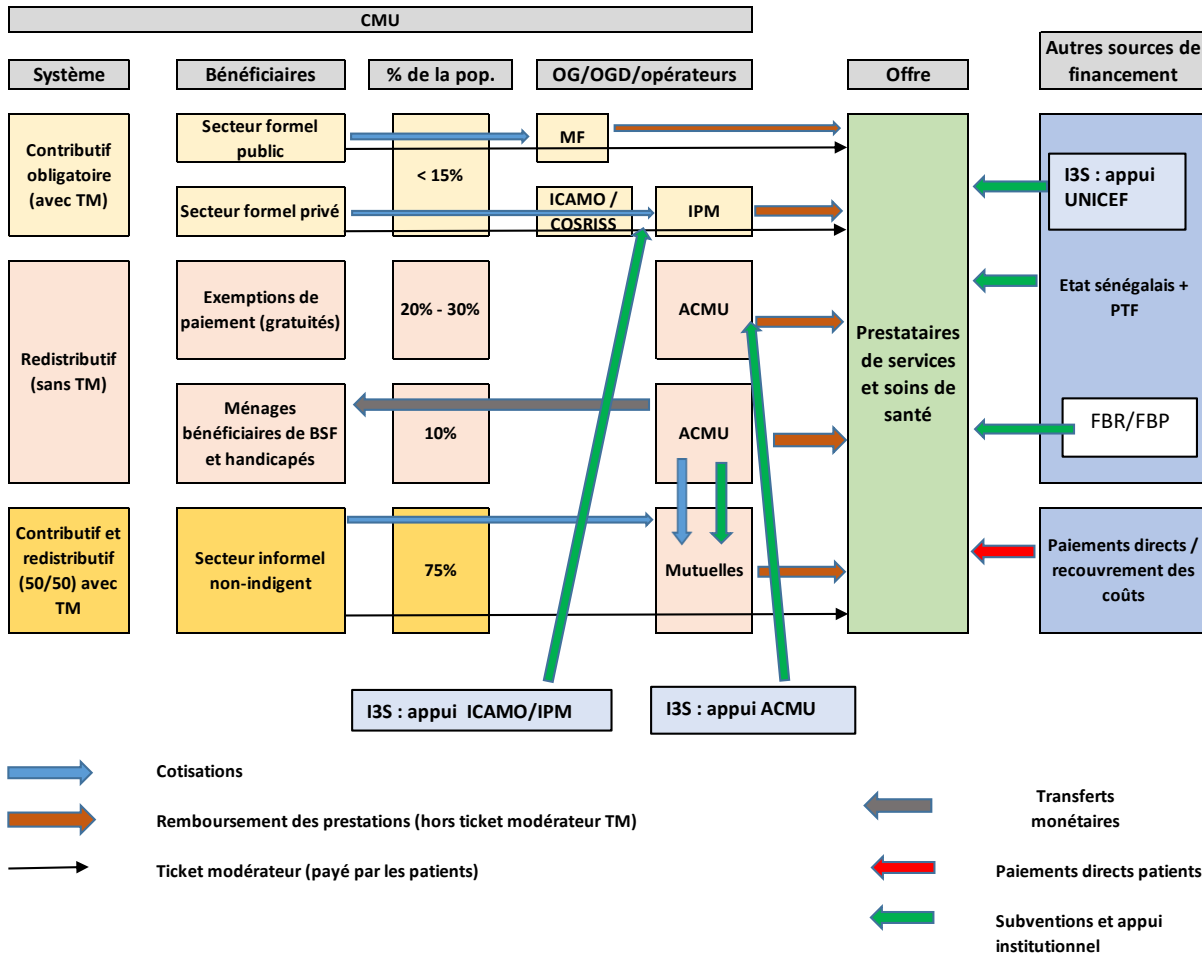
La figure ci-dessous montre le rôle pivot de l'ACMU dans le système de financement de la santé, à côté des systèmes contributifs obligatoires pour le secteur formel (public et privé) :

- **Imputation budgétaire** : L'État, en tant qu'employeur, assure la couverture du risque maladie de ses agents en activité et des fonctionnaires à la retraite ainsi que de leurs ayants-droits à travers le régime de l'imputation budgétaire. L'imputation budgétaire couvre 80% des frais d'hospitalisation, de consultation, des examens et analyses. Les principaux atouts du régime d'imputation budgétaire incluent la disponibilité de ressources financières dans le budget de l'Etat et l'absence de contribution en amont par les bénéficiaires. Cependant, le régime souffre de plusieurs faiblesses dont l'absence de la prise en charge des médicaments, l'insuffisance de structures agréées, la non acceptation des imputations budgétaires par les centres et postes de santé et les retards dans le remboursement.
- **Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)** : Depuis 1975, l'Etat a instauré le régime contributif obligatoire des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour assurer la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé ainsi que leurs ayant-droits. Les IPM couvrent la maladie non professionnelle à hauteur de 50% à 80% des frais médicaux et pharmaceutiques sur la base d'une cotisation paritaire du travailleur et de l'employeur. Le régime des IPM est confronté à plusieurs faiblesses dont l'absence de contrôle médical et de médecin-conseil.
- Enfin, le **paiement direct aux points de services publics et privés** des patients reste la dépense de santé prépondérante au Sénégal.

La figure ci-dessous montre également les points d'insertion de l'I3S : ACMU, ICAMO/IPM du côté de la CMU, et l'UNICEF du côté de l'offre.

⁹² Bien que le budget alloué à la santé par le gouvernement sénégalais soit toujours loin d'atteindre les 15% du budget total de l'Etat.

Figure 8 Financement de la santé et CMU au Sénégal



11 LE PROJET I3S SENEGAL

La convention de financement I3S⁹³ initiale a été signée le 15 décembre 2014 pour un montant de 6,5 millions d'euros⁹⁴, et la convention de financement avec l'UNICEF (1,5 million euros sous financement I3S) a été signée le 5 novembre 2015. Le montant total du financement I3S est donc de 8 millions euros, correspondant au montant total du projet tel qu'annexé à la première convention.

Selon la description du projet annexé à la convention de financement, « *la finalité du projet est de contribuer à l'amélioration de la santé des enfants de moins de cinq ans en améliorant l'accessibilité aux soins de santé. L'objectif du projet est d'appuyer la mise en œuvre et la structuration du dispositif d'exemption de paiement des soins de santé des enfants de moins de cinq ans dans le cadre de la CMU, sur des bases pérennes et soutenables. Plus spécifiquement, il s'agit de : (1) contribuer au financement des prestations définies dans le paquet de soins offert en faveur des enfants de moins de cinq ans ; (2) rendre pérenne et efficace le dispositif d'exemption de paiement des soins en améliorant l'identification et l'information des bénéficiaires de l'initiative (enfants de moins de cinq ans) ; et (3) accompagner l'opérationnalisation du plan stratégique de développement de la CMU 2013-2017 à travers la mise en place d'un système d'information intégré* ». La formulation utilisée ci-dessus pour décrire une partie de la logique d'intervention ne reflète pas suffisamment la réalité du projet (voir le chapitre sur le cadre logique et le système de suivi-évaluation ci-dessous), et la phrase sur les activités du projet n'améliore pas la lisibilité d'ensemble : « *Les activités menées dans le cadre du projet s'inscrivent dans des logiques complémentaires : ponctuelles et immédiatement opérationnelles et visibles pour certaines, et structurelles pour les autres afin d'inscrire le dispositif dans la durée du projet* ».

Au lieu de vouloir continuer à présenter le projet I3S Sénégal comme un projet « intégré » et ajouter ainsi à une certaine confusion, nous préférons le présenter comme une ligne de financement pour trois interventions indépendantes (et non comme des composantes d'un projet), ayant chacune leur propre mode opératoire : (1) appui institutionnel à l'ACMU (1 million euros) et contribution au paiement direct des factures « gratuité » des enfants (3 millions euros) ; (2) appui à l'extension du système (intersectoriel) d'enregistrement des enfants à l'état-civil et systématisation de la distribution du carnet de santé aux nouveau-nés (UNICEF comme MOD) (1,5 million euros) ; et (3) appui à l'élaboration du système d'information du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les travailleurs salariés du secteur privé (1,4 millions euros). Le solde budgétaire se répartit entre fonds d'études, audit, DES, et imprévus⁹⁵.

Le rapport d'avancement de l'I3S d'avril 2017 continue de laisser planer une certaine confusion à propos de la composante 3 : « *Les activités de la troisième composante, moyens généraux et stratégie de mise en œuvre de la CMU, ont été nombreuses en 2016 et ont participé à la structuration et au renforcement de l'agence de la CMU* ». En fait, la composante 3 n'a rien à voir avec l'Agence de la CMU (qui ne gère pas les systèmes contributifs obligatoires -AMO-) mais a bien à voir avec l'AMO (pour le secteur formel privé) qui n'est qu'un des régimes de la CMU (ou CSU), au sens générique ou théorique du terme, qui englobe alors tous les systèmes de protection sociale santé.

Intervention 1 : Contribution directe au remboursement des factures de soins des enfants de moins de cinq ans et renforcement des capacités de l'ACMU pour la gestion de la gratuité (gestion, contrôle de gestion, système d'information). Maîtrise d'ouvrage : l'ACMU. Appui de Expertise France pour les aspects liés à la contractualisation de l'offre de soins, au contrôle médical et à la définition des protocoles de soins.

⁹³ Résolution n° C20140248 du Comité des Etats étrangers du 9 juillet 2014.

⁹⁴ La date limite de versement des fonds (DLVF) est fixée au 30 juin 2018 (date limite d'utilisation des fonds (DLUF) : 31 décembre 2018).

⁹⁵ Que ce soit dans la convention initiale ou dans l'avenant, le total des budgets des différentes composantes et volets ne fait jamais exactement 8 millions d'euros.

Outre l'appui direct au paiement des factures relatives aux enfants de moins de cinq ans (premier paiement de 819,946,250 CFA répartis entre 6 régions :Dakar, Thiès, Fatick, Louga, Saint-Louis et Sédhiou⁹⁶), l'I3S finance de l'appui institutionnel : rémunérations des médecins-conseils, frais de fonctionnement et investissement des unités régionales de l'ACMU, la partie du plan de communication de l'ACMU relative à la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans⁹⁷; appui au système d'information de l'ACMU (en co-financement avec la Banque mondiale; contractualisation/contrôle/protocoles de soins (avec l'appui d'EF); autres études). Les audits effectués sur l'utilisation de la première tranche versée par l'AFD pour le remboursement des factures « gratuité enfants » (et sur l'efficacité des systèmes de contrôle mis en place) devraient permettre la libération de la seconde tranche (650 millions CFA). **L'I3S est le seul appui (sous forme de subventions) externe direct aux « gratuités⁹⁸ ». L'appui de l'I3S permettra peut-être d'étendre la gratuité des soins pour les enfants aux urgences néonatales (par exemple soins intensifs du nourrisson).**

Intervention 2 : Projet d'extension du système (intersectoriel) d'enregistrement des enfants à l'état-civil et de l'amélioration du suivi des enfants par la systématisation de la distribution du carnet de santé à tous les nouveau-nés. Maîtrise d'ouvrage déléguée et opérateur du projet : l'UNICEF.

L'I3S soutient le MSAS dans la systématisation de la distribution du carnet de santé à tous les nouveau-nés et la consolidation de l'expérience d'enregistrement intersectorielle des naissances initiée dans les départements des régions de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor (6 départements sur fonds I3S), dans la perspective d'un renforcement de la complémentarité et la synergie des interventions concernant l'utilisation du carnet de santé et l'augmentation de l'enregistrement des naissances. La région de Thiès avait servi de zone pilote pour la distribution du carnet de santé (financement japonais) et il y a eu également une phase pilote pour l'enregistrement des naissances (financement canadien). Nous avons demandé à l'UNICEF les rapports d'évaluation de ces projets pilotes, mais nous n'avons rien reçu à ce jour.

L'impression des carnets de santé pour les années 2015 et 2016 a été faite sur fonds I3S. Le carnet de santé est censé suivre la personne de sa naissance à ses 18 ans. Il intègre la carte de vaccination et certains autres éléments des programmes verticaux. Le projet a pris un certain retard et l'UNICEF demandera une extension de 6 mois (juin 2018) sans modification du budget, avec une extension de la zone prévue initialement (l'impression des carnets de santé a coûté moins cher que prévu). En termes de pérennité (post projet), c'est l'ACMU qui devra prendre en charge les frais de carnets (et les frais liés à l'enregistrement des naissances ?). Les fonds I3S servent également à financer les « points état-civil » dans les formations sanitaires, et les campagnes de communication.

Intervention 3 : Appui à l'élaboration du schéma directeur du système d'information du régime contributif obligatoire des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) qui assurent la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé ainsi que leurs ayant-droits. Maîtrise d'ouvrage : la COSRISS. Assistance à maîtrise d'ouvrage : Expertise France.

Expertise France est l'assistant à maîtrise d'ouvrage (ministère du travail/ICAMO/COSRISS), et le bureau Str@tec-arc (recruté sur appel d'offres) a présenté le rapport provisoire du schéma directeur du système d'information de l'AMO⁹⁹ (SIAMO) le jeudi 5 octobre 2017. Ce rapport a été validé par le Groupe de travail SIAMO. Il est prévu à terme que l'ensemble de ces régimes de protection sociale santé soient regroupés sous

⁹⁶ Nous ne connaissons pas les critères qui ont été utilisés pour sélectionner les régions et districts sanitaires.

⁹⁷ Activité mise sous le volet 3 de la composante 2 dans le document de projet.

⁹⁸ On nous a parlé également d'un appui de la coopération japonaise (JICA), mais sous forme de prêt.

⁹⁹ Le terme AMO ne concerne ici que les salariés du secteur privé et non les agents de l'Etat couverts par le système d'imputation budgétaire.)

une même entité (CAPSU), mais pour l'instant la CAPSU n'existe que sur papier. L'AMO/IPM envisage d'étendre sa couverture au secteur des petits indépendants.

La présentation par Str@tec-arc du schéma directeur du SIAMO était claire et de bonne qualité, mais il nous semble que ce n'est pas encore la dernière étape avant l'implémentation du SIAMO : des études complémentaires seront nécessaires. **En outre, le schéma directeur propose des « systèmes-propriétaires » (avec licences et frais de maintenance annuels) alors que des systèmes open-source nous paraissent plus adéquats.** Enfin, l'articulation entre des plateformes basées sur internet (100% web-based) et des plateformes basées sur la téléphonie mobile nous semblent une priorité (beaucoup de formations sanitaires n'ont pas de connexion internet).

12 EVALUATION DE L'I3S SENEGAL

Ayant affaire à des interventions indépendantes, il est difficile d'évaluer l'I3S au Sénégal comme un projet intégré.

9.1 PERTINENCE ET COHERENCE INTERNE

Le « *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017* » était le seul document stratégique (relatif au financement de la santé/CSU) disponible au moment de l'instruction de l'I3S au Sénégal. Ce plan stratégique mettait l'accent sur le développement d'un système mutualiste (adhésions/contributions volontaires) avec cofinancement par l'Etat (via un fonds dédié de type Fonds national de solidarité santé) des cotisations pour les ménages les plus vulnérables. L'extension de la gratuité de soins¹⁰⁰ pour les enfants de moins de cinq ans venait d'être décidée et a donc été incluse dans ce plan, ce qui a permis à l'I3S d'emprunter directement ce canal et d'éviter le canal « mutuelles » partiellement couvert par d'autres PTF (par exemple l'USAID et la CTB). Cette contribution de l'I3S au financement de la gratuité des soins des enfants n'a pas encore permis d'étendre le paquet de soins/services couverts par cette gratuité (analyses biologiques, examens radiologiques, comme proposés dans le document de projet). En revanche, les entretiens avec les responsables de l'ACMU ont montré qu'il y a une prise de conscience de l'importance d'avoir un impact sur la mortalité néonatale (précoce) pour augmenter l'impact sur la mortalité infanto-juvénile, et cela est déjà reflété dans le budget associé au plan de développement de l'ACMU 2017-2021.

Les exemptions de paiement pèsent lourd à la fois dans le budget de l'ACMU¹⁰¹ mais aussi en termes de mécanismes de suivi/supervision/contrôle/paiements. De plus, il n'y a encore aucun système d'information qui permette de savoir à qui profitent vraiment les systèmes de gratuité (catégories socioéconomiques de la population, distribution géographique, etc.). La gratuité n'est pas d'une grande utilité pour la population qui n'a pas accès (géographique) à des services de qualité acceptable. La concentration des formations sanitaires de qualité (personnel, équipements, etc.) dans certaines régions du pays draine sans doute la majorité des subventions, de quelque nature qu'elles soient : budget MSAS, ACMU, etc. **Il devient urgent de disposer de statistiques sur les remboursements « gratuité » par catégorie socioéconomique et par district/région.** Finalement, un des seuls indicateurs importants est le taux de ménages pauvres qui ont accès aux soins de santé (plus important par exemple que le nombre nouvelles mutuelles créées). Plusieurs documents mentionnent les systèmes de gratuité comme profitant aux plus riches.

Il semble qu'on s'oriente vers un système où les gratuités (et notamment la gratuité « enfants ») emprunteraient le canal des mutuelles (avec copaiement systématique des cotisations). L'I3S devra alors se

¹⁰⁰ Certains services/soins étaient déjà gratuits pour les enfants : PEV, déparasitage, vitamine A, ACT, ARV, etc. D'autres gratuités étaient déjà effectives depuis de nombreuses années (par exemple les césariennes).

¹⁰¹ En revanche, même en incluant le coût des gratuités et des cofinancements des cotisations aux mutuelles de santé, le budget de l'Etat alloué à la santé (en pourcentage du budget total de l'Etat) reste bien en-deçà des 15%. On pourrait en conclure que l'extension de la protection sociale santé ne coûte pas si cher que cela, ou que le budget alloué à la santé, en prenant le chemin de la demande, tend à délaissier l'offre (rééquilibrage interne).

positionner face à ce changement de cap. De toute façon, quelle que soit l'évolution de la stratégie CMU, les aspects « accréditation des formations sanitaires », « contrôle et validation », et « protocoles et nomenclatures » vont devenir prépondérants (et cruciaux pour la qualité des services et pour la viabilité financière). Cela va impliquer également un renforcement de la coordination des différents appuis institutionnels à l'ACMU.

Concernant l'intervention 2 mise en œuvre par l'UNICEF (enregistrement des enfants à l'état civil et distribution de carnets de santé), elle est pertinente et cohérente avec la volonté du gouvernement sénégalais de renforcer la mise en œuvre et le suivi des politiques de population, à travers notamment la modernisation de l'enregistrement et de l'exploitation des données de l'état civil (Plan Sénégal émergent). Cependant, à en croire l'EDS 2016 qui note que « *Dans l'ensemble, 70 % des naissances d'enfants de moins de cinq ans sont enregistrées à l'état civil. Ce pourcentage a peu varié par rapport à celui de l'EDS Continue 2012-2013 et de l'EDS-MICS 2010-2011 qui était respectivement de 73 % et 75 %* », on ne constate pas encore de réelle amélioration du taux d'enregistrement des naissances. Le financement d'un projet relatif à l'enregistrement des naissances à l'état civil ne relève-t-il pas plus du Ministère de l'intérieur ? S'agit-il encore d'un projet s'il s'agit d'une stratégie/politique reprise dans un document tel que le « Plan Sénégal émergent » ? Pourquoi ne pas mettre plus à profit les plateformes de téléphonie mobile ? Et pourquoi avoir recours à trois sources de financement successives (JICA, Canada et ensuite I3S) pour des activités qui relèvent plus à notre avis d'un financement domestique ?

Les projets de carnets de santé sont aussi vieux que la coopération au développement elle-même. Faut-il continuer à utiliser le support papier connaissant les conditions de rangement de ces carnets en milieu rural ?

Quelle est la pertinence/cohérence de carnets de santé écrits en français et destinés à des mamans qui ne sont pas nécessairement toutes alphabétisées en français ? Pourquoi ne pas aller plutôt vers une dématérialisation dans un système SICMU (et SIAMO) ?

Concernant le SIAMO (intervention 3), la pertinence de l'appui I3S est questionnée. L'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel privé ne concerne que 3% à 5% de la population du pays. De plus, cette population n'est sans doute pas la plus vulnérable. Il s'agit donc en quelque sorte d'une subvention I3S au secteur privé : il serait intéressant de comparer le montant de cette subvention avec le montant total des cotisations aux IPM – mais ce montant n'apparaît dans aucun document-. Nous ne remettons pas du tout en cause la nécessité d'avoir un système d'information complet et solide pour l'AMO ; mais nous ne voyons pas pourquoi l'I3S doit être la source de financement de ce système. Certaines personnes interviewées arguent du fait que le SIAMO permettra un meilleur accès aux soins et une meilleure prise en charge des enfants, et évitera les redondances qui couteraient cher à l'ACMU (enfants couverts par l'AMO mais dont les soins sont comptabilisés sous le système gratuité géré par l'ACMU). Il nous semble que ce raisonnement tient trop du « grand-écart logique ».

Le budget estimatif pour le développement du SIAMO est estimé à 1 milliard CFA (1,52 millions euros), dont une partie sera financée sur I3S. Pour le développement du système d'information de l'ACMU, on parle de plusieurs milliards de CFA. Il ne semble pas que le dialogue entre les deux entités ait été suffisant pour assurer une véritable mutualisation des investissements (or ces deux entités seront un jour regroupées sous la même Caisse autonome de protection sociale universelle (CAPSU)). En termes de santé publique, le système d'information de l'ACMU n'est-il pas prioritaire ? Et quelle sera l'articulation avec le Registre unique des ménages vulnérables (filets sociaux / Bourses de sécurité familiale -BSF-) ?

Dans quelle mesure le contenu et l'ancrage institutionnel des projets sont-ils pertinents par rapports aux stratégies, aux politiques, aux besoins et aux dispositifs nationaux ?

L'appui à l'ACMU est l'intervention la plus pertinente de l'I3S, et devrait être renforcé pour assurer à la fois une amélioration des capacités de suivi/contrôle et le développement du système d'information.

Comment chaque pays a-t-il été amené à prioriser un dispositif de financement de la santé plutôt qu'un autre pour le projet I3S ? Dans quelle mesure l'initiative globale a-t-elle influencé l'aide à la décision en faveur d'un dispositif plutôt qu'un autre, et ce afin de répondre au problème posé (accès aux soins)?

L'annonce de la gratuité des soins pour les enfants était concomitante à l'annonce de l'I3S (2013). Le secteur des mutuelles étant déjà bien occupé par d'autres PTF, et la phase pilote du système de financement basé sur les résultats (FBR) appuyé par la Banque mondiale ayant déjà montré quelques signes de blocages pour cause d'hypercomplexité, la « gratuité des soins pour les enfants » devenait donc le canal presque idéal pour l'I3S, d'autant que la CACMU a vite évolué vers une structure plus autonome : l'ACMU. Il est dommage que l'I3S se soit éparpillée dans d'autres interventions qui auraient probablement pu trouver d'autres sources de financement plus appropriées.

Le ciblage géographique de certains projets (au niveau infranational) est-il pertinent (principe de ciblage, choix des zones ciblées) ?

Personne n'a pas nous expliquer la méthode utilisée pour la sélection des 6 régions pour le remboursement des factures gratuité. En revanche, les régions choisies ne correspondent pas (sauf Louga) à celles appuyées par le Projet AFD d'appui à la santé de la mère et de l'enfant (PASME).

9.2 COHERENCE

Questions évaluatives.

Dans quelle mesure les projets I3S sont-ils cohérents avec les initiatives ou les programmes portés par d'autres bailleurs de fonds ou des ONG intervenant également dans le champ du financement de la santé ?

A notre connaissance, l'I3S est la seule source de financement externe en appui direct au paiement des factures « gratuité ». La Banque mondiale continue son appui à un système FBR revisité. La coopération belge a terminé son projet d'appui à l'offre et à la demande de soins (PAODES) qui incluait un volet « mutuelles de santé » avec la particularité d'une approche plus « top-down » : la création de mutuelles départementales avec gestion professionnelle avant la multiplication de mutuelles communautaires. L'USAID continue (1) de renforcer l'offre de soins en incluant le niveau communautaire ; (2) d'appuyer techniquement les mutuelles de santé (comités de développement, encadrement, formation) le secteur mutuelliste ; et (3) de fournir un appui institutionnel à l'ACMU.

Les effets attendus des projets sont-ils cohérents avec les objectifs de l'initiative ?

Voir ci-dessous le chapitre sur le cadre logique et le dispositif de suivi évaluation.

Quels sont les résultats attendus sur la politique nationale de financement de la santé (formulation et mise en œuvre) ainsi que sur l'accès aux soins ?

Dans tous les cas, c'est au niveau de l'ACMU que se joueront la pertinence, l'efficacité, l'efficience, et même la viabilité des systèmes de protection sociale santé, que ce soit par la maintien des gratuités ou par leur intégration dans les mutuelles de santé. Le grand défi à court terme pour l'ACMU est de disposer d'un système d'information qui mette en relation les données financières et les données sanitaires.

Dans chaque pays bénéficiant d'un financement I3S, les moyens humains, financiers, juridiques et contractuels mis en place sont-ils de nature à permettre l'atteinte des résultats attendus des projets ?

Comme précisé dans la note de cadrage, ce n'est pas au pays bénéficiaire à mettre en place des moyens pour que les projets I3S réussissent (ce serait un alignement à l'envers) : c'est plutôt aux projets à mettre en place des appuis qui contribueront à la réussite des nouvelles stratégies de financement visant à étendre la protection sociale santé. Comme déjà dit ci-dessus, l'ACMU cumule plusieurs avantages dont l'autonomie n'est pas le moindre : c'est une structure jeune qui s'attaque à un chantier gigantesque, et qui aura donc besoin d'appuis substantiels, mais surtout bien coordonnés.

13 CADRE LOGIQUE ET ANALYSE DU DSE DU PROJET I3S SENEGAL

10.1 BUT, APPROCHE METHODOLOGIQUE ET LIMITATIONS

L'objectif de l'analyse approfondie du Dispositif de suivi-évaluation (DES) est double : d'une part formuler des recommandations pour s'assurer que les données de suivi qualitatives et quantitatives des projets I3S soient disponibles lors de l'évaluation finale, et d'autre part développer un cadre de redevabilité. L'analyse du DSE au Sénégal a couvert deux volets : (a) l'analyse du cadre logique (b) l'analyse de l'efficacité et de l'efficacités des différentes composantes du DSE.

Au niveau du **premier volet**, trois étapes ont été suivies :

- Apprécier l'intégralité des composantes de la chaîne de résultats (*output*, effet, impact, indicateurs) et la cohérence de la logique d'intervention
- Répondre aux six questions incluses dans les termes de référence de l'évaluation.
- Analyser l'alignement et la cohérence stratégique du cadre logique avec les cadres de suivi des plans nationaux de développement socio-sanitaires du Sénégal.

Dans le cadre du **deuxième volet**, nous avons analysé toutes les autres composantes du DSE : le cadre de performance, le circuit de communication, les canevas de rapport, la planification des activités du suivi/évaluation et leur budget, et l'intégralité et la qualité des données et des informations fournies dans les rapports de l'I3S. Après l'analyse des documents disponibles, nous avons tenté d'apprécier, à travers les entretiens avec les informateurs clés, dans quelle mesure les personnes responsables maîtrisent et appliquent les composantes du DSE. Plusieurs séances spécifiques avec les chargés du suivi/évaluation des maîtrises d'ouvrage (déléguées) ont été organisées afin d'évaluer correctement l'efficacité et l'efficacités du DSE en place. En même temps, nous avons procédé à une analyse des rapports de progrès du projet pour cerner la qualité et l'exhaustivité des données.

Les sources d'information pour ce travail ont donc été principalement les documents du projet et les politiques, stratégies et directives nationales du Sénégal ainsi que les informateurs clés interviewés lors de la mission sur le terrain.

10.2 L'ANALYSE DU CADRE LOGIQUE

Le projet I3S au Sénégal comprend trois composantes qui sont mises en œuvre par (1) l'ACMU, (2) l'UNICEF et (3) la COSRISS. Dans la structure du cadre logique, l'ACMU est responsable pour la mise en œuvre des interventions liées au premier objectif, l'UNICEF pour celles du deuxième et la COSRISS pour celles du troisième.

Le cadre logique original (CSN1438) est constitué d'un objectif général, de trois objectifs spécifiques, de huit résultats attendus et de six *outputs*. Les indicateurs de résultat et d'*output* sont listés dans la même colonne, sans être numérotés, ce qui rend difficile leur association à un *output* ou à un résultat spécifique. Il est donc malaisé de vérifier leur exhaustivité et s'ils sont SMART¹⁰². Le même problème se trouve au niveau des hypothèses. Leur contenu se focalise avant tout sur la bonne collaboration entre les acteurs responsables de la mise en œuvre, mais manque d'informations pertinentes sur les facteurs externes critiques, comme par exemple, la capacité des parents de pouvoir garder le carnet de santé dans un endroit approprié ou bien comment l'appui à la mise en place du système d'information de l'AMO/IPM pourra avoir un impact sur la mortalité des enfants. L'absence de réflexion sur ces hypothèses lors de la conception et du suivi du projet risque d'avoir des conséquences lourdes sur sa gestion et sa réussite.

Le format utilisé pour le cadre logique ne permet pas bien d'analyser la logique d'intervention de l'I3S. Pour mieux décortiquer la hiérarchie de la chaîne des résultats, nous avons visualisé tous ses éléments (*outputs*,

¹⁰² SMART = **S**pécifique, **M**esurable, **A**ttribuable, **R**éaliste et limité dans le **T**emps. Pour plus d'information, voir, par exemple http://siteresources.worldbank.org/PROJECTS/Resources/40940-1365611011935/Guidance_Note_Results_and_M&E.pdf

résultats, objectifs spécifiques et l'objectif général) dans un schéma (voir page suivante). Les formulations et la hiérarchie n'ont pas été modifiées, mais copiées et collées directement à partir du cadre logique, dans le schéma. Ce schéma montre que le cadre logique est incomplet et bancal :

- Le cadre logique n'a pas été conceptualisé selon les principes de **la gestion axée sur les résultats (GAR)**¹⁰³. Comme le nombre élevé de flèches rouges dans le schéma l'indique, les liens causals entre les résultats à court terme et à moyen terme et entre les résultats à moyen et à long terme **sont soit faibles, soit absents**. Cette faiblesse au niveau des liens causals suscite des interrogations sur la pertinence des axes stratégiques choisis pour le programme I3S : représentent-ils réellement les stratégies les plus aptes pour réduire la mortalité infanto-juvénile en augmentant l'accessibilité financière aux soins/services de santé pour les enfants ? Le schéma ci-dessous semble laisser la question en suspens.
- Un élément critique entre les objectifs spécifiques et l'impact manque dans la chaîne de résultats : pour que la mortalité infanto-juvénile diminue, une précondition indispensable est l'usage des services de soins de qualité. Cet élément n'est nulle part reflété dans le cadre logique original ; ce qui contribue également à la rupture des liens de causalité.
- Le schéma montre également des **duplications** de résultats à travers la chaîne de résultats : le résultat 1.1.1.5 a le même contenu que le résultat 1.1.2 ; le résultat 1.1.1 est un doublon de l'*output* A ; le contenu du résultat 1.1.1.6 est quasiment le même que celui du résultat 1.1.3. Ces duplications montrent que les différents niveaux de la chaîne des résultats ont été mélangés et reflètent des erreurs de conception.
- De plus, dans les formulations des résultats, nous retrouvons des mélanges entre les résultats et *les moyens appliqués* pour atteindre ces derniers (voir par exemple résultat 1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.1.5) ou bien entre le résultat et son effet attendu (1.1.1.5). Ces types de formulation (« en favorisant », « à travers », « grâce à », « permettant de ») sont inappropriés et sont à éviter dans le processus de la conception des résultats.

Nous constatons un manque de considération de la dimension genre dans la conception du programme : les indicateurs ne sont pas désagrégés par sexe (ou par d'autres critères pertinents) et il n'y a aucun résultat spécifique à court terme ou à moyen terme qui vise à lutter contre les causes profondes des inégalités de genre.

Lors de la mission de terrain, nous avons appris que le cadre logique n'avait pas été mis à jour depuis sa conception. De plus, les entretiens avec les informateurs clés des différentes maîtrises d'ouvrage ont révélé que les acteurs ne le connaissaient pas. En fait, chaque structure utilise son document propre sans se référer au cadre logique initial :

- L'ACMU applique le cadre logique de son « document de définition du cadre de suivi et évaluation de la CMU » pour la mise en œuvre de l'I3S
- L'UNICEF travaille avec un cadre de résultats qui est rattaché à sa convention de financement, avec l'AFD (et qui est différent du cadre logique initial) et
- La COSRISS ne dispose pas de cadre logique, mais utilise son plan d'action (contenant les activités, extrants et indicateurs d'extrants ainsi que des effets et une déclaration d'impact).

Les cadres logiques/ plan d'action utilisés n'ont aucun élément en commun et ne contiennent que les activités, outputs et résultats relatifs aux responsabilités respectives de chaque maîtrise d'ouvrage. **Il n'existe donc pas de cadre logique au niveau central (encore moins un DSE) qui est à jour et utilisé par la maîtrise d'ouvrage (et par l'AFD).**

Face à cette situation, nous avons entrepris l'analyse du contenu des cadres logiques utilisés par l'UNICEF et l'ACMU et sur le plan d'action de la COSRISS. Ils sont beaucoup plus détaillés que la version initiale et utilisent

¹⁰³ voir par exemple <https://www.un.cv/files/UNDG%20RBM%20Handbook.pdf>

(pour la composante 1 et 2) des chaînes des résultats plus cohérentes (malgré certaines erreurs de conception).

Pour tenter de créer un cadre logique commun révisé pour l'I3S, nous avons - dans une première étape - révisé la logique d'intervention et - dans la mesure du possible - corrigé les erreurs de conception. Pour ce faire, nous avons tiré autant d'éléments possibles des cadres de résultats des maîtres d'ouvrage. Le schéma révisé est montré en annexe 3. Dans une deuxième étape, nous avons continué à explorer les contenus des documents de l'UNICEF, l'ACMU et la COSRISS pour élaborer un cadre logique complet. Nous avons commencé par transférer les résultats de la logique d'intervention révisé dans un canevas du cadre logique et ensuite ajouté les indicateurs, cibles, sources de vérification et hypothèses. Dans la mesure du possible, nous avons directement copié les éléments des cadres logiques de l'UNICEF et de l'ACMU¹⁰⁴ dans le nouveau cadre central avec sa logique d'intervention révisée. Cette approche n'était pas possible pour le plan d'action de la COSRISS qui est dans un format de planification opérationnelle trop détaillé pour être intégré dans un cadre logique. Nous avons alors regroupé leurs activités et extraits afin d'extraire des éléments à un niveau stratégique plus élevé. Ces informations ont été ajoutées au cadre logique central. Pour les informations manquantes, nous avons inséré des propositions. Elles sont affichées en vert. Certaines informations doivent être complétées ou confirmées par les partenaires de la mise en œuvre. Celles-ci sont affichées en rouge. Pour faciliter la lecture des composantes, elles ont été distinguées par couleur (verte pour la composante I [ACMU], rose pour la composante II [UNICEF] et bleue pour la composante III (COSRISS)). La nouvelle version du cadre logique se trouve en annexe 3.

Ce travail de recomposition d'un cadre logique a révélé les points suivants :

- Aucun des trois partenaires n'a prévu de suivre les effets à long terme et l'impact de l'I3S
- La COSRISS n'a prévu de mesurer que les outputs (extraits)
- L'UNICEF n'a pas prévu de mesurer les résultats à moyen terme (alors que les cibles avaient été définies)
- L'ACMU n'avait pas inclus de résultats pour le volet « recherche opérationnelle »
- Tous les partenaires suivent exclusivement les indicateurs quantitatifs et négligent les aspects qualitatifs.

¹⁰⁴ Pour l'ACMU, nous n'avons intégré que les éléments financés par l'I3S et non la totalité de leur cadre logique.

Figure 9 Logique d'intervention du cadre logique initial de l'I3S au Sénégal

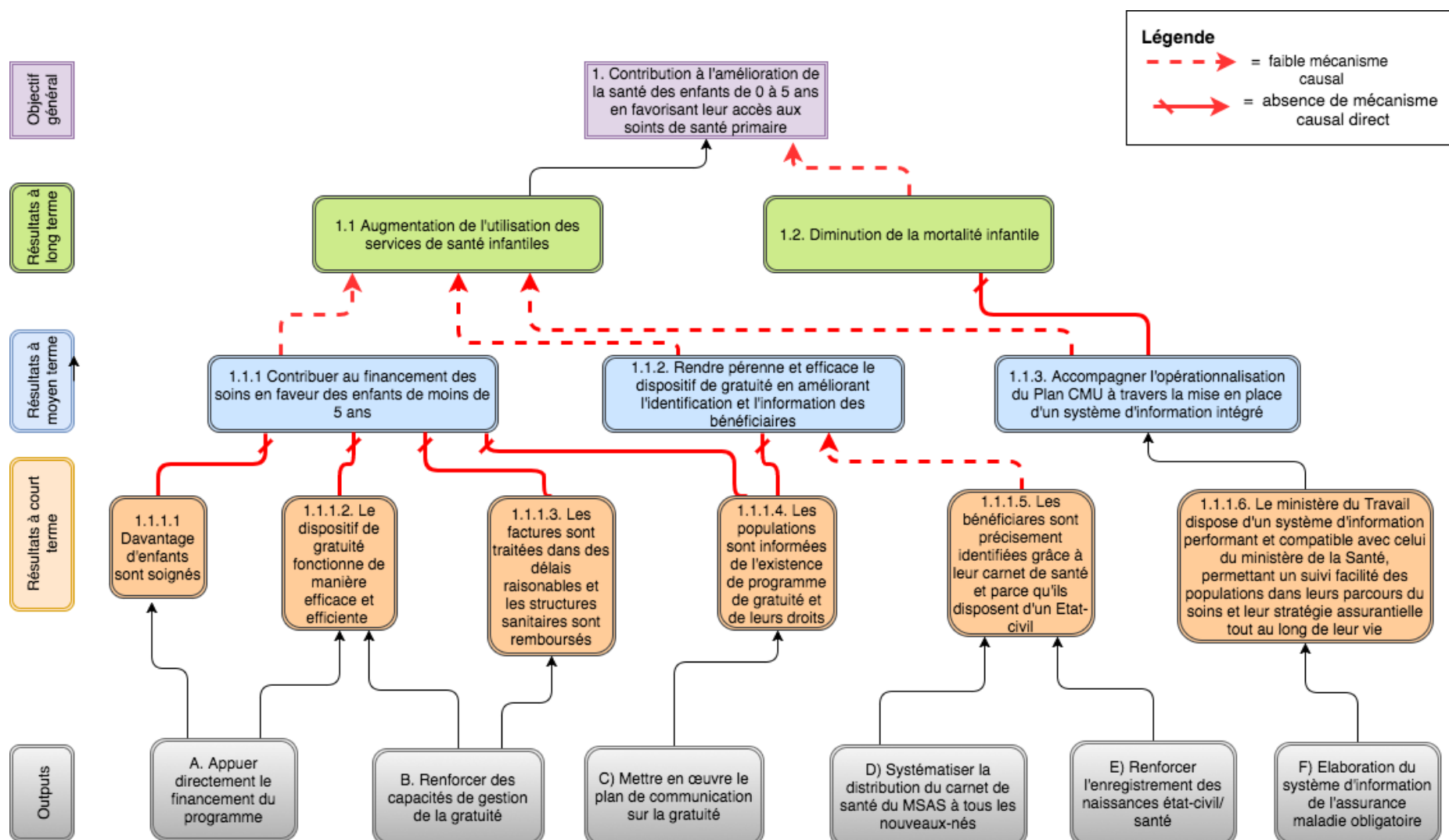
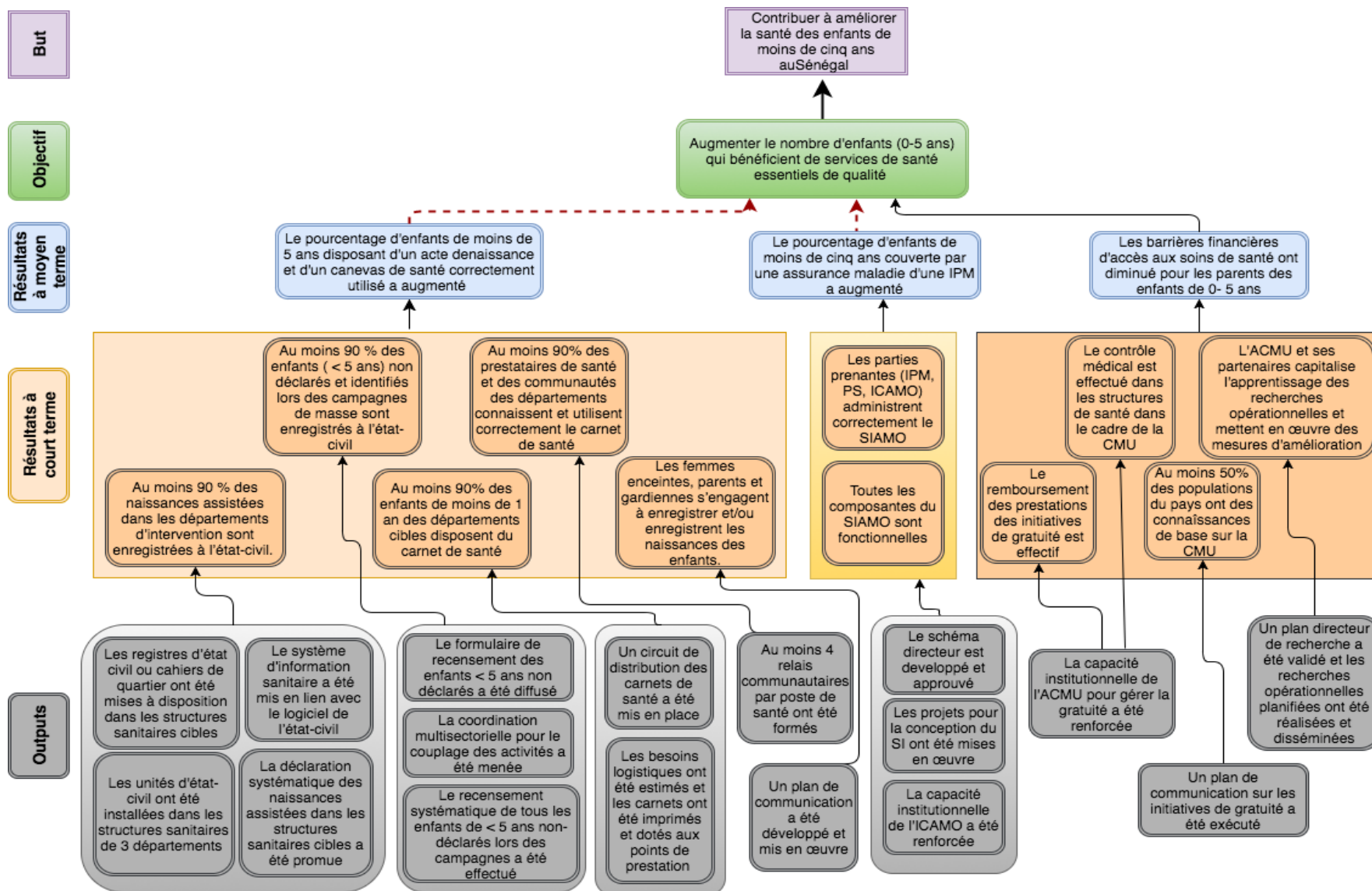


Figure 10 Proposition de la logique d'intervention révisée pour l'IS3 au Sénégal



Comme le fait apparaître le deuxième schéma (page ci-dessus), la révision a éliminé les erreurs de conceptions ainsi que le problème d'absence de liens causals entre les résultats. Elle a aussi diminué le nombre de liens de faible causalité. Toutefois, deux liens de faible causalité n'ont pas pu être éliminés. Ceci est dû au contenu des composantes 2 et 3 : la faible proportion des carnets de santé/ actes de naissance et l'absence de système d'information pour l'AMO/IPM ne constituent pas des barrières financières empêchant les parents et enfants d'utiliser les soins de santé essentiels de qualité. En d'autres termes, ces deux composantes ne concourent pas aux mêmes objectifs que la première composante. La persistance des deux faibles liens de causalité dans la logique d'intervention confirme que les axes d'intervention de l'I3S au Sénégal ne sont ni complémentaires ni les plus pertinents par rapport à l'objectif général d'améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans.

10.3 QUESTIONS EVALUATIVES POUR LE CADRE LOGIQUE

Les objectifs spécifiques sont-ils partagés avec les maitrises d'ouvrage au niveau national et, éventuellement, décentralisé ?

Comme mentionné dans la section précédente, le cadre logique tel qu'annexé aux TdR de l'évaluation *in itinere* était inconnu de l'ACMU, de la COSRISS et de l'UNICEF. Ils travaillent avec leurs propres cadres qui n'utilisent pas les mêmes objectifs que le cadre initial (voir tableau ci-dessous).

Tableau 5 Comparaison des objectifs des cadres logiques

	Objectifs du cadre logique initial	Objectifs utilisés dans les cadres des partenaires
Composante 1	Contribuer au financement des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans	Relever à travers le renforcement des initiatives de gratuité existantes la couverture des soins de santé de toutes les personnes ciblées
Composante 2	Rendre pérenne et efficace le dispositif de gratuité en améliorant l'identification et l'information des bénéficiaires	D'ici fin 2016, contribuer à l'augmentation du taux d'enregistrement universel des naissances et à la réduction des barrières d'accès aux soins des enfants de 0 – 5 ans dans 9 départements de 3 régions du Sénégal (Kolda, Sédhiou et Ziguinchor).
Composante 3	Accompagner l'opérationnalisation du Plan CMU à travers la mise en place d'un système d'information intégré	Contribution à l'atteinte de la Couverture maladie universelle conformément à l'axe 2 du Plan Sénégal émergent (PSE)

En dehors de ces différences, les entretiens ont montré que chaque partenaire maîtrise bien ses objectifs et a pris des mesures appropriées pour les disséminer en interne. A l'ACMU, par exemple, les documents du DSE sont disséminés après chaque mise à jour. Quant à l'UNICEF, le projet est exécuté par leur bureau de zone et les entretiens ont indiqué que les objectifs sont aussi bien connus au niveau décentralisé qu'au niveau du bureau pays.

Même si chaque partenaire de la maîtrise d'ouvrage montre une bonne compréhension de son propre objectif, nous avons constaté que les objectifs spécifiques dont les autres partenaires sont responsables sont moins connus. Les informateurs clés des trois agences ont confirmé qu'il n'y a pas de mécanisme régulier de communication entre les trois structures. Depuis le début de l'I3S, aucune rencontre, entre l'UNICEF et les deux autres structures, n'a eu lieu. Certes, il y avait des échanges entre l'ACMU et la COSRISS, mais elles focalisaient davantage sur la mise en place des systèmes d'information complémentaires et moins sur la gestion stratégique du projet. Les trois structures (et particulièrement l'UNICEF) travaillent donc en « silo » avec aucune ou peu de visibilité sur les autres composantes

de l'I3S. Faute d'absence d'organe de gestion central, l'I3S au Sénégal est constituée de trois projets séparés sans mécanisme unifié de redevabilité.

Les indicateurs proposés reflètent-ils les objectifs et les activités censées contribuer aux objectifs ?

NB. En raison de l'absence de cadre logique à jour au niveau central, nous avons analysé les cadres de l'ACMU, de l'UNICEF et le plan d'action de la COSRISS pour répondre à cette question.

Les indicateurs de l'ACMU : Au niveau des résultats et outputs, l'ACMU a sélectionné des indicateurs spécifiques, mesurables et pertinents. Les données sont disponibles dans leur système d'information, ce qui est gage d'efficacité. Néanmoins, l'indicateur choisi pour mesurer leur objectif spécifique portant sur la gratuité¹⁰⁵ n'est pas pertinent pour deux raisons : (1) il s'agit d'un indicateur composite qui ne peut pas être interprété ; (2) l'indicateur compte le nombre total des bénéficiaires des initiatives de gratuité. Or, au niveau d'un objectif spécifique, l'ACMU devrait aller au-delà du comptage des cas pris en charge, mais mesurer les effets des initiatives de la gratuité.

Les activités et leurs indicateurs sont listés dans le cadre logique de l'ACMU. Dans l'ensemble, les indicateurs proposés sont appropriés pour mesurer le niveau de réalisation des activités. Le cadre logique n'a pas été mis à jour depuis sa conception et son contenu n'est pas aligné avec celui du cadre de performance.

Les indicateurs de l'UNICEF : le cadre de résultats de l'UNICEF dispose de 21 indicateurs. Ils sont listés dans une colonne à côté de la liste d'activités. Sur la liste d'indicateurs, nous retrouvons un mélange d'indicateurs d'activités et de résultats. Leur organisation dans le tableau ne permet pas de savoir à quel(le) activité, résultat ou objectif un indicateur est associé. De plus, les résultats sont des duplications des objectifs (en version reformulée). Il semble que les mêmes indicateurs soient utilisés pour mesurer le niveau de résultat et celui de l'objectif. Au total, nous n'avons trouvé que trois indicateurs d'effets sur la liste. Il n'y a pas d'indicateur pour les résultats 2 et 3 et pour la première composante du résultat 4. Nous pouvons donc conclure que les indicateurs d'effets ne reflètent pas bien les résultats/ objectifs du projet.

En ce qui concerne les activités du projet, toutes sauf une disposent d'un indicateur approprié.

Les indicateurs de la COSRISS : le plan d'action de la COSRISS s'arrête au niveau des *outputs* (extrants)¹⁰⁶. Les indicateurs d'extrants sont formulés sous un format d'étape de progrès ou des résultats à court terme et non comme une unité mesurable. Certains se réfèrent aux activités très spécifiques (« le consultant est recruté »), d'autres sont situés à un niveau de résultat et non d'extrant (« le taux de couverture de l'AMO est étendu »). Dans l'ensemble, les indicateurs choisis ne seront pas efficaces pour suivre le travail de l'ICAMO. En absence de cadre logique fondé sur les principes de la gestion axée sur les résultats, il sera difficile de développer un ensemble d'indicateurs permettant un suivi approprié du travail.

Les sources pour renseigner ces indicateurs sont-elles identifiées et mobilisables ?

NB. En raison de l'absence du cadre logique à jour au niveau central, nous avons utilisé les cadres de l'ACMU, de l'UNICEF et le plan d'action de la COSRISS pour répondre à cette question.

Les sources de données définies par l'ACMU : Toutes les sources de données pour les indicateurs de l'I3S ont été identifiées dans le cadre de performance de l'ACMU. Elles sont mobilisables, certes, mais pas pourraient être plus spécifiques : la plupart des sources sont des rapports et dans trois cas, ce sont des départements de l'ACMU. Or, les sources de données devraient spécifier la source directe, c'est à dire là d'où les rapports ou bien les départements tirent les données pour renseigner leurs indicateurs (par exemple un système d'information, des ménages etc.).

¹⁰⁵ Il s'agit de l'objectif spécifique 1.2: *Relever à travers le renforcement des initiatives de gratuité existantes, la couverture des soins de santé de toutes les personnes ciblées.*

¹⁰⁶ Les indicateurs pour les résultats et l'objectif n'ont pas été élaborés. Nous n'avons donc pas d'indicateurs à apprécier à ce niveau.

Les sources de données définies par l'UNICEF : Toutes les sources de données ont été listées dans leur cadre de résultats. Elles sont pour la majorité des rapports d'activités et donc mobilisables. Comme pour l'ACMU, la source de données des rapports n'est pas claire.

Le plan d'action de la COSRISS n'inclut pas de sources de données. Elles sont donc absentes pour la composante III.

La situation de référence des indicateurs est-elle renseignée et des cibles ont-elles été fixées ?

ACMU : Les cibles ont été fixées pour tous les indicateurs de l'I3S. La situation de référence a été renseignée pour approximativement la moitié des indicateurs (et donc manquante pour l'autre moitié).

UNICEF : Ni la situation de référence ni les cibles n'ont été fixées dans le cadre de résultats (à l'exception des quatre cibles qui sont intégrées dans la déclaration des résultats 1 à 4).

COSRISS : La situation de référence et les cibles ne sont pas captées dans le plan d'action de la COSRISS.

La fréquence de collecte a-t-elle été renseignée ?

La périodicité de suivi est systématiquement renseignée pour tous les indicateurs de l'UNICEF et de l'ACMU. Elle n'a pas été définie cependant pour les indicateurs appliqués par la COSRISS pour la composante III.

Les évolutions éventuelles du contenu du projet depuis l'engagement du projet ont-elles été prises en compte ?

ACMU : La Direction de la planification, des études, du suivi et de l'évaluation de l'ACMU a entrepris des révisions périodiques de son cadre de performance qui ont nécessité la mise à jour des documents pour répondre à l'évolution du contexte.

Au niveau de l'UNICEF, le cadre de résultats n'a pas été mis à jour depuis la signature du projet malgré le fait que les zones de couverture géographique ont évolué.

Le plan d'action de la COSRISS a déjà été mis à jour plusieurs fois pour répondre aux évolutions externes et internes.

Le cadre logique est-il aligné avec les politiques et stratégies nationales ?

Le contenu du cadre logique pour les composantes 1 et 3 est en cohérence avec l'axe 2 du Plan Sénégal Emergent (contribution à l'atteinte de la couverture maladie universelle). De plus, les trois composantes sont bien alignées sur les priorités du Plan National de Développement sanitaire (PNDS 2009 – 2018).

10.4 ANALYSE DE L'EFFICIENCE ET DE L'EFFICACITE DU DSE AU SENEGAL

10.4.1 LA CONCEPTUALISATION ET PLANIFICATION DU DSE

Pour la composante I :

Des trois maitrises d'ouvrage, l'ACMU dispose de la planification la plus solide du DSE. Pour la mise en œuvre de leur stratégie, leur Direction de la planification, des études, du suivi et de l'évaluation a conçu un cadre de suivi et évaluation composé :

- D'un cadre logique
- D'un cadre de performance
- D'un circuit de communication
- D'une matrice de suivi trimestriel et annuel et d'un canevas de rapport annuel
- D'une planification annuelle (y compris les activités de suivi et évaluation).

Tous les documents utilisent des canevas qui sont facilement accessibles et alignés avec les principes de la GAR. Ils ont été dûment remplis avec un contenu de qualité satisfaisante. Les matrices et canevas de rapports sont bien alignés sur le cadre de performance. Les seuls éléments qui nécessiteront éventuellement une amélioration sont :

- Les erreurs de conception dans la chaîne de résultats : le troisième objectif spécifique est une précondition pour atteindre les deux premiers. Il ne devrait donc pas être situé au même niveau de la chaîne de résultats
- Le non alignement du cadre logique et du cadre de performance : le cadre de performance a été mis à jour pour être adapté aux dernières évolutions ce qui n'est pas le cas du cadre logique
- Les définitions opérationnelles pour certains indicateurs sont absentes ce qui pourrait entraver des problèmes de qualité en cas de roulement de personnel (exemple)
- Certaines sources de données sont peu spécifiques et ne permettent pas d'apprécier la pertinence de la source réelle
- L'absence d'un résultat sur la capitalisation des recherches et l'apprentissage.

En général, le niveau de la planification du DSE de l'ACMU indique une bonne capacité et un bon leadership en matière de suivi et évaluation.

Pour la composante II :

Les éléments du DSE mis en œuvre par l'UNICEF sont :

- Un cadre de résultats (objectifs, résultats, activités, indicateurs, moyens de vérification, périodicité de suivi et responsable de suivi),
- Un canevas de rapport annuel,
- La planification d'activités et
- Le budget (dont 12% sont alloués au suivi et évaluation).

Le cadre de résultats n'est pas assez spécifique pour servir comme outil de gestion et il n'y a pas de cadre de performance. L'absence ou le manque de précision des rubriques suivantes risquent de poser des problèmes en termes de qualité de gestion et suivi et évaluation du projet ainsi qu'en terme de redevabilité envers les bailleurs :

- A une exception près, le dispositif ne cherche pas à mesurer les effets à moyen et à long terme du projet. Les indicateurs d'effets et d'impact sont quasiment absents.
- Comme indiqué ci-dessus, la majorité des cibles manque. Par conséquent, pour certains indicateurs, il sera difficile d'évaluer si l'UNICEF a rempli ses engagements vu l'absence d'accord sur les attentes.
- Les sources de données sont peu spécifiques et ne permettent pas d'apprécier la pertinence des sources réelles.
- L'information sur la personne responsable des activités de suivi est floue en raison du nombre élevé d'acteurs responsables pour suivre le même indicateur (très souvent plus de trois personnes). Il n'y a pas de distinction entre suivi et supervision dans le cadre de résultats.

- Les hypothèses sur les liens causals du cadre de résultats sont absentes. La gestion du projet ne pourrait donc pas les suivre régulièrement et initier des mises à jour des documents si l'une ou plusieurs hypothèses s'avèrent incorrectes.

Pour conclure, la composition du DSE est suffisamment détaillée pour faciliter la création des rapports d'une qualité acceptable sur les activités et le progrès des résultats à court terme. L'absence des cibles et des hypothèses est cependant un problème de conception qui doit être adressé au plus vite. Les entretiens avec les agents de l'UNICEF ont indiqué que la capacité pour améliorer la qualité du travail de suivi et évaluation existe dans l'agence, mais qu'elle n'a pas été mobilisée à ce jour en raison de l'absence d'exigences particulières de l'AFD.

Pour la composante III :

Le DSE de la composante 3 est composé de deux documents : le plan d'action SIAMO et la fiche de suivi. Nous n'avons pas pu identifier de lien entre les deux documents : le progrès des activités, extraits et indicateurs du plan d'action n'est pas communiqué dans la fiche de suivi. En revanche, la fiche de suivi contient une micro-planification des activités dans un ordre chronologique (couvrant la période de février 2016 à octobre 2017 - il n'y a que trois activités listées après octobre 2017). En dehors de cela, il n'y a ni cadre de performance, ni circuit de communication, ni de budget distinct pour le suivi et évaluation.

La composante 3 constitue définitivement le maillon faible du DSE. Comme décrit dans la section 1.2., l'absence d'un cadre logique fondé sur les principes de la gestion axée sur les résultats (GAR) est la source de cette faiblesse. En résumé, le DSE de la composante 3 permettra à un certain degré de documenter le progrès de l'exécution des activités planifiées, mais n'a pas prévu de mesurer et documenter sa contribution aux résultats liés à la couverture maladie universelle et à l'impact sur la santé des enfants de moins de cinq ans.

10.4.2 L'APPLICATION DU DSE

ACMU :

Au moment de l'évaluation, il n'y avait qu'un rapport annuel disponible pour analyser l'application du DSE de l'ACMU. Les deux derniers rapports trimestriels étaient en cours de validation et ne pouvaient pas être partagés.

Le rapport annuel est composé d'un résumé, un bilan d'activités, une section sur les points forts et bonnes pratiques et une section sur les contraintes et solutions apportées. Le rapport se termine par une section sur les perspectives pour l'année suivante.

Le contenu du rapport ne fait guère usage de l'information disponible dans le DSE. Certes, il fournit un bilan d'activités, mais sans se référer à la planification. Il n'est donc pas clair si toutes les activités planifiées ont été réalisées, si certaines ont pris du retard ou ont été reportées ou annulées. Le même problème se retrouve au niveau du progrès sur les indicateurs. Des chiffres pour certains indicateurs ont été intégrés, mais le rapport fait l'impasse sur les autres. La matrice de suivi annuel n'a pas été annexée au rapport. Il n'y a donc nulle part une vue exhaustive sur le progrès du programme vers les cibles.

Le contenu des sections sur les points forts/ bonnes pratiques et les contraintes/ solutions apportées est très sommaire et ne permet pas de saisir la capitalisation de l'apprentissage. C'est dans le même esprit que les voyages d'études effectués sont listés dans le rapport sans pourtant expliquer ce qui a été appris et comment cet apprentissage va être utile pour le travail de l'ACMU au Sénégal.

Pour résumer, le rapport annuel n'explore pas suffisamment les données du DSE et reste superficiel au niveau de l'application de l'apprentissage.

UNICEF :

Comme pour l'ACMU, la seule source à analyser sur l'application du DSE est un rapport annuel (soumis en mars 2017). Le contenu du rapport est exhaustif et inclut un tableau sur le progrès de tous les indicateurs en rapport avec leurs cibles. Même si les sources de données sont peu précises, il est évident que le système mis en place par l'UNICEF permet de remonter les informations requises pour un suivi efficace. La seule entorse en matière de qualité est le faible niveau de capitalisation de l'apprentissage. Les contraintes et défis ont été identifiés, certes, mais ont été peu développés et aucune solution n'est apportée. Les bonnes pratiques n'ont pas été analysées.

COSRISS :

Nous ne disposons que de la fiche de suivi pour nous renseigner sur le progrès de la composante 3. Elle contient trois rubriques (activités, responsable et date/ niveau d'exécution). Après le mois d'octobre 2017, trois activités seulement sont listées. Dans la rubrique sur le niveau d'exécution, toutes les activités sont listées comme « faites » ; il n'y en a aucune qui a été modifiée, annulée ou reportée : ce qui crée l'impression que les activités ont été insérées après leurs exécution. Le document ne constitue pas une comparaison des activités prévues et réalisées, mais se limite à lister les réalisations. Ceci est suffisant comme évidence de ce qui a été livré, mais n'est pas une bonne pratique en termes de redevabilité et d'apprentissage.

10.4.3 EFFICIENCE ET EFFICACITE DU DSE AU SENEGAL

Les points forts : l'ACMU et l'UNICEF utilisent la bonne pratique d'extraire les données des systèmes existants pour renseigner les indicateurs d'effets : l'ACMU utilise son système d'information tandis que l'UNICEF analyse les données du SNIS en accédant au DHIS2.

Une deuxième bonne pratique exercée par l'UNICEF et l'ACMU est la décentralisation de la collecte de données : toutes les données sont collectées par les structures ou partenaires régionaux et périodiquement vérifiées. La compilation est effectuée au niveau central. Ces deux approches sont à la fois efficaces en termes de temps et de coûts.

Les points à améliorer : L'absence d'organe de gestion central du DSE et sa fracturation en trois composantes séparées impactent négativement sur l'efficacité et l'efficacé du DSE.

- 1) Il est actuellement très fastidieux et couteux en termes de temps de construire une vue d'ensemble sur l'état d'avancement du programme au niveau central.
- 2) La qualité inconsistante impacte négativement sur l'efficacité du DSE, en particulier sur le suivi des résultats.
- 3) L'absence de certains éléments du DSE des composantes 2 et 3 (situation de référence, cibles) impacte négativement sur la redevabilité.
- 4) La capitalisation de l'apprentissage reste très limitée ; ce qui impacte négativement sur l'efficacité.

10.4.4 CONCLUSIONS

- Il est difficile de parler d'un programme I3S en tant que tel au Sénégal : il s'agit plutôt du financement de trois groupes d'interventions qui ne contribuent guère aux mêmes effets.
- Le DSE est à l'image du programme, fracturé en trois parties. Il y a peu de communication entre les maîtrises d'ouvrage des trois composantes. La qualité des documents de suivi et évaluation est très inconsistante d'une structure à l'autre.
- La conception du programme I3S n'a pas respecté les principes et pratiques de la GAR. Le cadre logique est incomplet et fondé sur une chaîne de résultats bancale. Ceci impacte négativement sur la qualité des autres éléments du DSE.
- La capacité des trois structures de travailler avec un DSE appliquant la GAR n'est pas suffisante. Ceci devient visible dans les multiples erreurs de conception dans les cadres logiques, le manque de spécificité des sources de données¹⁰⁷ ainsi que dans l'absence d'éléments critiques.
- Dans son état actuel, le DSE ne permettra pas de mener une évaluation de l'efficacité du programme. La quasi-absence d'indicateurs des résultats à long terme devrait être résolue le plus vite possible.
- Le DSE manque de résultats attendus liés à l'apprentissage, la gestion et la capitalisation des connaissances.

¹⁰⁷ Pour définir la source de données, il faut sélectionner la source d'information la plus directe liée aux indicateurs. Voir par exemple : United Nations Development Group (2010) : *Results-Based Management Handbook. Strengthening RMB harmonization*. Available at : <https://www.un.org/files/UNDG%20RBM%20Handbook.pdf>

14 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'I3S (et sa suite éventuelle) devrait se reconcentrer sur l'ACMU, et particulièrement sur le système d'information de l'ACMU : non pas tant sur ses aspects techniques ou technologiques, mais sur le type d'informations/données qui devront être récoltées (qui pourront fournir, après traitement, de véritables bases décisionnelles), et sur la qualité de ces données (mécanismes de contrôle et de validation à tous les niveaux). L'évolution d'un système de protection sociale santé ne peut se concevoir sans un système d'information pertinent et robuste : cela se vérifie pour le Sénégal, mais aussi pour les trois autres pays bénéficiaires de l'I3S.

Il ne s'agit pas de remettre en cause la convention de financement (et sa partie relative à l'AMO), mais de recentrer le projet sur l'ACMU, tout en visant une synergie forte entre les deux plateformes d'information (système d'information ACMU et système d'information AMO) : tout appui aux systèmes d'information devrait avoir comme objectif un système global AMU (ACMU + AMO+ autres).

Dans sa composante « appui à l'ACMU », le projet pourrait être complété par un appui en termes d'activités en faveur de la gratuité par le biais des mutuelles (financements de la gratuité canalisés au travers des mutuelles de santé) avec un ciblage sur les plus populations les plus vulnérables.

Enfin, le Sénégal pourrait être moteur dans l'animation d'une capitalisation opérationnelle sur l'I3S et la CSU (ou sous l'égide de l'UEMOA, avec la participation du TCHAD).

Annexes - Sénégal

ANNEXE 1 Calendrier de la mission Sénégal et personnes rencontrées

Jour	Activité/Organisation	Personne	Fonction
27-29/9	Atelier IRD		
Lundi 2/10	Réunion équipe évaluation		
	IRD/ANRS	Bernard Taverne (interviewé en tant que membre du COS/I3S)	Coordinateur Nord - Site ANRS Sénégal
	MSAS/CTB/Projet PAODES	Vincent Vercruysse	Coordinateur projet santé
	MSAS/LUX-DEV	Evariste Lodi-Okitombahe	ATI Projet Santé de base
Mardi 3/10	ACMU	Dr. Senghor	Secrétaire général
	ACMU	Mor Ngom	Directeur planification, études, suivi-évaluation
	ACMU	Madame Ndiaye	Directrice administration et finance
	ACMU	Ndeye Maguette Gueye Ndiaye	Chef de division suivi-évaluation
	ACMU	Boubacar Ba	Direction communication
Mercredi 4/10	ACMU	Session de travail avec division suivi-évaluation (DSE et cadre logique)	
	USAID/Intrahealth/ projet NEEMA	Elhadji Babacar Gueye	Chef de mission / Directeur pays
	USAID/Abt Associates	Mame Cor Ndour	Chef d'équipe adjoint
	MSAS/DGAS	Khadissatou Gaye Alainchar	Directrice générale Action sociale
Jedi 5/10	Atelier validation rapport schéma directeur SIAMO		
	Expertise France	Clara Leymanie	Chef de projet
	Expertise France		
	ACMU	Babacar Sow	Responsable étude et développement - Cellule des services informatiques
	COSRISS	Alpha Ndiaye	Président
	MSAS/AFD/Projets PASME	Adrien Sonko	Coordinateur projets PASME
Vendredi 6/10	UNICEF	Georges Fom Ameh	Chef de la section survie et développement de l'enfant
	UNICEF	Laetitia Bazziveil	Chef de la section protection de l'enfant
	AFD	Mouhamadou Sylla	Chargé de projets
Lundi 9/10	ICAMO	Session de travail avec les responsables suivi-évaluation	
	MSAS/DSRSE	Bocar Mamadou Daff	Directeur de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant
	DGPSSN	Dr Diop	
	Banque mondiale	Maud Juquoy	Economiste de la santé
	Banque mondiale	Moussa Dieng	Economiste de la santé

Jour	Activité/Organisation	Personne	Fonction
Mardi 10/10	Réunion de débriefing avec AFD et Conseiller santé de l'Ambassade		
	Ambassade	Jean-Pierre Lamarque	Conseiller régional santé mondiale
11/10 - 13/10	Visites de terrain	ACMU régionale, mutuelles, district sanitaire	

ANNEXE 2 Documents collectés

- **I3S (documents demandés à l'AFD Dakar)**
 - Convention de financement I3S Sénégal et avenants
 - Conventions de financement projets PASME (financement Muskoka)
 - Convention de financement AFD-UNICEF
 - PTA soumis par MT/COSRISS à l'AFD
 - PTA soumis par l'UNICEF à l'AFD
 - Rapports d'activités Expertise France
 - Rapports d'activités UNICEF
 - Programme pluriannuel et plans de décaissement I3S
 - Décaissements par composante/volet au 30 septembre 2017

- **MSAS/ACMU**
 - Plan stratégique ACMU 2017/2021
 - Rapport annuel ACMU 2016
 - Cadre de performances de l'ACMU (version Finale du 4 août 2017)
 - Cadre stratégique de résultats ACMU (29 août 2017)
 - Document de définition du cadre de suivi et évaluation de la CMU (août 2017)
 - Exécution budgétaire projetée au 31 décembre 2016
 - Outil de suivi trimestriel des performances et activités ACMU (août 2017)
 - Système de remontée des données CMU à mettre en place (septembre 2017)
 - Projet rapport audit CMU (août 2017)
 - Projet rapport sur contrôle interne CMU (août 2017)
 - Décret n° 2015-21 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la couverture maladie universelle (7 janvier 2015)
 - Arrêté portant création et organisation du Comité national interministériel de pilotage de la Stratégie nationale de développement de la CMU.
 - MSAS, Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) pour tendre vers la couverture santé universelle. Juin 2017.

- **Forum santé (Dakar juillet 2017)**
 - Amar Siddy et al. *Contributions d'un système assurantiel dans la rationalisation du financement du système de santé.*
 - MSAS/CTB/Abdul Aziz Diagne et al. *Informations sanitaires et sociales – Effets des initiatives du MSAS appuyées par le PAODES&PAGOSAN sur l'évolution de la qualité des données sanitaires dans la zone centre.*
 - MSAS/CTB/Amar Sidy et al. *Rapport de capitalisation - Financement du système de santé – Cas du district sanitaire de Kounghoul.* Juin 2017.
 - MSAS/CTB/Fabienne Ladrière et al. *Rapport de capitalisation – La mise en œuvre et les résultats des unités départementales d'assurance maladie au Sénégal.* Mai 2017.
 - MSAS/CTB/Adama Faye et al. *Rapport de capitalisation – Les déterminants des ruptures des médicaments et produits essentiels dans les districts sanitaires de Kounghoul et de Sokone.* Mai 2017.
 - MSAS/CTB/Sarany Coly et al. *Rapport de capitalisation – Mise en œuvre et évolution de la tarification forfaitaire subsidiée dans les districts sanitaires des départements de Foundiougne et de Kounghoul.*

- MSAS/CTB/Ahmed Alain BADIANE. *Rapport de capitalisation - Etude de l'évolution de la qualité des soins dans un système à interventions multiples dont la tarification forfaitaire subsidiée.*
- MSAS/CTB. Notes de politique.
- MSAS/CTB. Toutes les présentations (power point) du forum santé.
- USAID/MSAS. Programme santé USAID/Sénégal 2016-2021

ANNEXE 3 Cadre logique révisé

Tableau 6 Cadre logique révisé (Sénégal)

	Logique d'intervention	Indicateur	Cible	Source de vérification	Hypothèses
Objectif général (impact)					
	Contribuer à améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans au Sénégal	Taux de mortalité infanto-juvénile Taux de mortalité néonatale Enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation (modérée ou grave)	n/a	DHIS 2	1. L'engagement politique en faveur d'une couverture médicale universelle reste élevé 2. Absence de catastrophe naturelle ou provoquée par l'homme 3. Stabilité politique
Objectifs (résultat à long terme)					
	Augmenter le nombre des enfants qui utilisent et bénéficient de services de santé essentiels de qualité au Sénégal	Couverture CPN Naissances assistées par du personnel de santé qualifié Couverture CPoN Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national Traitement de pneumonie avec antibiotique Traitement des cas de paludisme confirmés (%) Enfants souffrant de diarrhée bénéficiant d'une prise en charge correcte de la diarrhée (SRO+Zinc) (%) % d'enfants bénéficiant de la gratuité de soins par an	à discuter entre l'AFD et la maîtrise d'ouvrage	DHIS 2	1. Les prestataires de santé ont la capacité de gérer l'augmentation de la demande. 2. Synergies entre l'I3S et d'autres projets mis en œuvre. 3. Une offre de soins de qualité est disponible dans toutes les zones. 4. Le personnel sanitaire documente et utilise l'historique de l'enfant (dossier médical) pour une prise en charge de qualité 5. Le système d'information de l'AMO donne accès à un plus grand nombre d'enfants à des soins de santé de qualité.

	Logique d'intervention	Indicateur	Cible	Source de vérification	Hypothèses
Résultats à moyen terme					
1	Les barrières financières d'accès aux soins de santé ont diminué pour les parents des enfants de 0- 5 ans	Nombre de cas d'enfants malades de moins de 5 ans ayant bénéficié de l'initiative de gratuité des soins de santé dans le cadre de la CMU Nombre d'enfants de moins de 5 ans vaccinés ayant bénéficié de l'initiative de gratuité	2,365,505 2,365,505	Rapport de suivi des bénéficiaires des gratuités	1. Augmentation progressive du budget alloué par l'Etat à l'initiative de gratuité pour les enfants de moins de 5 ans. 2. Gestion efficace et efficiente de la gratuité
2	Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans disposant d'un acte de naissance et d'un carnet de santé correctement utilisé a augmenté	% d'enfants de moins de 5 ans disposant d'un acte de naissance % d'enfants de moins de 5 ans disposant d'un carnet de santé correctement rempli par le personnel sanitaire	à confirmer par l'UNICEF	Bureaux d'état-civil Rapport d'évaluation finale	1. Le personnel sanitaire a les capacités, le temps et la motivation de remplir les carnets de santé correctement. 2. Les parents comprennent l'importance du carnet de santé et de l'acte de naissance.
3	Le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans couverts par une assurance maladie d'un IPM a augmenté	% d'enfants assurés dans le secteurs formel	à discuter avec la COSRISS	à discuter avec la COSRISS	Les IPM fournissent des services de qualité à leurs clients.
Résultat à court terme					
1.1	Le remboursement des prestations couvertes par les systèmes « gratuité » est effectif	Délai moyen de remboursement des prestations dans le cadre des initiatives de gratuité de la CMU Taux de remboursement des prestations effectuées dans le cadre des initiatives de gratuité de la CMU	35 jours 95%	Rapport de suivi de l'exécution du budget de l'Agence	1. Peu de roulement du personnel clé pendant la durée de l'I3S à l'ACMU 2. Mesure de contrôle efficace contre les utilisations irrégulières, abusives ou frauduleuses.
1.2.	Le contrôle médical est effectué dans les structures de santé dans le cadre de la CMU	Pourcentage de structures ayant fait l'objet de contrôle médical dans le cadre de la CMU	100%	Rapport de suivi de l'exécution du budget de l'Agence	L'ACMU dispose d'un personnel compétent et intègre ainsi que des moyens pour effectuer des contrôles réguliers

	Logique d'intervention	Indicateur	Cible	Source de vérification	Hypothèses
1.3	L'ACMU et ses partenaires capitalisent l'apprentissage sur base des résultats de la recherche opérationnelle et mettent en œuvre des mesures d'amélioration	# de mesures d'amélioration de projet initiés dus à la capitalisation/ l'apprentissage Niveau de mise en œuvre du plan de recherche opérationnelle sur la CMU	à confirmer par l'ACMU	Rapports trimestriels et annuels de l'ACMU	La mise en œuvre des améliorations n'est pas empêchée par des facteurs politiques
1.4.	Au moins 50% des populations du pays ont des connaissances de base sur la CMU	% de personnes touchées par les activités de communication sur la CMU % de la population ayant des connaissances de base sur la CMU	80% 70%	Rapports d'enquête	Les messages ont été diffusés par des chaînes et langues appropriées
2.1	Au moins 90 % des naissances assistées dans les départements d'intervention sont enregistrées à l'état-civil.	% des naissances assistées dans les départements d'intervention qui sont enregistrées systématiquement à l'état-civil.	90%	DHIS2	Les points d'état civil dans les centre de santé sont fonctionnels et ne sont pas exposés à des ruptures de stock matériel nécessaire.
2.2	Au moins 90 % des enfants (< 5 ans) non déclarés et identifiés lors des campagnes de masse sont enregistrés à l'état-civil	% des enfants (< 5 ans) non déclarés et identifiés lors des campagnes de masse qui sont enregistrés à l'état-civil	90%	Bureaux d'état-civil	Les parents des enfants recensés sont intéressés à déclarer leurs enfants.
2.3	Au moins 90% des enfants de moins de 1 an des départements cibles disposent du carnet de santé	% de femmes enceintes, mères, gardiennes d'enfants qui disposent de carnet de santé dans les départements cibles	90%	Rapports d'enquête	Les parents des enfants recensés sont intéressés à déclarer leurs enfants.
2.4	Au moins 90% des prestataires de santé et des communautés des départements connaissent et utilisent correctement le carnet de santé	% des prestataires de santé et des communautés des départements connaissent et utilisent correctement le carnet de santé	90%	Rapports d'enquête	Les parents conservent le carnet de santé et les actes de naissances dans un endroit approprié.
2.5	Les femmes enceintes, parents et gardiennes s'engagent à enregistrer et/ou enregistrent les naissances des enfants.	% de femmes enceintes, mères, gardiennes d'enfants qui déclare la naissance des enfants de 0-11 mois dans les départements cibles	à confirmer par l'UNICEF	Bureaux d'état-civil	Les femmes ont le temps et les moyens de se déplacer pour déclarer les enfants.

	Logique d'intervention	Indicateur	Cible	Source de vérification	Hypothèses
3.1	Toutes les composantes du SIAMO sont fonctionnelles	Niveau de fonctionnalité du SIAMO % de données manquantes dans le SIAMO	à confirmer par la COSRISS	Rapport du consultant	Disponibilité de ressources pour la mise en œuvre de la SIAMO
3.2	Les parties prenantes (IPM, PS, ICAMO) administrent correctement le SIAMO	% de PS qui alimente le SIAMO (désagrégés par type de prestataires) % d'IMP qui alimente le SIAMO (désagrégés par région et rural/ urbain)	à confirmer par la COSRISS	à confirmer par la COSRISS	Disponibilité de ressources pour la mise en œuvre de la SIAMO Les IPM ont le temps, la motivation et les compétences d'alimenter le système correctement.
Outputs pour les résultats 1.1., 1.2, 1.3, 1.4 (ACMU)					
1.1.1	La capacité institutionnelle de l'ACMU pour la gestion de la gratuité a été renforcée : formations, élaboration et révision des manuels, mise en place du système intégré de gestion de la CMU (SIGICMU) etc.	Type et nombre de formations reçus Type et nombre d'appui institutionnels reçus Disponibilité d'un rapport annuel de présentation des résultats de la reddition des comptes de l'Agence de la CMU Niveau de mise en œuvre du système intégré de gestion de la CMU (SIGICMU)	à confirmer par l'ACMU	Rapports trimestriels et annuels de l'ACMU	n/a
1.2.1	Un plan directeur de recherche a été validé et les recherches opérationnelles planifiées ont été réalisées et disséminées	# d'atelier d'échange et de validation du plan directeur de recherche organisé # d'étude sur les bonnes pratiques des collectivités locales # d'étude sur l'état des lieux de la CMU # d'études sur les urgences obstétricales, néonatales et infanto-juvéniles et sur les réalisations phares du PSD CMU 2013/2017	1 1 1 2?	Rapports de recherche et de dissémination	n/a
1.4.1.	Un plan de communication sur les initiatives de gratuité a été exécuté	# de supports imprimés (désagrégés par type de supports) # d'émissions diffusées (désagrégés par type d'émission) Niveau de mise en œuvre du plan de communication	à confirmer par l'ACMU	Rapports d'études	n/a
Outputs pour le résultat 2.1 à 2.5 (UNICEF)					

	Logique d'intervention	Indicateur	Cible	Source de vérification	Hypothèses
1.4.1	Les registres d'état-civil ou cahiers de quartier ont été mis à disposition dans les structures sanitaires cibles	% des structures sanitaires cibles approvisionné en registre d'état civil ou cahier de quartier	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
1.4.2	Le système d'information sanitaire a été mis en lien avec le logiciel de l'état-civil	% des centres de santé des départements cibles en lien avec le logiciel de l'état-civil	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
1.4.3	Les unités d'état-civil ont été installées dans les structures sanitaires des 3 départements	% des structures sanitaires des 3 départements disposent d'unité d'état-civil	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
1.4.4.	La déclaration systématique des naissances assistées dans les structures sanitaires cibles a été promue	% des accouchements assistés systématiquement déclarés dans structures sanitaires	à confirmer par l'UNICEF	DHIS2	n/a
2.2.1	Le formulaire de recensement des enfants < 5 ans non déclarés a été diffusé	Existence de formulaire dans les PPS	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
2.2.2	La coordination multisectorielle pour le couplage des activités a été menée	Nombre de réunion multisectorielle par an	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
2.2.3	Le recensement systématique de tous les enfants de < 5 ans non-déclarés lors des campagnes a été effectué et leur enregistrement a été facilité	Nombre d'enfants non déclarés recensés Nombre d'enfants recensés déclarés	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
2.3.1	Un circuit de distribution de carnet de santé a été mis en place et un programme d'orientation pour les prestataires de soins a été mis en œuvre	% de prestataires de soins orientés sur l'utilisation du carnet de santé	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
2.3.2	Les besoins logistiques ont été estimés et les carnets ont été imprimés et dotés aux points de prestations	Nombre de carnet distribué par PPS par an	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a

	Logique d'intervention	Indicateur	Cible	Source de vérification	Hypothèses
2.4.1	Au moins 4 relais communautaires par poste de santé ont été formés	Nombre de relais formés sur nombre prévu	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
2.5.1	Un plan de communication a été développé et mis en œuvre	% de FE, mères, gardiennes d'enfants qui connaissent l'intérêt du carnet de santé dans les départements cibles	à confirmer par l'UNICEF	rapports annuels	n/a
Outputs pour le résultat 3.1 (COSRISS)					
3.1.1.	Les projets pour la conception du SI ont été mis en œuvre	# de projets du schéma directeur réalisés	27	Rapport de projet (consultant)	n/a
3.1.2.	La capacité institutionnelle de l'ICAMO a été renforcée : formations, fournitures, visites d'étude etc.	# de visite d'étude réalisée Niveau de mise en œuvre de plan de formation	à confirmer par la COSRISS	rapports annuels	
3.1.3.	Une analyse de l'existant a été menée et le schéma directeur est développé et approuvé	Existence de schéma directeur approuvé	1	Schéma directeur signé par le comité technique du SIAMO	n/a

Section 2 Mali

15 INTRODUCTION

La mission au Mali¹⁰⁸ s'est déroulée du 16 au 25 octobre 2017. Tous les entretiens prévus dans la note de cadrage ont pu être réalisés (calendrier détaillé et liste des personnes rencontrées en annexe 1), mais la visite de terrain dans la région de Mopti n'a pas pu être faite (conditions de sécurité non satisfaisantes). Ces entretiens ont été également l'occasion de collecter des documents complémentaires (non encore disponibles lors de la phase de cadrage) (voir la liste des documents consultés en annexe 2).

16 CONTEXTE

13.1 DEMOGRAPHIE ET SANTE¹⁰⁹

La population malienne était de 14,5 millions d'habitants en 2009 (dernier recensement général) et, sur base d'un taux de croissance annuel de 3,6%, peut être estimée à 19 millions d'habitants en 2017 (et à 30 millions en 2030 – tous autres taux constants). L'indice synthétique de fécondité reste supérieur à 6 enfants par femme (de 6,8 en 2001 à 6,1 en 2012/13). Le taux brut de natalité est de 3.87%.

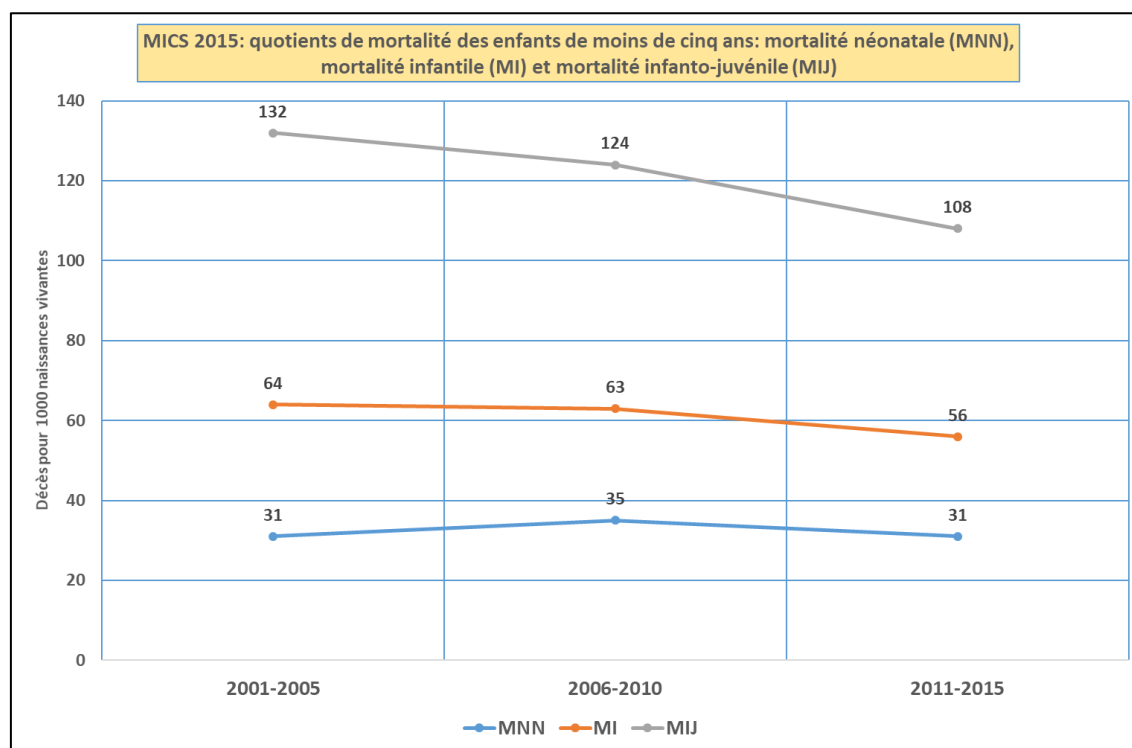
La mortalité infanto-juvénile¹¹⁰ (décès pour 1.000 naissances vivantes) a baissé de 132 à 108¹¹¹ de 2004 à 2015 (83 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). En revanche, la mortalité néonatale ne s'améliore pas (31 en 2004 et en 2015 – 28 pour l'Afrique subsaharienne en 2015) et représente 36% de la mortalité infanto-juvénile. En 2013, l'insuffisance pondérale (poids pour taille), le retard de croissance (taille pour âge), et l'émaciation (poids pour âge) représentaient respectivement 26%, 38% (30.4% dans MICS 2015) et 13% des enfants de moins de cinq ans (cas modérés et sévères cumulés). Selon l'EDSM V (2012/13), « Cette forte prévalence du retard de croissance qui constitue, d'après les normes de l'OMS, un problème très sérieux de santé publique présente des écarts importants en fonction des variables sociodémographiques et économiques. La prévalence de la malnutrition chronique augmente très rapidement avec l'âge : d'un minimum de 15 % à moins de 6 mois, la proportion d'enfants accusant un retard de croissance passe à 24 % dans le groupe d'âges 9-11 mois et atteint un maximum de 48 % à 18-35 mois. Elle ne diminue que très légèrement au-delà de cet âge, son niveau demeurant toujours élevé à 48-59 mois (39 %) ».

¹⁰⁸ L'équipe était composée du Dr. Oumar Ouattara (consultant national), de Alice Behrendt (consultante en charge du volet DSE) et de Marc Réveillon (responsable de l'évaluation)..

¹⁰⁹ Sources des données pour ce chapitre : MICS 2015, EDSM V 2012/13, IHME (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>) consulté en octobre 2017.

¹¹⁰ MICS 2015. L'EDSM 2012-2013 affiche des quotients différents : QMNN plus élevé (34) mais QMIJ plus faible (95). De plus, l'EDSM 2012-13 suspecte, pour non cohérence avec les EDSM précédentes, une sous-estimation des décès.

¹¹¹ Cible OMD 2015 : 77.

Figure 11 MICS Mali 2015 : mortalité des enfants de moins de cinq ans

Le ratio de mortalité maternelle est passé de 582 [450-713¹¹²] décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001 à 368¹¹³ [259-478] en 2012 (547 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). La mortalité maternelle représente 32% de tous les décès des femmes de 15 à 49 ans.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la charge de morbidité (exprimée en cause de mortalité) de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population malienne¹¹⁴ (causes de mortalité : rang et pourcentage). Les quatre premières causes de mortalité restent, depuis 1990 et dans le même ordre, les maladies infectieuses (dont les diarrhées et les infections respiratoires), le paludisme (et autres MTN), les troubles néonataux, et les maladies cardiovasculaires. On remarque la transition épidémiologique avec les maladies non-transmissibles (maladies cardiovasculaires et néoplasmes) qui totalisent 15% des décès en 2016 (contre 12% en 1990). Le poids des troubles néonataux, du paludisme (et autres MTN) et du VIH/SIDA (et tuberculose) a augmenté de 1990 à 2016.

Tableau 7 Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population du Mali

Cause de décès (rang et %)	1990		2016	
	Rang	%	Rang	%
Maladies infectieuses	1	33,4	1	21,0
Paludisme et autres maladies tropicales négligées	2	12,9	2	19,3
Troubles néonataux	3	11,5	3	13,5
Maladies cardiovasculaires	4	8,2	4	9,5
Carences nutritionnelles	5	6,8	7	4,1
Néoplasmes	6	3,8	5	5,6
VIH/SIDA et tuberculose	7	3,8	6	4,6
Total		80,4		77,6

¹¹² Intervalle de confiance, qui indique aussi les fortes disparités entre milieu urbain et rural (ou entre régions).

¹¹³ Cible OMD 2015 : 144.

¹¹⁴ IHME, consulté en décembre 2017.

Concernant les enfants de 0 à 5 ans, ce sont les mêmes trois causes principales de mortalité, mais pas dans le même ordre : les troubles néonataux viennent en deuxième position (19% des décès en 1990 et 25% en 2016). Cumulées, ces trois premières causes représentaient 78% des décès des enfants de 0 à 5 ans en 2016. Les carences nutritionnelles représentent, depuis 1990, la quatrième cause de décès (5.8%) pour ce même groupe d'âge.

Les troubles néonataux sont la première cause de mortalité (70%) des nouveau-nés (0-6 jours): encéphalopathies néonatales (asphyxie du nouveau-né et traumatismes) (32% des décès), prématurité (29% des décès) et septicémies néonatales (9% des décès), sans compter les malformations congénitales (7.45% des décès en 2016 contre 4.23% en 1990). La mortalité néonatale précoce (0-6 jours) représente 83% de la mortalité néonatale, et donc 28% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Il découle des analyses qui précèdent qu'un impact fort sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans passe nécessairement par un impact (1) sur la mortalité néonatale précoce, ce qui inclut aussi des actions au niveau de la grossesse et de l'accouchement (santé périnatale), et (2) sur les carences nutritionnelles (mères et enfants).

13.2 POLITIQUES ET STRATEGIES SECTORIELLES

La politique sectorielle de santé est basée sur l'approche programme. La planification du secteur socio-sanitaire repose sur le Plan décennal de développement sanitaire et social 2014-2023 (PDDSS) commun aux trois ministères (MSHP, MASH, MPFEF), qui se décline en plans quinquennaux que sont les Programmes de développement socio-sanitaires (PRODESS). La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile et le développement d'un système de financement pour une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé sont respectivement les objectifs stratégiques 1 et 9 du PDDSS 2014-2023. La planification annuelle (plans opérationnels -PO-) est réalisée de façon ascendante par intégrations successives des niveaux de la pyramide sanitaire. Le PRODESS 2014-2018 est régi par un comité de pilotage, un comité technique et un comité de suivi, et par le Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS (CROCEP) au niveau régional. Le comité de pilotage, présidé par les secrétaires généraux des trois ministères, statue sur toutes questions relatives à la mise en œuvre du PRODESS, sur les plans stratégiques des programmes et sur les nouveaux programmes. Le Comité technique national est co-présidé par les secrétaires généraux des trois ministères : il examine et valide les rapports d'activité et le bilan financier de l'année n-1 des directions centrales, régionales, des services rattachés et personnalisés. L'évolution des indicateurs du cadre commun est analysée. Le Comité de suivi, co-présidé par les trois Ministres du secteur, a en charge l'approbation de tous les actes relatifs au PRODESS et la validation des rapports d'activités, des PO des différentes structures, et donne des orientations pour la mise en œuvre des interventions. Le CROCEP, présidé par le représentant du Gouverneur de région, est composé des représentants de la collectivité décentralisée de la région, des services déconcentrés des secteurs de la santé, de la promotion de la famille, et de l'action sociale, des structures de santé privées ou confessionnelles, des ONG et des PTF des secteurs de la santé et de l'action sociale, des syndicats des secteurs du secteur et de la société civile.

Il y a normalement une mission conjointe annuelle de suivi (Gouvernement-PTF) du PRODESS. Ces revues annuelles utilisent un cadre commun de suivi-évaluation composé de 35 indicateurs.

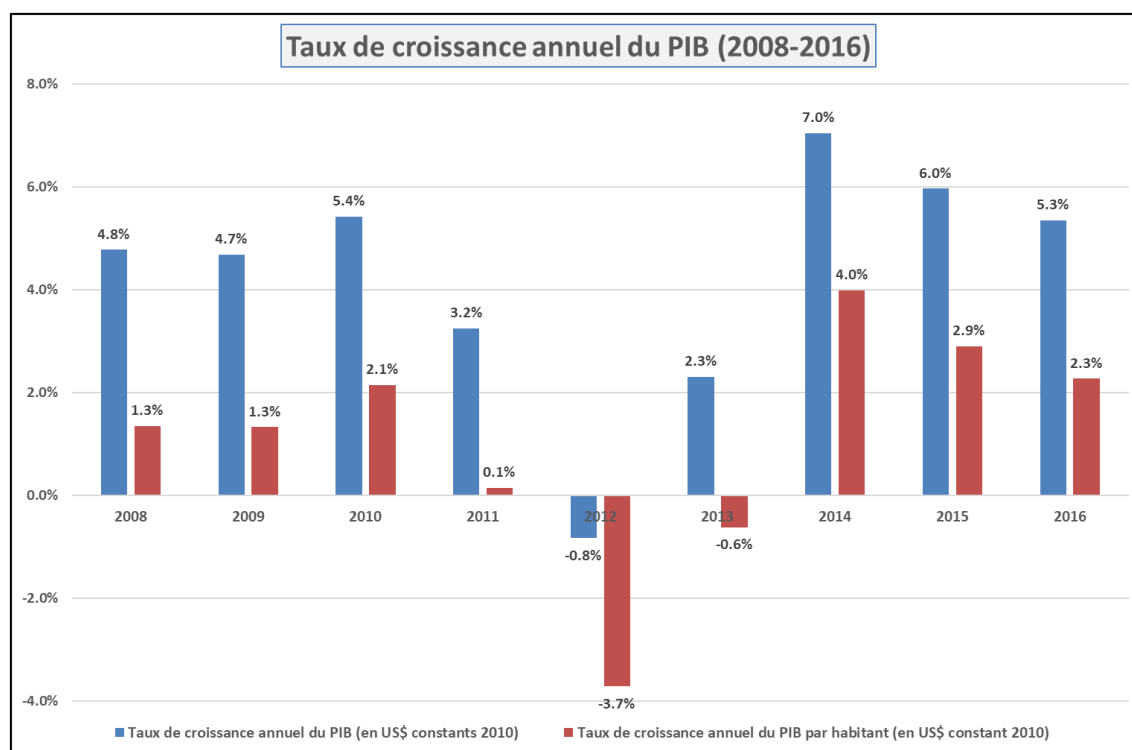
13.3 LE SYSTEME DE SANTE

Le système de santé repose au Mali sur une organisation pyramidale, avec une gouvernance décentralisée pour les Centres de santé communautaires (CSCOM) et les Centres de santé de référence (CSREF). Les CSCOM sont des formations sanitaires privées à but social liées à l'Etat et aux Communes dont ils ressortent par des conventions d'assistance mutuelle. Ils dépendent ainsi d'associations de santé communautaire (ASACO) qui sont les seules habilitées à les créer et à les faire fonctionner. Les CSREF sont les structures publiques de première référence dont les différentes unités (chirurgie, médecine, maternité, dépôt pharmaceutique, services spécialisés) sont placées sous l'autorité d'un médecin chef de district, également en charge de la supervision des CSCOM. Le second niveau de référence est constitué par les sept établissements publics hospitaliers (EPH), principalement situés en région (dont l'HSD de Mopti). Le troisième niveau de référence est assuré par six EPH à vocation générale (hôpital du Point G, hôpital Gabriel Touré, hôpital du Mali, hôpital de Kati) ou spécialisée (Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique – IOTA –, Centre national d'odontostomatologie – CNOS).

13.4 CONTEXTE ECONOMIQUE

Le Mali est un pays à revenu faible (classement Banque mondiale), à la 175^{ème} place sur 188 pays selon l'indice de développement humain (IDH=0,442 ; IDH ASS=0,523 ; IDH PMA= 0,508¹¹⁵), en-dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne (SSA) et du groupe des pays les moins avancés (PMA). Le revenu national brut par habitant en 2016 était de 750 US\$ courant ou 2,040 US\$ PPP¹¹⁶ (moyenne pour l'ASS : 1.505 US\$ courant et 3.592 US\$ PPP – moyenne pour les pays à revenu faible : 612 US\$ courant et 1.646 US\$ PPP). Le graphique ci-dessous montre la croissance annuelle réelle du PIB (US\$ constant 2010) de 2008 à 2016 (avec la récession marquée en 2012 due à la crise politico-sécuritaire) et l'effet de l'évolution démographique sur le PIB par habitant. Le FMI¹¹⁷ prévoit une stabilisation de la croissance du PIB réel en 2017 à 5.3% et une convergence vers un taux de croissance annuel de 4.7% à moyen terme (ce qui voudrait dire **une croissance réelle de 2% par habitant**).

Figure 12 Croissance du PIB 2008-2016 (Mali)



13.5 FINANCEMENT DE LA SANTE

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des dépenses réelles de santé de 2005 à 2014¹¹⁸ (en US\$ constant 2010). L'année 2012 semble marquer un changement de tendances : reprise (timide) à la hausse des dépenses publiques, mais surtout des dépenses privées (hors paiements directs des ménages - PDM), et une aide extérieure qui a plus que doublé de 2005 (5 US\$) à 2014 (12 US\$). Les PDM ne représentent plus 'que' 46% des dépenses totales, alors que leur part représentait plus de 65% dans les années 2009-2010. On peut sans doute y voir là le début de la mise en place du système d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel (voir ci-dessous), qui transfère une partie des PDM vers les dépenses privées indirectes (cotisations à des systèmes assurantiels).

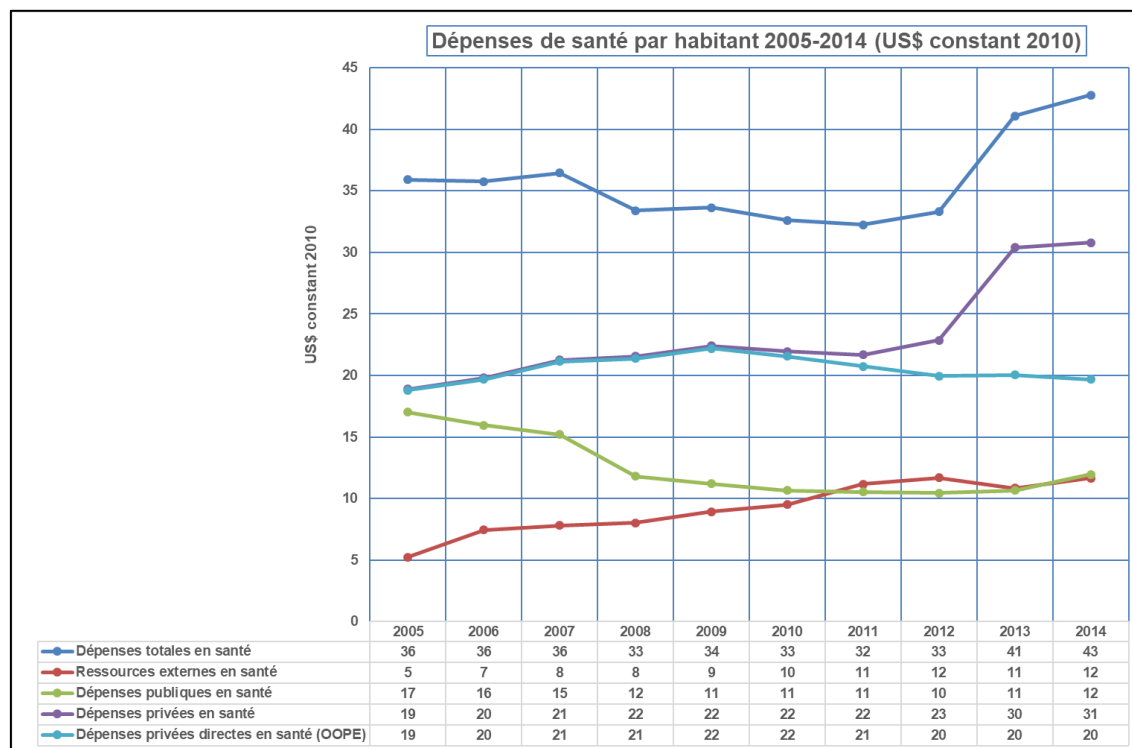
¹¹⁵ PNUD. Rapport sur le développement humain 2016.

¹¹⁶ Base de données WDI Banque mondiale consultée en octobre 2017.

¹¹⁷ FMI/Mali. Country report n°17/209. Juillet 2017.

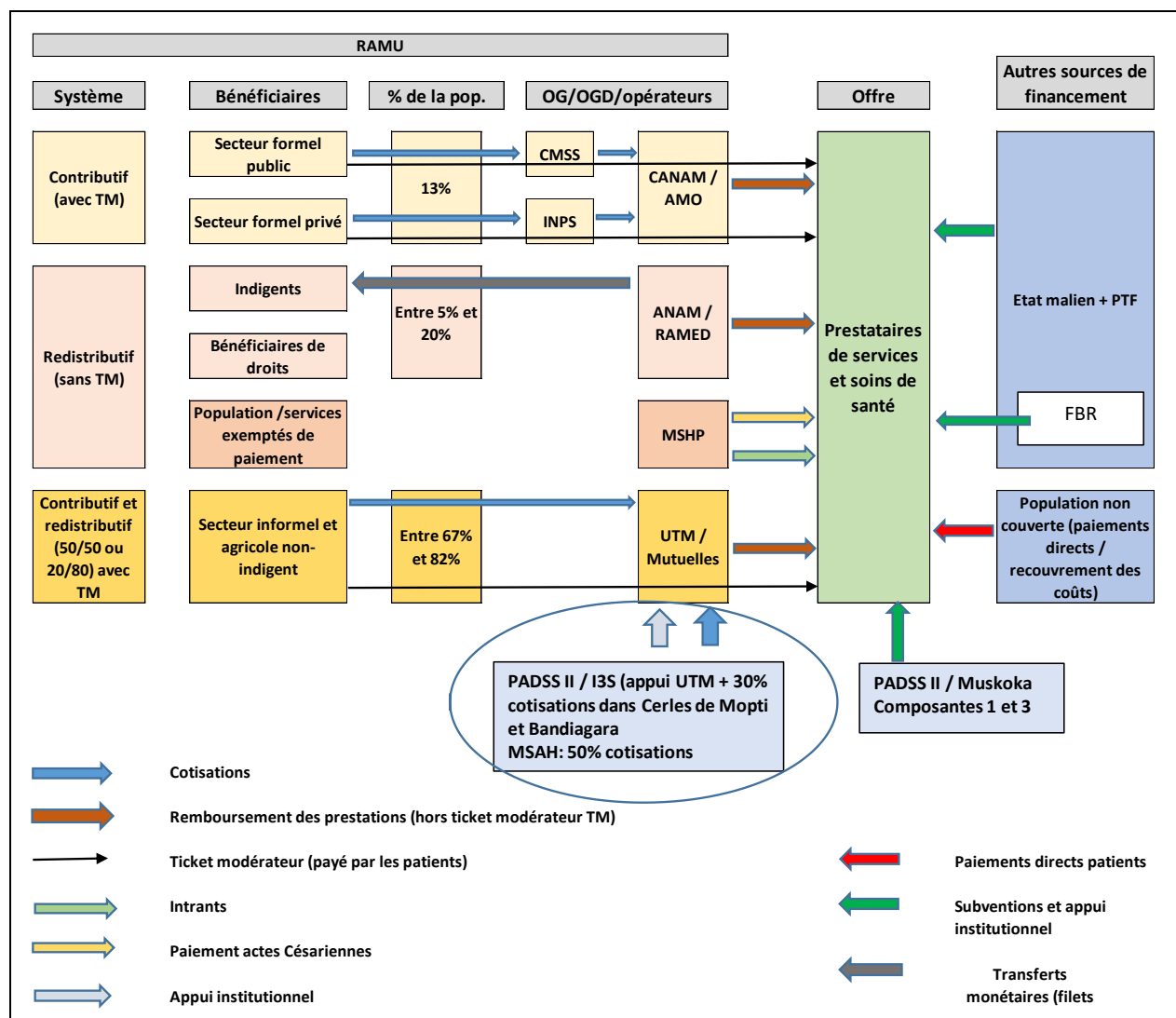
¹¹⁸ Base de données OMS sur les dépenses de santé par pays (WHO-NHA) consultée en octobre 2017) - <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators>.

Figure 13 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010) (Mali)



Le Mali s'est engagé dans l'élaboration d'une politique de financement de la santé pour la couverture maladie universelle (2014-2023). L'objectif visé à l'horizon 2023 est l'augmentation de la couverture du risque maladie pour 45 % de la population totale (100 % du secteur formel et des indigents, et 30 % du secteur informel non pauvre). Les principales orientations stratégiques sont notamment d'améliorer le niveau de financement public, avec une augmentation des dotations au secteur à 18 % du budget de l'Etat (soit 290 MFCFA en 2023), et de mettre en place un régime d'assurance maladie universelle (RAMU) à travers un organisme de gestion du risque unique, assurant le pooling des différents mécanismes, y compris les exemptions. Le Mali fait aussi le pari du système mutualiste pour couvrir la grande majorité de la population du secteur informel, en renforçant leur déploiement sur le territoire et en réduisant le coût de la cotisation pour les ménages (volonté de prise en charge de 80 % des cotisations annuelles des mutualisés contre 50 % aujourd'hui). Le document de politique de financement CMU a été validé techniquement par les trois ministères concernés (MSHP, MSAH, MPFEF) mais n'a pas encore été adopté légalement. Le système actuel de financement de la santé (avec les différents dispositifs CMU) est représenté dans la figure ci-dessous.

Figure 14 Financement de la santé et RAMU (Mali)



- L'assurance maladie obligatoire (AMO)** a été instituée par la loi n°09-015 du 26 juin 2009 et est gérée par la Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM), qui assure le pooling des cotisations collectées par deux organes de gestion déléguée (la Caisse malienne de Sécurité sociale (CMSS) pour le secteur public, et l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) pour le secteur privé¹¹⁹). Il s'agit d'un système contributif¹²⁰ avec ticket modérateur. La population cible (secteur formel) est constituée des fonctionnaires de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des parlementaires, des agents des forces armées et de sécurité ; les personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé ; les titulaires de pension des secteurs public et privé, les titulaires de pension de retraite de parlementaire, les titulaires de pension de retraite militaire; les employeurs des secteurs public et privé; les organismes publics servant des pensions. **Ces catégories d'assujettis et leur ayant droits représenteraient 13% de la population malienne, soit près de 2.5 millions de personnes en 2017. A ce jour 1.166. 901 personnes sont enrôlées (assujettis et ayants droit), et le budget 2017 de la CANAM représente 53 milliards CFA (cotisations et subventions).** La CANAM a signé des

¹¹⁹ Ces deux institutions gèrent avant tout les régimes de retraites.

¹²⁰ Taux de cotisation : Etat employeur - 4,48%; Employeur privé - 3,5%; Fonctionnaires et travailleurs salariés - 3,06%; Retraités et veuves - 0,75%; Assurés volontaires - 6,56%. Le niveau de prise en charge est de 80% des frais de soins pour l'hospitalisation et 70% des frais de soins pour l'ambulatoire.

conventions avec 1.729 structures sanitaires. Les **rapports annuels de la CANAM/AMO sont soit inexistant, soit non disponibles.**

- Le régime d'assistance médicale (RAMED)** pour les indigents¹²¹ (selon les sources, les indigents représenteraient entre 5% et 20% de la population, soit entre 1 et 4 millions de personnes en 2017), a été institué en 2009 et est géré par l'Agence nationale d'assistance médicale (ANAM). Les ressources pour financer ce régime viennent de l'Etat (85%) et des collectivités territoriales (15%). **L'ANAM tient un registre des personnes indigentes : 200,000 immatriculations à ce jour** (soit entre 5% et 20% de la cible suivant le dénominateur choisi). Le RAMED assure le paiement de 100% des prestations de soins pour les personnes immatriculées. Le panier de soins couverts est identique à celui de l'AMO. Les certificats d'indigence sont octroyés par les Communes, mais les ASACO et les Services sociaux (MSAH) des Cercles sont impliqués dans l'identification des personnes et dans le processus de vérification. Le Directeur de l'ANAM a indiqué que les remboursements aux prestataires de soins n'accusent plus de retard. **Pour le premier semestre 2017, 8.804 prestations ont été remboursées pour un montant de 213 millions CFA.** Tous les ménages bénéficiant des « filets sociaux¹²² » (appui Banque mondiale) ne sont pas automatiquement couverts par l'ANAM (le registre de l'ANAM est donc un sous-ensemble du registre « filets sociaux »). Les rapports annuels de l'ANAM /RAMED sont soit inexistant, soit non disponibles.
- Les exemptions de paiement.** Le MSHP a institué des exemptions de paiement liées à des services (paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et pour les femmes enceintes, ARV, césarienne, vaccination, tuberculose et lèpre, prise en charge des malnutris, « femmes cancéreuses ») et liées à des personnes (élèves, personnes âgées, etc.) mais dont l'application ne fait pas l'objet d'évaluation. La compensation pour les prestataires de soins se fait principalement sous forme d'intrants (pré-positionnement de médicaments, vaccins, kits, etc.) plus un paiement à l'acte pour les césariennes. Il n'y a pas de rapport annuel sur les exemptions de paiement (nombre de personnes qui en ont bénéficié, nombre d'interventions, etc.). **On dispose seulement des taux d'exécution budgétaire pour les exemptions qui font l'objet d'une ligne budgétaire spécifique. Budget/engagement 2016 : 261 millions CFA pour « femmes cancéreuses » (100% engagés) ; 3.35 milliards CFA pour les intrants paludisme et autres (3 milliards CFA engagés) ; 1 milliard CFA pour les césariennes (100% engagés) ; 3.5 milliards pour les vaccins et le fonctionnement du PEV (100% engagés).** Le PRODESS 2014-2018 note que « *la cohabitation de dispositifs multiples de gratuité et d'exemption avec ceux de l'AMO, du RAMED et de la Mutualité pose des problèmes d'efficacité et d'efficience économique de l'accès aux soins des populations* ».
- Le système mutualiste.** C'est l'option prise par le Mali pour la couverture santé du secteur informel. L'Union technique de la mutualité malienne (UTM), créée en 1998, est la structure faîtière et d'appui des mutuelles de santé. Son rapport **2016 montre qu'il existe 107 mutuelles fonctionnelles au Mali, dont 91 sont membres de l'UTM et 46 sont à jour de cotisations.** Concernant l'AMV (assurance maladie volontaire) qui est le produit phare de l'UTM, on dénombrait, en 2016, **79.443 bénéficiaires** (23.849 adhérents) (0.6% de la population cible), pour un montant de cotisations encaissées de 107.5 millions CFA (sur 205.4 millions CFA de cotisations attendues) et **69.8 millions de prestations payées** (dont 50% au niveau des CSCOM). L'Etat s'est engagé à cofinancer 50% des cotisations et affiche une volonté d'augmenter le cofinancement jusqu'à 80% des cotisations.
- A ces différents régimes s'ajoutent évidemment les **subventions classiques de l'Etat/MSHP et des PTF** au système de santé (qui doivent aussi être considérées comme faisant partie de la CSU). **Un projet pilote FBR a été mis en place dans le Cercle de Diola. La Banque mondiale instruit un nouveau projet FBR dans 5 régions du Mali (dont Mopti).**
- Enfin, le **paiement direct aux points de services publics et privés** des patients qui ne sont couverts par aucun régime reste la dépense de santé prépondérante au Mali.

¹²¹ Il y a en fait deux catégories de bénéficiaires : (1) les bénéficiaires de droit (pensionnaires des établissements de bienfaisance, des orphelinats, des établissements de rééducation, des établissements hébergeant les enfants abandonnés et d'adultes sans famille fixe ; les pensionnaires des établissements pénitentiaires ; les personnes sans domicile fixe), et les indigents proprement dits identifiés par les procédures de l'ANAM.

¹²² Transferts monétaires : bourse sociale de 30,000 CFA par trimestre, avec conditionnalités.

17 LE PROJET PADSS II MOPTI

À la suite des missions de pré-identification d'octobre 2013 et de faisabilité¹²³ (mai-juin 2014), la convention de financement du PADSS II Mopti (appui à la phase II du Programme de développement sanitaire et social de la région a pas de Mopti) (CML 1311) a été signée le 17 février 2015. L'objectif général du PADSS Mopti II est d'améliorer la santé maternelle et infantile dans la région de Mopti. Les composantes du PADSS II sont de :

1. Renforcer la disponibilité et la qualité de l'offre de soins, en particulier au niveau des CSCOM et de l'hôpital régional de Mopti (hôpital Sominé Dolo – HSD).
2. Améliorer l'accessibilité financière aux soins, en étendant la couverture du risque maladie (CRM) pour le secteur informel à travers le développement des mutuelles.
3. Renforcer les capacités des ministères impliqués (MSHP, MSAH, MPFFE) aux niveaux central et déconcentré, dans leurs missions de planification et de supervision.

La deuxième composante et une partie de la troisième composante sont sous financement I3S (5 millions €). Les autres composantes/volets du PADSS II sont sur financement Muskoka (8 millions €). L'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOV), contractée en septembre 2017 dans le cadre de la composante 3, appuie l'ensemble des composantes.

Les premiers versements ont eu lieu en janvier 2016 : 750,000 EUR pour les composantes 1 et 2 (312,165 EUR pour la composante 1 (MSHP) et 437,835 EUR pour la composante 2 (UTM) ; 250.000 EUR pour le volet HSD (Expertise France).

14.1 COMPOSANTE 2 ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS DE SANTE

Concernant la composante « accessibilité aux soins », l'étude de faisabilité de 2014¹²⁴ avait proposé une gratuité ciblée sur des groupes de population vulnérable (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans et éventuellement clientes de la planification familiale), et deux options pour financer cette gratuité : (1) la mise en place d'une agence d'achat de prestations chargée de rembourser pour le compte de l'Etat aux ASACO les frais liés à la dispensation des soins rendus gratuits pour les populations cibles (système de type 'Financement basé sur les résultats') ; ou (2) un appui à l'initiative mutualiste¹²⁵, couplé à la subvention des cotisations pour les populations cibles (le subventionnement des soins ne pouvant se faire que pour des bénéficiaires enregistrés comme mutualistes en présupposant l'intégration systématique et gratuite des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dans le groupe des mutualistes¹²⁶). C'est finalement la deuxième option qui a été retenue, mais sans ciblage de groupes vulnérables : prise en charge « universelle » de 80% des cotisations des affiliés aux mutuelles. Il s'agit donc d'un système mixte : contributif à 20% et redistributif à 80%.

La composante 2 du PADSS II inclut donc l'appui au système mutualiste dans les Cercles de Mopti et Bandiagara, le cofinancement avec l'Etat malien du panier de soins uniques proposé par les mutuelles (80% des cotisations cofinancés par le PADSS II (30%) et le MSAH/DNPSES¹²⁷ (50%) dans ces deux mêmes Cercles, et un appui technique pour accompagner la réforme du financement de la santé et l'extension de la CMU dans la région de Mopti. Il est prévu que l'Etat malien reprenne le subventionnement des 80% des cotisations à sa charge à la fin du projet.

L'UTM en collaboration avec la DNPSES a réalisé une étude socio-économique dans la région de Mopti en mai 2016. L'étude avait pour objectif d'évaluer la connaissance et l'appréciation par la population des programmes de

¹²³ AEDES. Etude de faisabilité du projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile au Mali. Août 2014.

¹²⁴ Le PADSS (qui s'est terminé en 2014) avait déjà dans ses objectifs spécifiques de réduire les barrières culturelles et financières dans l'accès aux soins (OS2) dans la région de Mopti. L'évaluation finale du PADSS (CREDES. Evaluation rétrospective du PADSS. 2014) notait que « le processus de création et de revitalisation des mutuelles pour accroître la demande des services de santé n'a pas été conduit à son terme ». Des études de faisabilité économique et sociale avaient déjà été faites dans plusieurs sites.

¹²⁵ L'étude de faisabilité avait noté : « Toutefois, il serait naïf de notre part d'évincer les faiblesses intrinsèques aux mutuelles de santé. Faiblesses liées principalement au caractère volontaire de l'adhésion. Soulignons en effet que malgré les efforts fournis jusqu'à présent, au moins dans la région de Mopti, les expériences mutualistes ont toutes échoué. ». p. 61.

¹²⁶ L'étude ajoute : « Il faut effectivement que les populations cibles soient enregistrées pour que la mutuelle, à la manière d'une agence fiduciaire classique, puisse rembourser les ASACO pour les soins dispensés à ces populations cibles. ».

¹²⁷ Direction nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire.

couverture maladie afin de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé. L'étude a porté sur l'ensemble des 36 communes des deux cercles d'intervention, avec un échantillon de 807 ménages (78% d'hommes parmi les personnes enquêtées). L'étude révèle que la région de Mopti, en fin 2014, comptait 19 mutuelles agréées avec 925 adhérents pour 2.753 bénéficiaires à jour de leurs cotisations, dont 6 dans le Cercle de Mopti et 3 dans le Cercle de Bandiagara. L'étude conclut de manière positive : « *La subvention de l'Etat et de l'AFD ajouté au dynamisme de la vie associative et à la disponibilité des revenus sont des conditions favorables à la réussite des futures mutuelles dont le processus de mise en place est en cours* ».

L'UTM tire les leçons de la phase pilote de la Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé (SNEM) et, grâce au PADSS II, est en mesure de tester la modification de certains axes de cette stratégie :

- Mise en place de mutuelles de Cercle suivie de la création de sections dans chacune des communes des deux cercles. Les activités d'enrôlement, de prise en charge et de sensibilisation seront faites dans les communes jusqu'à ce qu'elles atteignent un certain niveau de bénéficiaires pour assurer leur viabilité. Chaque section viable sera accompagnée dans les démarches de reconnaissance officielle (à savoir la création de la mutuelle communale avec son agrément).
- Le circuit de financement permet de collecter aussi bien la contribution de l'Etat, du PADSS II et des bénéficiaires sur la base d'un rapport trimestriel qui sera produit par l'UTM et qui sera la base de calcul des subventions pour le trimestre suivant.
- En termes de contrôle des prestations, un service de Médecin-conseil sera déployé dans chacun des deux Cercles afin de contrôler la qualité des prestations et d'accompagner le système en place en termes de gestion du risque.

Une « *Convention¹²⁸ de partenariat pour le développement de l'assurance maladie mutualiste contribuant à la couverture maladie universelle dans le cadre du PADSS II* » a été signée entre le MSAH et l'UTM, convention par laquelle le MSAH confie à l'UTM la mission d'opérateur de développement de l'assurance maladie mutualiste (ODAMM) et précise les modalités d'exercice de la mission de service public confiée à l'ODAMM : (1) concevoir un produit d'assurance maladie mutualiste conforme aux orientations de la CMU définie par le MSAH et défini en référence au produit « Assurance maladie volontaire - AMV public- » déjà proposé par l'UTM ; (2) diffuser le produits dans les deux Cercles de Mopti ciblés par le PADSS II. De manière corollaire, un contrat d'objectifs et de moyens (COM) a été signé entre le MSAH et l'UTM le 17 mars 2017. Ce contrat précise notamment la garantie de l'assurance maladie mutualiste (prestations assurées et tickets modérateurs : 30% pour les soins ambulatoires, 20% pour les soins hospitaliers, 0% (couverture de 100%) pour les urgences néonatales et obstétricales, y compris les césariennes). Le contrat précise également les actes remboursables par niveau du système de santé (CSCOM, CSREF, HSD) et les médicaments couverts (médicaments essentiels de la liste nationale, les antipaludéens disponibles en spécialités et les produits nécessaires pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales). Il est à noter que (1) les consultations postnatales ne sont pas identifiées en tant que telles au niveau des CSCOM et (2) la surveillance préventive des enfants n'est mentionnée qu'au niveau CSREF.

La cotisation technique annuelle par bénéficiaire a été estimée à 7.200 CFA, avec une charge de gestion de 20 %, ce qui donne une cotisation totale individuelle de 8.650 CFA par personne par an. Le MSAH/DNPSES et le PADSS II (I3S) subventionnent respectivement 50% et 30% de la cotisation. A ce jour, la DNPSES a versé sur le compte spécial de l'UTM une subvention trimestrielle de 41 millions de CFA (Trimestres 1, 3 et 4 de 2016 ; trimestres 1 et 2 de 2017) et une subvention de 24,6 millions CFA pour le deuxième trimestre 2016.

Le tableau suivant montre le budget de la composante 2 du PADSS : appui à l'UTM (investissement, fonctionnement, personnel), appui à la création des mutuelles, et cofinancement des cotisations (30% sur PADSS II).

C'est donc un montant de 3.34 millions EUR (sur un budget I3S de 5 millions €) qui financera directement 30% des cotisations des affiliés aux mutuelles (pour autant que les taux de pénétration soient conformes aux prévisions – voir ci-dessous). Un premier virement de 437.853 EUR a été effectué en janvier 2016 en faveur de l'UTM pour l'appui à ses activités (hors cofinancement des cotisations).

¹²⁸ Convention signée mais non datée.

Tableau 8 Budget Composante 2 du PADSS II

Budget composante 2 PADSS II		Total	Financement PADSS II		Financement UTM
		€	€	%	€
UTM	Charges de fonctionnement	395.564	395.564	8%	
	Personnel de déploiement	796.460	589.054	12%	207.406
	Investissement	256.733	256.733	5%	
Mutuelles	Création des mutuelles de Cercle et mise en place des Sections communales, formation, appui, et suivi/évaluation	404.999	404.999	8%	
Cotisations adhérents	Cofinancement des cotisations (sur PADSS II)	3.344.279	3.344.279	67%	
Total		5.198.034	4.990.628	100%	207.406

Le tableau suivant montre les projections annuelles en termes de nombre d'affiliés et de financement des cotisations par source.

Tableau 9 Projection du nombre de bénéficiaires et des cotisations Associées

Cotisation/bénéficiaire/an : 8.650 CFA - 13,19 €						
Année	Affiliés	% population	Cofinancement Mali EUR (50%)	Cofinancement PADSS II EUR (30%)	Cofinancement affiliés EUR (20%)	TOTAL
2017	73.161	9%	482.350	289.410	192.940	964.699
2018	162.579	20%	1.071.881	643.129	428.753	2.143.763
2019	243.869	30%	1.607.825	964.695	643.130	3.215.651
2020	365.804	45%	2.411.741	1.447.045	964.697	4.823.483
Total			5.573.798	3.344.279	2.229.519	11.147.595

A la date de l'évaluation (octobre 2017), une mutuelle de Cercle (avec médecin-conseil) avait été créée dans chacun des deux Cercles ciblés et 10 sections communales (avec animateurs gestionnaires) avaient été mises en place. D'avril à septembre 2017, et pour les deux Cercles, l'UTM a enregistré 1.591 nouveaux adhérents (8.023 bénéficiaires - moins d'un pourcent de la population-, soit 52.896 EUR à charge de l'Etat et 31.737 EUR à charge du PADSS II). Il est encore trop tôt pour parler de l'utilisation des services de santé par ces nouveaux bénéficiaires.

Les procédures de la CANAM sont utilisées pour la liquidation des factures. L'UTM déplore le manque d'appui de l'Etat : pas de lancement officiel de l'initiative, pas de communication, et un Gouverneur de Région pas encore au courant de l'initiative (ceci expliquant sans doute cela).

14.2 COMPOSANTE 1 : DISPONIBILITE ET QUALITE DE L'OFFRE

14.2.1 CSCOM ET CSREF

Il s'agit d'une contribution à la mise en œuvre du programme opérationnel¹²⁹ (PO) annuel de la région de Mopti, avec un ciblage particulier sur les CSCOM dans les Cercles de Bandiagara et Mopti : infrastructures et équipement (mise à niveau des CSCOM), formation, et accompagnement du processus d'accréditation. Une étude générale a été suivie d'un diagnostic approfondi réalisé par Santé Sud sur 14 CSCOM, qui devrait permettre le démarrage de leur mise à niveau.

¹²⁹ Le Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS (CROCEP-Mopti) soumet une demande d'avis de non-objection à l'AFD pour imputer le financement de certaines activités du PO sur le PADSS II. Les investissements financés par le PADSS II seront ciblés en priorité sur le niveau CSCOM et dans les Cercles où sera menée l'expérience d'extension de la CMU via le système mutualiste.

14.2.2 HOPITAL SOMINE DOLO (HSD)

Dans le cadre du PADSS II, Expertise France (EF) a signé en juillet 2016 une convention de partenariat avec le MSHP pour le renforcement de l'HSD de Mopti (montant : 1.000.319 EUR) :

- Mise en place des partenariats hospitaliers entre l'HSD et les hôpitaux de France.
- Mise en place d'une unité de prise en charge de la drépanocytose et d'une unité de transfusion sanguine, et accompagner le démarrage de ces nouveaux services et leur intégration dans le fonctionnement de l'hôpital (avec partenariat technique entre l'HSD, le Centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose (CRLD) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).
- Renforcement des capacités des équipes de l'HSD (formation, matériels et équipements)
- Rapports techniques et financiers semestriels pour le MSHP.

Un comité de suivi spécifique est mis sur pied pour ce volet EF. Le point focal pour EF est le Conseiller technique « Etablissements hospitaliers » du MSHP.

Une première avance de 250.000 EUR a été versée à EF. L'APHP accompagne l'hôpital sur le volet santé mère-enfant (première mission prévue en novembre 2017 pour la formation en gynéco-obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré (et non à Mopti pour des raisons de sécurité). EF prévoit que l'enveloppe pour les deux nouvelles unités de prise en charge – drépanocytose et transfusion sanguine - ne sera pas suffisante et une étude a montré le besoin d'avoir une banque de sang indépendante de l'hôpital (pour l'ensemble de la région de Mopti). Le Projet d'établissement de l'HSD est au point mort.

14.3 COMPOSANTE 3 : RENFORCEMENT DES CAPACITES DU MSHP ET DU MSAH

Cette composante comprend une Assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOV), le renforcement de l'encadrement des services déconcentrés, et un volet « capitalisation ».

C'est le bureau AEDES (en consortium avec Santé Sud) qui a été recruté comme AMOV en 2017 et l'assistance technique est en place et opérationnelle depuis septembre 2017¹³⁰. Outre l'assistance technique long terme au niveau central (MSHP/SG) et au niveau régional (DRS/DRDSES/DRPFEF de Mopti), il est prévu une expertise perlée (pilotage sanitaire, mutuelles, genre, accréditation, etc.). Les missions de l'AMOV sont de (1) renforcer les directions régionales en matière de planification, de programmation et de supervision, (2) accompagner la réflexion sur l'organisation de la carte sanitaire dans la région de Mopti, (3) accompagner le lancement du processus d'accréditation, notamment l'élaboration en amont des grilles d'évaluation des centres de santé, la réalisation de l'état des lieux puis le traitement et de l'analyse des données, (4) accompagner l'extension de la CMU dans la région de Mopti et au niveau central dans le cadre de la conduite de la réforme du financement de la santé, (5) accompagner la coordination globale du programme, notamment l'élaboration d'un plan de suivi global du programme, des rapports d'activités et des plans d'actions techniques et financiers, et l'organisation des comités de pilotage. L'AMOV vient donc également en appui à la composante 2 du projet (I3S).

18 EVALUATION DE LA COMPOSANTE 2 DU PADSS II MOPTI

15.1 PERTINENCE ET COHERENCE INTERNE

Le financement I3S, dans son appui au système mutualiste et son cofinancement des cotisations des adhérents aux mutuelles dans les Cercles de Mopti et Bandiagara, ne cible pas des catégories particulières de population à l'intérieur du secteur informel non indigent (par exemple des groupes vulnérables comme les enfants et les femmes¹³¹). Mais la politique de CSU du Mali ne prévoit ce genre de ciblage pour aucun de ses régimes, sauf dans le système de gratuité pour les césariennes et pour le traitement du paludisme pour les enfants (avec compensation par les intrants pour les formations sanitaires). L'I3S ne peut donc pas être à la fois pertinente vis-à-vis de son

¹³⁰ Le contrat entre AEDES et le MSHP, d'un montant de 1,203 milliard CFA et d'une durée de 4 ans, a été signé en septembre 2017.

¹³¹ Comme le Mali est classé avant dernier (sur 157 pays) selon l'indice d'inégalité de genre (Rapport PNUD 2016), nous incluons l'ensemble des femmes, et non seulement les femmes enceintes, dans les groupes vulnérables.

objectif initial (les enfants) et cohérente avec la politique malienne. L'option proposée par l'étude de faisabilité du PADSS II d'instaurer une gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à travers le système mutualiste (financement de 100% des cotisations pour ces groupes et exemption des tickets modérateurs) n'a pas été retenue par le Mali. Il faudra attendre les premières statistiques de l'UTM sur les profils des nouveaux adhérents aux mutuelles de santé des deux Cercles (distributions par âge et par sexe, et utilisation des services de santé selon ces mêmes catégories) pour connaître le pourcentage que représentent ces groupes dans le total des affiliés, et les bénéfices qu'ils retirent de leur adhésion.

On peut considérer cette situation comme une opportunité manquée en termes d'équité et de viabilité financière :

- **Equité** : le secteur informel non indigent n'est pas homogène en termes socio-économiques (on y retrouve probablement tous les quintiles socio-économiques), mais il est sans doute plus homogène en termes de faible contribution à l'impôt (donc à la solidarité nationale). Le cofinancement de 80% des cotisations (sur budget de l'Etat) va donc bénéficier à une frange de la population (1) qui n'a pas objectivement besoin de cette aide et (2) qui ne contribue pas nécessairement à l'impôt en proportions de ses revenus réels. On admet cependant que toute stratégie de ciblage a un coût.
- **Viabilité** : l'objectif à terme de cofinancer 80% des cotisations des mutualistes (sur budget de l'Etat) va représenter, dans la situation où tout le secteur informel non pauvre adhère aux mutuelles de santé (soit plus ou moins 75% de la population), un montant annuel de 98.6 milliards CFA¹³² (150 millions EUR). En comparaison, le ciblage des enfants¹³³ (prise en charge de 100% des cotisations) représenterait un montant annuel de 16.8 milliards CFA (25.6 millions EUR) (sur base également de 100% d'adhésion du groupe ciblé¹³⁴), et aurait aussi permis un transfert¹³⁵ du système d'exemptions de paiements pour les enfants (paludisme) vers le système mutualiste (ce qui implique aussi un transfert de budget entre le MSHP et le MSAH). On pourrait objecter que le problème d'équité subsiste : le financement à 100% des cotisations bénéficierait également aux enfants (de) « pauvres » comme aux enfants (de) « riches » : mais les enfants (et les femmes enceintes) constituent un groupe vulnérable en soi, quel que soit le quintile socio-économique auquel ils appartiennent.

L'Etat malien donne l'impression d'une volonté (politique) d'afficher un pourcentage croissant de population (générale) couverte¹³⁶, au détriment (1) d'un focus sur des groupes spécifiques (mix population/soins) qui conduirait à un plus grand impact (en rapport avec la charge de morbidité/mortalité) et (2) d'une utilisation plus effective des services de santé. Une stratégie CSU n'exclut (1) ni des méthodes de ciblage (groupes de population et charge de morbidité), (2) ni des méthodes de renforcement de l'offre en matière de santé (via des systèmes d'accréditation et de contrôle de qualité effectués par les opérateurs représentant la demande (mutuelles ou autres) qui peuvent avoir plus de poids et d'autorité que les patients pris individuellement).

Vu les contraintes en termes d'espace fiscal, il est à craindre que l'Etat mise sur un développement lent du système des mutuelles (une adhésion massive serait intenable pour les finances publiques). En termes strictement budgétaires et vu son engagement à couvrir 80% des cotisations aux mutuelles, l'Etat n'a pas intérêt à voir le système mutualiste se développer rapidement.

En revanche, le couplage des financements I3S et Muskoka au sein d'un même appui (PADSS II dans son ensemble) est très cohérent : renforcement de l'offre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (HSD, CSREF, CSCOM), appui au système mutualiste, et cofinancement direct d'une partie des cotisations aux mutuelles pour faire effet levier sur le taux d'adhésion. Cette conjonction d'efforts ciblée principalement sur deux districts d'une même région permettra d'en faire une zone d'expérimentation et de démonstration des avantages potentiels d'une approche globale (offre et demande). Le PADSS II (et sa composante I3S) peut devenir le terrain privilégié pour la recherche menée par l'IRD.

¹³² Pour mémoire, le CDMT 2014-2018 du PRODESS mentionne un montant de 165.6 milliards CFA en 2017 sur ressources propres de l'Etat.

¹³³ Les enfants de moins de cinq ans représentent 17% de la population malienne.

¹³⁴ Mais dans le cas d'un financement de 100% des cotisations, l'adhésion se réduit à un effort d'immatriculation.

¹³⁵ Cette problématique de transferts ou « passerelles » entre régimes reste une préoccupation pour la mise en place du RAMU.

¹³⁶ Le cadre commun des indicateurs PDDSS / PRODESS-III relatifs à l'accessibilité sont : la part du budget de la santé (secteur socio-sanitaire) dans le budget national ; taux de couverture des populations en mutuelles de santé ; taux de couverture de l'AMO ; taux de couverture du RAMED ; pourcentage de financement alloué aux zones les plus pauvres.

Le retard accusé dans le démarrage effectif du PADSS II a donné une certaine avance à la composante 2 (demande) sur les autres composantes (offre) : la qualité de l'offre de base (en matière de soins de santé) ne peut donc pas encore constituer un « argument de vente » pour les mutuelles. La mise en place récente de l'Assistance à maîtrise d'ouvrage devrait permettre d'accélérer le processus de renforcement de l'offre de soins.

Questions évaluatives.

Dans quelle mesure le contenu et l'ancrage institutionnel des projets sont-ils pertinents par rapports aux stratégies, aux politiques, aux besoins et aux dispositifs nationaux ?

Le PDDSS (2014-2023) et sa déclinaison quinquennale, le PRODESS III (2014-2018), servent de référence pour le gouvernement du Mali et pour les PTF qui alignent leur appui sur les programmations nationales et régionales/districts, et utilisent son cadre de suivi-évaluation. Le PADSS II ne fait pas exception : il s'agit bien principalement d'une aide programmatique qui vise particulièrement les objectifs stratégiques 1 (*Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile*) et 9 (*Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces*) du PDDSS. Le dispositif du PADSS II ne contrevient pas aux dispositifs nationaux : planification stratégique, planification annuelle ascendante (plans opérationnels – PO), comité technique, mission conjointe de suivi, comité de suivi, CROCEP, conseils de gestion de district.

L'ancrage principal du PADSS II se situe au niveau du MSHP¹³⁷. L'UTM est l'opérateur de la composante « mutuelle » et a signé, dans le cadre du PADSS II, une convention de partenariat pour le développement de l'assurance maladie mutualiste et un contrat d'objectifs et de moyens avec le MSAH (voir ci-dessus). Il n'y a à notre connaissance aucune autre institution au Mali qui aurait pu jouer ce rôle.

Comment chaque pays a-t-il été amené à prioriser un dispositif de financement de la santé plutôt qu'un autre pour le projet I3S ? Dans quelle mesure l'initiative globale a-t-elle influencé l'aide à la décision en faveur d'un dispositif plutôt qu'un autre, et ce afin de répondre au problème posé (accès aux soins)?

Le choix était restreint : emprunter le canal de l'exemption de paiement pour les enfants (limitée, et compensée par des intrants « paludisme ») du MSHP, ou emprunter les systèmes contributifs (AMO et mutuelles), ou abonder au RAMED (MSAH).

- Il n'y a pas, à notre connaissance, d'évaluation des systèmes d'exemption de paiement, mais les documents disponibles et les entretiens avec les personnes ressources questionnent l'efficacité (et l'efficacités) de ces systèmes. De plus, ces systèmes impliquent des redondances : qui rembourse la césarienne effectuée sur la femme d'un fonctionnaire ou d'un salarié du secteur privé ? La CANAM ou le MSHP ? Qui rembourse la césarienne effectuée sur une femme indigente (immatriculée au registre des indigents) ? L'ANAM (donc le MSAH) ou le MSHP ? **Les systèmes d'exemption de paiement, peu efficaces, sont davantage considérés comme des interférences dans la mécanique globale du RAMU qui veut se mettre en place.**
- Appuyer l'AMO (via la CANAM), et donc viser une population déjà privilégiée (et principalement urbaine¹³⁸), aurait été contraire à l'esprit de l'I3S (l'APD en santé vise normalement la population pauvre). L'organisation de l'ANAM (RAMED) au moment de l'instruction du projet ne se prêtait pas à un appui extérieur qui, de toute façon, aurait eu un aspect plus humanitaire que de développement.
- Comme l'Etat malien (et l'AFD ?) n'était pas en faveur de la mise en place ex nihilo d'un système de financement basé sur les résultats à Mopti (qui aurait pu compenser la gratuité pour les enfants et les

¹³⁷ Avec des points focaux au niveau de la CPS/SS-DS-PF, de la DNS et de la DFM du MSHP, et de la DNPSES du MSAH.

¹³⁸ Nous ne connaissons pas le nombre de personnes couvertes par l'AMO dans les Cercles de Mopti et Bandiagara, mais on peut raisonnablement supposer que ce n'est pas la population majoritaire.

femmes enceintes (ou en âge de procréer) par un système de subventions additionnelles aux formations sanitaires sur base des quantités produites (indicateurs ciblant la SMI) et de la qualité de cette production), il ne restait donc que le système mutualiste qui fait partie intégrante de la politique CSU du gouvernement malien.

L'I3S n'a donc pas influencé l'aide à la décision en faveur d'un dispositif, elle s'est alignée sur les politiques et stratégies nationales en empruntant le seul canal cohérent qui permettait à la fois un appui institutionnel et un financement direct de la demande. La seule entorse à l'alignement sur la stratégie nationale mutualiste est la décision de mettre en place des mutuelles de Cercle avant de multiplier les sections/mutuelles communales (ce qui, à nos yeux, est un abandon justifié et rationnel du principe de subsidiarité qui présidait à presque tous les « projets mutuelle » classiques et qui n'a donné aucun résultat). Mais, comme déjà dit ci-dessus, ce canal ne permettra sans doute pas des décaissements rapides et n'assure pas (encore) que l'argent profitera en priorité aux enfants et aux femmes enceintes. De plus, le panier de soins couverts par l'UTM ne met pas suffisamment l'accent sur la morbidité/mortalité néonatale et sur les carences nutritionnelles.

Le ciblage géographique de certains projets (au niveau infranational) est-il pertinent (principe du ciblage, choix des zones ciblées) ?

Mopti est une des régions les plus pauvres du Mali. Tous les indicateurs MICS ou EDS sont parmi les plus mauvais dans cette région comparée aux moyennes nationales. Mopti est la région la plus au nord du Mali où il est encore possible de faire de l'aide au développement (les autres régions plus septentrionales sont sous aide humanitaire). Enfin, le PADSS II Mopti est en parfaite cohérence et continuité avec le PADSS (son précurseur qui s'est achevé en 2014) et a tiré les leçons de l'évaluation finale du PADSS notamment en ce qui concerne l'appui aux mutuelles. On aura donc deux Cercles (districts) où les trois niveaux de la pyramide sanitaire seront renforcés (qualité des services et soins de santé). C'est un contexte et un terrain idéaux pour la recherche opérationnelle que va entreprendre l'IRD.

15.2 COHERENCE

Questions évaluatives.

Dans quelle mesure les projets I3S sont-ils cohérents avec les initiatives ou les programmes portés par d'autres bailleurs de fonds ou des ONG intervenant également dans le champ du financement de la santé ?

Le plan opérationnel 2016¹³⁹ (pour les 3 secteurs : Santé/Protection sociale et Femme/famille) de la région de Mopti montre plus de 90 PTF (y compris Bailleurs, Agences des Nations unies, Fonds, ONG, et fondations diverses) pour une contribution financière allant de moins d'un euro¹⁴⁰ à 26.700 euros¹⁴¹. Pour l'objectif 9 (financement de la santé/protection sociale), il reste 33 PTF pour une contribution totale de 6.500 euros, dont 376 euros pour le résultat 9.4 « La couverture des populations par les systèmes de protection sociale a augmenté ». L'I3S est donc le seul financement substantiel de la demande (appui aux mutuelles et cofinancement des cotisations) dans la région de Mopti.

La Banque mondiale instruit un nouveau projet santé (30 millions US\$) dans 5 régions dont la région de Mopti. Ce sera un projet de financement basé sur les résultats (FBR), donc une subvention complémentaire à l'offre en matière de santé, basée sur des indicateurs de quantité et de qualité et sur un mécanisme de vérification systématique. Ceci constitue à la fois une opportunité (complémentarité avec le PADSS II) et une menace si une coordination étroite ne se met pas en place dès à présent (par exemple : présenter les mutuelles de Cercle comme organismes potentiels de vérification).

Les effets attendus des projets sont-ils cohérents avec les objectifs de l'initiative ?

Tout va dépendre du succès des mutuelles (taux de pénétration et de fidélité), du profil des adhérents et bénéficiaires (pourcentage d'enfants de moins de cinq ans et de femmes en âge de procréer), et de l'utilisation des services de santé SMI par les affiliés (soins néonataux et infantiles, CPN, accouchements dans les formations sanitaires). A ce stade, la cohérence avec les objectifs de l'I3S est plus visible (en termes de résultats attendus) au niveau des composantes 2 et 3 (Muskoka) du PADSS II (renforcement de l'offre avec un focus sur la SMI). (Voir ci-dessous le chapitre sur le cadre logique et le dispositif de suivi-évaluation).

Quels sont les résultats attendus sur la politique nationale de financement de la santé (formulation et mise en œuvre) ainsi que sur l'accès aux soins ?

La composante financée sur l'I3S devrait permettre de confirmer (ou infirmer) que l'augmentation de la couverture mutualiste du secteur informel non indigent est possible quand 80% des cotisations sont cofinancées (Etat + I3S). Ce serait la démonstration qu'un système contributif (pour le secteur informel) est envisageable à la condition que les contributions soient financées par du « redistributif » ! L'objectif de 45% de couverture dans les deux Cercles semble cependant très ambitieux. L'étude socio-économique menée par l'UTM dans les deux Cercles conclut positivement sur le potentiel d'adhésion. Mais toutes les études qui ont préparé des projets classiques « mutuelles » durant ces 20 dernières années en Afrique subsaharienne ont montré des conclusions encourageantes. Les résultats des projets qui ont suivi étaient moins encourageants.

Quel est le plan B au cas où le taux de pénétration (ajusté du taux d'abandon) des mutuelles reste bien en deçà des projections ? Peut-on se permettre une telle immobilisation de trésorerie (versements de l'Etat pour le copaiement

¹³⁹ Fichier Excel de 20.466 lignes...

¹⁴⁰ Pour le résultat 7.6 : « RS-7.6. La production locale des médicaments de qualité est renforcée ».

¹⁴¹ L'exercice de planification, avec autant de partenaires, d'objectifs et de résultats attendus (qui doivent être croisés) doit constituer un travail gigantesque. Même si ce point en fait pas l'objet de l'évaluation, on ne peut pas ne pas se poser la question de l'efficacité d'un tel processus.

de 50% des cotisations) sur le compte de l'UTM ? L'année 2020 semble un horizon raisonnable pour une évaluation externe de cette composante (efficacité, efficacité et impact) qui pourrait avoir un impact sur la reformulation de certains éléments de la politique CMU.

Dans chaque pays bénéficiant d'un financement I3S, les moyens humains, financiers, juridiques et contractuels mis en place sont-ils de nature à permettre l'atteinte des résultats attendus des projets ?

Comme précisé dans la note de cadrage, ce n'est pas au pays bénéficiaire à mettre en place des moyens pour que les projets I3S réussissent (ce serait un alignement à l'envers) : c'est plutôt aux projets à mettre en place des appuis qui contribueront à la réussite des nouvelles stratégies de financement visant à étendre la protection sociale santé. Le PADSS II appuie le renforcement des capacités de l'UTM et a permis la signature d'une convention et d'un contrat d'objectifs et de moyens entre l'UTM et le MSAH. Le rôle de l'UTM dans le processus d'accréditation des formations sanitaires qui sera appuyé par les autres composantes du PADSS II n'est pas encore clair (pas plus que le processus d'accréditation lui-même). Il s'agira aussi de préciser le rôle de l'UTM dans la mécanique FBR qui se mettra en place dans la région de Mopti (projet Banque mondiale).

L'assistant maîtrise d'ouvrage prévoit un appui perlé à la composante 2 (et au système RAMU en général). Un des enjeux sera l'exploitation adéquate des données (base de données structurée des adhérents et bénéficiaires (profils), utilisation (et coûts) des services de santé (par niveau de la pyramide sanitaire et par profil de bénéficiaires (avec contrainte de confidentialité pour cette dernière partie). Un autre enjeu sera de faire en sorte que tous les leviers favorisant les nouvelles adhésions sont actionnés (exemples : appui sur des solidarités existantes mais non tournées vers la santé, tombolas pour les adhérents, guichets spéciaux mutualistes dans les formations sanitaires, etc.), ce qui implique la nécessité d'une recherche opérationnelle sur la durée restante du projet (en plus de la recherche IRD).

Pour éviter la duplication de rapports spécifiques, l'UTM (avec le PADSS II) devrait envisager d'adopter le canevas de rapportage spécifique pour le PADSS II pour ses rapports périodiques à l'échelle nationale.

Cet enjeu d'exploitation adéquate des données (et des rapports périodiques utilisant ces données) n'est pas spécifique à l'UTM : les autres composantes du RAMU (CANAM, ANAM, Gratuités financées par le MSHP) vont également nécessiter des appuis pour la mise en place d'un système de rapports annuels (nombre et profil de personnes couvertes, utilisation et coût des services de santé par niveau et par profil des bénéficiaires). Ces rapports, à notre connaissance, sont soit inexistantes, soit indisponibles.

19 CADRE LOGIQUE ET ANALYSE DU DSE DU PADSS II MOPTI

16.1 BUT, APPROCHE METHODOLOGIQUE ET LIMITATIONS

Les TdR de l'évaluation *in itinere* demandent une analyse approfondie du DSE dans deux pays (le Mali et le Sénégal). L'objectif de cet exercice est double : d'une part formuler des recommandations pour s'assurer que les données de suivi qualitatives et quantitatives des projets I3S soient disponibles lors de l'évaluation finale, et d'autre part développer un cadre de redevabilité. Il est important de préciser que notre analyse du DSE au Mali ne se limite pas à la composante I3S, mais concerne le cadre logique complet du PADSS II Mopti.

L'analyse du DSE doit couvrir deux volets : (a) l'analyse du cadre logique et (b) l'analyse de l'efficacité et de l'efficacités des différentes composantes du DSE.

Au niveau du **premier volet**, trois étapes étaient prévues :

- i) Apprécier l'intégralité des composantes de la chaîne de résultats (*output*, effet, impact, indicateurs) et la cohérence de la logique d'intervention
- ii) Répondre aux six questions incluses dans les termes de référence de l'évaluation.
- iii) Analyser l'alignement et la cohérence stratégique du cadre logique avec les cadres de suivi des plans nationaux de développement socio-sanitaires du Mali.

Dans le cadre du **deuxième volet**, il a été planifié d'analyser toutes les autres composantes du DSE : le cadre de performance, le circuit de communication, les canevas de rapport, la planification des activités du suivi/ évaluation et leur budget, et l'intégralité et la qualité des données et des informations fournies dans les rapports de l'I3S.

En raison du retard considérable du recrutement de l'Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage (AMOV) du PADSS II, toutes les composantes ont accumulé des retards significatifs. Par conséquent, nous n'avons pas pu réaliser les deux volets tels que planifiés, mais avons dû ajuster notre approche aux circonstances suivantes :

- Notre mission à Bamako coïncidait avec l'arrivée des assistants techniques (AT) du bureau AEDES (AMOV) qui venaient juste de commencer leurs activités. Leur liste de priorités incluait la révision du cadre logique qui n'a pas été mis à jour depuis sa conception initiale. Afin d'éviter une duplication entre notre travail et celui de l'AMOV, nous avons tenu une séance de concertation avec les AT (Hubert Balique et Bah Alti Tamboura). Au cours de cette séance, nous avons présenté une théorie du changement (TdC) pour le PADSS II qui a été acceptée. Il a été également retenu que nous allions préparer, dans un délai de 3 jours, une nouvelle version du cadre logique en nous référant à la TdC afin qu'une nouvelle version du cadre logique puisse être soumise pour examen à l'AMOV qui avait prévu une réunion avec les acteurs de la maîtrise d'ouvrage le 26 octobre. Nous avons envoyé le nouveau cadre logique à l'AMOV le 24 octobre. En dehors d'un accusé de réception, nous n'avons pas reçu de feedback et n'avons pas été informés sur les résultats de la séance de travail avec les acteurs de mise en œuvre du programme. Le cadre logique adapté et la TdC proposés sont disponibles en annexes 3 et 4.
- Comme la composante I et III du PADSS II avaient à peine démarré et que les indicateurs des différents niveaux de résultats n'étaient pas encore finalisés, le DSE était toujours en voie de conception et il n'y avait que peu de matière à apprécier : pour la composante 1 (offre de soins) et 3 (appui institutionnel), aucun document du DSE n'a été disponible à l'exception des conventions financières, des comptes rendus des réunions et d'un rapport de suivi. Pour la composante II (accessibilité financière), nous n'avons pu analyser que le canevas de rapport utilisé par la coordination de l'UTM, deux rapports et deux documents de planifications d'activités. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer sur l'efficacité et l'efficacités du DSE, mais seulement tirer des conclusions sur la pertinence et la qualité des documents disponibles.

Pour collecter les données pour les deux volets, nous avons croisé les résultats de la revue documentaire avec les informations récoltées/ obtenues lors des entretiens avec les informateurs clés pendant la mission à Bamako. De plus, nous avons mené une séance de travail approfondie sur le volet suivi/ évaluation avec l'UTM (représentée par le coordonnateur du projet et le point focal de l'UTM à Bamako) et une deuxième avec l'AMOV portant sur la logique d'intervention du PADSS II.

16.2 ANALYSE DU CADRE LOGIQUE

Le cadre logique du PADSS II Mali¹⁴² n'a pas été mis à jour depuis sa conception. Lors de notre mission à Bamako, nous nous sommes aperçus que les acteurs de la maîtrise d'ouvrage ne le considéraient pas comme un outil de gestion du projet. Certains ne l'avaient jamais vu et d'autres attendaient l'AMOV pour entreprendre sa révision.

Notre analyse du cadre logique a montré qu'il n'est pas seulement caduc, mais également incomplet et bancal en ce qui concerne la logique d'intervention, plus précisément, la hiérarchie de la chaîne de résultats :

- Le cadre logique a un objectif général, un objectif spécifique et 15 résultats attendus. Le nombre élevé des résultats attendus indique des erreurs de conception. En d'autres termes, les différents niveaux de résultats (résultats à court terme, moyen terme et quelques extrants) ont été mélangés au même niveau : il n'y a pas de différenciation entre outputs (extrants), résultats à court et à moyen terme. De plus, les résultats à moyen terme pour les composantes I et II sont manquants ce qui constitue des lacunes dans la chaîne des résultats. Si ces erreurs de conceptions ne sont pas corrigées lors de la révision, elles auront un impact négatif sur les autres composantes du DSE qui tirent leurs informations de base du cadre logique.
- La liste des réalisations attendues du projet (*outputs*) est incomplète.
- Le résultat « *la réforme de politique de financement de la santé est conduite dans les temps par le gouvernement du Mali* » ne convient pas aux activités de la composante III : les projets de recherche et l'appui institutionnel ne justifient pas l'attribution d'un tel acquis au projet.
- Le contenu de la section des hypothèses est lacunaire. Plusieurs hypothèses critiques ont été omises dans le cadre logique initial. Il n'y a aucune hypothèse, par exemple, sur le fait que la réussite du projet nécessitera que les populations perçoivent les mutuelles comme leur meilleure option pour faciliter leur accès aux services et soins de santé (et qu'elles acceptent d'adhérer en grand nombre). L'hypothèse que les bénéficiaires feront une expérience positive de leur prise en charge dans les structures sanitaires et qu'ils renouvellent leurs cotisations annuellement a été également laissée de côté. Pourtant, ces deux hypothèses exigent un suivi rapproché : il n'y a pas d'évidence que la cible portant sur le nombre de bénéficiaires à enrôler dans les mutuelles soit réaliste et faisable. L'absence de réflexion sur ces hypothèses lors de la conception et du suivi du projet risque d'avoir des conséquences lourdes sur sa gestion et sa réussite.
- Un autre déficit du cadre logique initial est le manque de considération de la dimension genre : les indicateurs ne sont pas désagrégés par sexe (ou par d'autres critères pertinents). Il n'y a aucun résultat spécifique à court terme ou à moyen terme qui vise à lutter contre les causes profondes des inégalités de genre. Le PADSS II contribue cependant au renforcement des capacités des services sanitaires pour qu'ils puissent répondre aux besoins spécifiques des femmes. Il concourt potentiellement aussi à d'autres résultats qui impactent positivement sur l'autonomisation économique des femmes et sur leurs droits, leur participation et leur représentation dans les soins de santé.

¹⁴² Nous nous référons à la version annexée aux conventions financières

16.3 ANALYSE DU DISPOSITIF SUIVI/EVALUATION (DSE)

Pour ce volet, nous avons d'abord recherché les informations relatives aux composantes typiques d'un dispositif de suivi et évaluation :

- Le cadre de performance (ou plan de suivi/évaluation)
- Le circuit de communication
- Les canevas des rapports
- La planification des activités de suivi et évaluation et leur budget.

Nous avons commencé par une analyse de leurs contenus et de leur cohérence avec le cadre logique. Cette étape nous a permis de tirer des conclusions provisoires sur la qualité de la planification du suivi et évaluation. Des erreurs et des lacunes dans lesdits documents auront inévitablement des répercussions sur l'efficacité et l'efficience du suivi. Dans une deuxième étape, nous nous sommes penchés sur l'application du suivi à travers une analyse des rapports d'avancement du projet.

Le cadre de performance

Un cadre de performance expose typiquement les informations suivantes pour chaque indicateur : sa définition opérationnelle, la situation de référence, la cible (parfois aussi les cibles par trimestre ou par an), la source de données, la fréquence de collecte, les méthodes de collecte ainsi que la personne responsable de la collecte. Certains cadres de performance ajoutent aussi une colonne pour les hypothèses relatives à la mise en œuvre des activités du suivi et évaluation. Le PADSS II ne dispose pas encore d'un cadre de performance, ni au niveau central, ni au niveau des différentes structures de la maîtrise d'ouvrage. Quelques informations et données pour renseigner les situations de référence, les cibles, les fréquences ou les méthodes de collecte sont éparpillées dans les documents, notamment les conventions financières, les stratégies nationales, les bases de données de l'UTM et de la CPS, les documents de planification et les rapports. Les rapports de l'UTM, par exemple, contiennent des informations relatives aux cibles de certains résultats pour l'année en cours.

Comme le programme est dans sa troisième année, l'absence du cadre de performance est une faiblesse dans la gestion du projet. Le cadre de performance est non seulement critique parce qu'il fournit des informations sur les cibles et les responsabilités qui définissent à leur tour les redevabilités. Il est aussi le fondement pour la conception des canevas de rapports de suivi et évaluation. En son absence, il est impossible de vérifier le contenu et l'exactitude des informations prévues dans le canevas de rapport ou de se prononcer sur la pertinence du budget alloué au suivi.

Le circuit de communication

Le circuit de communication explique comment l'information est relayée des communautés vers les gestionnaires du programme jusqu'aux bailleurs des fonds. Un circuit de communication fait apparaître habituellement quatre types d'informations : les types de rapports fournis par le programme ou projet, la périodicité des rapports (semestriel, biannuel, annuel etc.), la position des personnes produisant les rapports et, l'élément le plus critique, les lignes de transmission des rapports (qui envoie le rapport et à qui ?). Une représentation visuelle du circuit de communication facilite la compréhension de toutes les parties prenantes sur les mécanismes de redevabilité appliqués dans un programme.

Les entretiens avec la maîtrise d'ouvrage ont indiqué que le circuit de communication a été bien planifié au niveau central. De plus, tous les acteurs interviewés avaient généralement une bonne compréhension de leur responsabilité dans la production et révision des rapports. Un comité de pilotage a été mis en place pour la supervision globale du PADSS II et pour assurer l'implication des instances gouvernementales concernées. Il est appuyé par un comité technique qui se charge de la préparation des réunions du comité de pilotage. Les rôles et responsabilités des deux comités ont été définis, mais leurs termes de référence n'ont pas été mis à notre disposition.

Quatre points focaux sont au centre du DES : un représentant de la DNS, de la DNPSES, du CPS et de la DFM. Tous les rapports préparés dans le cadre du PADSS II passent par ces points focaux avant d'être envoyés à l'AFD. La mise en place du comité de pilotage et la supervision par les points focaux gouvernementaux peuvent être mentionnés

comme bonnes pratiques – elles constituent des bonnes bases pour assurer une coordination et un suivi efficace du projet. Le circuit de communication n'a été, à notre connaissance, jamais visualisé ou décrit dans un texte.

Les canevas de rapports

Nous avons pu identifier deux canevas de rapport pour le suivi du PADSS II. Le premier a été conçu par l'UTM pour les rapports semestriels du coordonnateur du projet (composante II).¹⁴³ En l'absence du cadre de performance, nous n'avons pas pu vérifier le caractère complet de ce canevas. Son appréciation a néanmoins fait sortir les points suivants :

- L'inclusion d'une analyse des risques internes et externes (et des mesures d'atténuation utilisées) constitue une bonne pratique, surtout dans le contexte spécifique de la région de Mopti. Pour maximiser la pertinence de cette section, elle devrait aussi fournir un tableau pour apprécier le statut des hypothèses du projet et pour des propositions d'ajustements pour les hypothèses qui s'avèrent incorrectes.
- Le canevas exige la présentation des cibles et les progrès vers l'atteinte des résultats. L'effort de faire un suivi des résultats semestriellement est une bonne pratique, mais peut être coûteux pour certains indicateurs. En revanche, les cibles au niveau des activités et des outputs n'ont pas été incluses dans le canevas. Or, les cibles (ainsi que le niveau de réalisation et la justification des écarts) devraient être incluses, au moins pour les trois premiers niveaux du cadre logique (activités, outputs et résultats à court terme). En dehors d'une colonne pour expliquer les écarts dans le progrès, le rapport devrait aussi fournir un espace pour proposer des mises à jour des cibles pour le prochain rapport.

Le deuxième canevas que nous avons révisé est destiné aux rapports semestriels de la CPS. Il prévoit trois sections : l'introduction, l'état d'avancement des activités et un bilan financier. La présentation de la section sur l'état d'avancement des activités est peu pertinente : les activités sont simplement listées avec un bref commentaire sur leur progrès. Il n'y a ni aperçu global sur l'état d'avancement, ni de conclusion sur ce dernier. L'interprétation du rapport exigera donc du temps au niveau de l'AMOV et de l'AFD. La présentation de cette section sera plus accessible et utile sous forme de tableau et avec l'usage d'un système de feu tricolore qui donnerait rapidement une vue de la situation. De plus, l'état d'avancement s'arrête au niveau des activités et n'inclut pas d'information sur le progrès au niveau des outputs et des résultats. Les rapports ne permettront donc pas un suivi des effets. Aucun espace pour l'apprentissage (défis, bonne pratique et leçons apprises) n'a été prévu.

La comparaison des canevas de rapport semestriel de l'UTM et celui de la CPS montre un manque d'alignement des deux documents. Les contenus des sections utilisées par l'UTM n'ont pas été reprises dans le canevas de la CPS.

La planification des activités de suivi et évaluation et leur budget

A notre connaissance, il n'y a pas de plan détaillé de mise en œuvre au niveau central et moins encore une planification détaillée concernant le suivi et évaluation. Outre les planifications annuelles de l'UTM qui prévoient deux missions de supervision et une évaluation à mi-parcours, les seules informations sur les activités de suivi à mener peuvent être retrouvées dans les conventions financières.

Pour le secteur du développement, il est recommandé de prévoir entre 5 – 10% du budget total pour le suivi et évaluation. Ce pourcentage peut être plus élevé pour des programmes complexes, spécialement pour ceux qui sous-traitent le suivi à une institution externe¹⁴⁴. Pour le PADSS II, le budget alloué au suivi et évaluation est de 9% pour la première composante et de 10% pour la deuxième. Pour ces deux composantes, le budget de suivi et évaluation est donc situé dans une fourchette adéquate. Nous n'avons pas eu accès au budget détaillé de la composante 3.

Les rapports de suivi

En raison du démarrage tardif, il n'y avait que trois rapports d'avancement disponibles : deux ont été préparés par l'UTM et le troisième par la CPS. Les canevas ont été utilisés correctement et toutes les informations requises ont été fournies. Les défis relatifs à l'exploitation des rapports sont beaucoup plus liés à la conception des canevas qu'aux informations fournies par les rapporteurs.

¹⁴³ Les canevas pour les assistants au développement et les gestionnaires des mutuelles engagées par l'UTM étaient en cours de validation et pas encore disponibles lors de notre mission à Bamako.

¹⁴⁴ <http://www.pointk.org/resources/files/innonet-state-of-evaluation-2012.pdf>

16.4 QUESTIONS EVALUATIVES POUR LE DSE

Les objectifs spécifiques sont-ils partagés avec les maitrises d'ouvrage au niveau national et, éventuellement, décentralisé ?

A peu près la moitié des personnes interviewées a déclaré ne pas connaître le cadre logique du projet tandis que l'autre moitié en avait pris note, mais ne l'utilisaient pas, se contentant d'attendre sa révision (voir aussi section précédente). Il faut toutefois préciser que l'unanimité des acteurs au niveau central avaient une bonne compréhension de la finalité du projet même si le cadre logique n'était pas utilisé comme outil de communication ou de gestion de projet. Dans la région de Mopti, en revanche, les objectifs du projet semblent être moins bien connus par les parties prenantes étatiques : un acteur de la maîtrise ouvrage expliquait que le gouverneur de la région ignorait l'existence du projet et que le manque de connaissances des autorités sur les objectifs et le contenu du programme avait entravé le progrès des activités sur le terrain (surtout pour la composante II).

Les indicateurs proposés reflètent-ils les objectifs et les activités censées contribuer aux objectifs ?

Les indicateurs proposés reflètent partiellement les objectifs et réalisations attendues du projet :

- Au niveau des extrants et des résultats à court terme, la majorité des indicateurs est en concordance avec leur résultat respectif. Il y a cependant deux exceptions : (1) le résultat « *le réseau des mutuelles fonctionnelles se développe dans la région* » est mesuré par un seul indicateur, ce qui est insuffisant pour apprécier les différents aspects de la fonctionnalité des mutuelles (efficacité et viabilité financière, administrative, technique et institutionnelle). (2) l'indicateur du résultat « *la qualité des infrastructures et des équipements de CSCOM et CSREF de la zone ciblée est améliorée* » porte uniquement sur les normes SONUB ce qui est insuffisant pour apprécier si ce résultat a été atteint.
- Comme les résultats à moyen terme pour la composante I et II sont absents, nous constatons également un manque d'indicateurs à ce niveau.
- Au niveau de l'objectif spécifique (effets à long terme), certains indicateurs critiques existent (par exemple la couverture par les soins anténataux et postnataux comme indicateurs proxy pour les accouchements prématurés et les infections néonatales). D'autres indicateurs importants ont été cependant omis : les traitements de certaines maladies impactant significativement sur la morbi/mortalité des enfants (paludisme, diarrhée et pneumonie, carences nutritionnelles) ainsi que le taux de couverture vaccinale sont absents dans le cadre logique.

Naturellement, les erreurs de conception (voir section précédente) ont été répliquées dans la présentation des indicateurs : au niveau de l'objectif spécifique et des 15 résultats, on retrouve un mélange d'indicateurs

- D'extrant (« *nombre de personnes formées par catégorie* »),
- De résultat à court terme (« *nombre de CSCOM au normes SONUB* »)
- De résultat à moyen terme (« *taux d'utilisation des formations sanitaires* ») et
- De résultat à long terme (« *adoption d'une loi sur l'AMO* »).

Finalement, nous notons l'absence d'indicateurs qualitatifs dans le cadre logique de ce programme. L'approche de suivi et évaluation du PADSS II se limite principalement à tracer le progrès à travers des nombres et des pourcentages. Ceci permettra effectivement de suivre l'efficacité du projet. En tant qu'expérience pilote, le programme ratera toutefois l'opportunité de mesurer les perceptions, attitudes et comportements d'une manière qualitative pour explorer les raisons de réussite ou d'échec.

Les sources pour renseigner ces indicateurs sont-elles identifiées et mobilisables ?

Toutes les sources de vérifications ont été identifiées dans le cadre logique à l'exception de celle pour le dernier indicateur. Pour la plupart, les sources de vérifications sont des rapports d'activités qui constituent des sources peu objectives et efficaces.

Comme le cadre logique est actuellement en révision, beaucoup de ces sources sont en train d'être mises à jour. Pour maximiser l'efficacité, la plupart de données sur le progrès du projet devraient être, dans la mesure du possible, tirées des systèmes existants (SLIS, DESAM) pour la composante 1 et du système d'information de gestion pour les mutuelles (SIGMUT) pour la composante 2.

La situation de référence des indicateurs est-elle renseignée et des cibles ont-ils été fixés ?

Aucune information sur la situation de référence n'est disponible dans le cadre. La majorité des cibles ont été identifiées. Une analyse de leur qualité et de leur faisabilité semble peu pertinente à ce stade comme elles étaient en révision lors de la rédaction de ce rapport.

La fréquence de collecte a-t-elle été renseignée ?

Aucune information sur la fréquence de collecte de données n'est disponible dans le cadre logique. Certaines fréquences peuvent être devinées en analysant les canevas de rapport ou le fonctionnement du SLIS, mais le PADSS II ne dispose pas encore d'un document qui présente les fréquences de collecte pour tous ces indicateurs.

Les évolutions éventuelles du contenu du projet depuis l'engagement du projet ont-elles été prises en compte ?

La première révision du cadre logique est actuellement en cours et doit être finalisée avant la fin de l'année 2017. Il nous a été indiqué par l'AMOV que d'autres révisions seront entreprises si nécessaire. Le fait que chaque révision du cadre logique implique un avenant de la convention de financement du projet, il serait sans doute efficace de ne pas avoir trop de révisions successives.

Le cadre logique est-il aligné avec les politiques et stratégies nationales ?

Le programme PADSS II ainsi que son cadre logique sont bien alignés sur les priorités du Gouvernement Malien en contribuant à l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 4, 5 et 6 et à la mise en œuvre du PDDSS 2014-2023, en particulier en ce qui concerne ses objectifs stratégiques n° 1 « santé des femmes et des enfants » et n° 9 « financement de la santé et solidarité ».

20 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- Le PADSS II montre une bonne complémentarité (potentielle) des financements Muskoka et I3S au sein d'un même projet qui vise à la fois le renforcement de l'offre (qualité) et de l'accessibilité financière (via le renforcement du système mutualiste et la contribution au paiement des cotisations des mutualistes)
- L'approche « mutuelles » pour le secteur formel « non-indigent » est à la fois un système contributif à 20% et un système redistributif à 80% (copaiement budget Etat + AFD). Cette prépondérance de la part redistributive s'adresse à une population non homogène d'un point de vue économique (il y a des plus riches et des plus pauvres dans le secteur informel non-indigent), mais homogène du point de vue de la difficulté de prélever

l'impôt (direct et même indirect) dans cette population. Il y a donc une redistribution vers une population qui tend à éviter l'impôt. Ce sera un élément à prendre en compte quand il s'agira de péréquations éventuelles entre l'AMO et les autres régimes de couverture maladie.

- Quel est le plan B au cas où le taux de pénétration (ajusté du taux d'abandon) des mutuelles reste bien en deçà des projections ? Peut-on se permettre une telle immobilisation de trésorerie (versements de l'Etat pour le copaiement de 50% des cotisations) ?
- Une exploitation judicieuse des données devient essentielle : profil des adhérents et utilisation des services de santé par profil (mix adhérents/prestations : pourcentage des enfants de moins de 5 ans, pourcentage des soins néonataux dans l'utilisation des services de santé, pourcentage d'affiliation et d'utilisation des services par quintile socio-économique, âge, sexe, etc.)
- Tous les leviers pour favoriser les adhésions sont-ils actionnés ? Exemple : appui sur des solidarités existantes mais non tournées vers la santé, tombolas pour les adhérents, guichets spéciaux mutualistes dans les formations sanitaires. Nécessite d'une recherche opérationnelle (en plus de la recherche IRD) ?
- Application par les mutuelles de certaines techniques de contrôle de qualité (vérification) utilisées par les systèmes FBR ?
- Participation de l'assistance à maîtrise d'ouvrage au monitoring du RAMU ?
- La mise en place du comité de pilotage, du comité technique et la supervision par les quatre points focaux de la DNS, CPS, DFM et la DNPSES constituent une bonne base pour l'efficacité du DSE au Mali. La quantité d'acteurs impliqués soulève toutefois des points d'interrogations sur son efficience.
- L'absence des composantes critiques du DSE à ce stade de la mise en œuvre ainsi que la qualité des documents disponibles (y compris le cadre logique) indique la nécessité d'investir du temps pour mettre en place, réviser et - par la suite - disséminer les documents critiques du DSE (cadre de performance, circuit de communication, canevas de rapports).
- D'ordre général, le DSE existant est orienté sur la conformité avec les procédures étatiques et les exigences des conventions financières, mais néglige les indicateurs qualitatifs, l'apprentissage et la diffusion de nouvelles connaissances.
- Le potentiel du programme d'adresser l'inégalité de genre doit encore être approfondi. Les interventions stratégiques du PADSS II pourraient pourtant – si mise en œuvre avec une optique de genre – contribuer à un ou plusieurs des résultats suivants : (a) la réduction des disparités entre les sexes en ce qui concerne l'emploi de femmes dans le secteur de la santé, (b) l'accroissement de l'engagement économique des femmes en raison des services de santé de qualité pour elles et leurs enfants, (c) l'amélioration de la participation des femmes dans la conception, la provision et l'utilisation des soins de santé ou (d) le renforcement des capacités des femmes de faire des choix informés. Nous avons été informées au cours de notre mission à Bamako qu'une analyse de genre est planifiée pour le semestre à venir. Nous recommandons donc que le cadre logique soit de nouveau révisé une fois que les résultats de cette analyse seront disponibles.
- L'état actuel des documents du DSE est un indicateur d'une capacité technique insuffisante en matière de suivi et évaluation. Le contenu et la présentation des canevas de rapports rendent l'exploitation des documents fastidieuse. Le manque d'alignement entre les différents documents du DSE est un signe d'inefficience. Un appui par une assistance perlée pour la mise en place des toutes les composantes du DSE et pour la familiarisation des acteurs de la maîtrise d'ouvrage avec ces composantes pourrait accélérer ce travail.

Annexes - Mali

ANNEXE 1 Calendrier de la mission Mali et personnes rencontrées

Jour	Activité/Organisation	Personne	Fonction
Lundi 16/10	Réunion équipe évaluation		
	MSAH/DNPSES	Mohamed Bassirou Traore	Directeur national
		Aliou Ouattara	Chef division mutuelles
	AFD-Bamako	Romain André	Directeur adjoint
Ambassade	Jean-Marie Milleliri	Conseiller régional santé	
Mardi 17/10	CANAM	Luc Togo	Directeur général
	UTM	Issa Sissouma	Directeur général
		Fode Sissoko	Coordinateur UTM Mopti
		Maïga Aïché Diarra	Assistante service développement (point focal PADSS II Bamako)
	MSAH/Cabinet	Amadou Diallo	Conseiller technique chargé de la protection sociale
AEDES (AMOV)	Hubert Baliq	Assistant technique Bamako	
	Bah Alti Tamboura	Assistant technique Mopti	
Mercredi 18/10	MSHP/DNS	Mamadou Diabaté	Point focal PADSS II
	MSHP/Cabinet	Brahima Kone	Conseiller technique santé publique
	Expertise France	Issouf Maïga	Coordinateur santé Mali
	CPS	Amadou Sogodogo	Directeur CPS
		Abdoulaye Dao	Point focal PADSS II
Jeudi 19/10	USAID	Karen Koprince	Directrice p.i. - Bureau santé
		Mariama Cire Bah	Conseillère en santé publique - Bureau santé
	Banque mondiale	Ousmane Diadié Haidara	Spécialiste en santé-Développement humain
	ANAM	Amadou Traoré	Directeur
	MSHP/DFM	Mohamed Sissoko	Directeur DFM
		Mamadou Dramé	Directeur adjoint
		Amadounto Dao	Point focal PADSS II
UTM	Equipe	Session de travail sur le cadre logique et le DSE.	
Vendredi 20/10	AFD	Fode Sissoko et Maïga Aïché Diarra	Coordinateur UTM à Mopti, Assistante service développement (point focal PADSS II Bamako)
	AEDES (AMOV)	Equipe	Session de travail sur le cadre logique et le DSE.

ANNEXE 2 Documents collectés (avant et lors de la mission Mali)

- **PADSS II (documents demandés à l'AFD Bamako)**
 - Convention de financement PADSS II. Février 2015.
 - Avenant n°1 à la convention de financement PADSS II. Février 2017.
 - MSHP-AEDES/Santé Sud. Contrat AMOV. Septembre 2017.
 - Conventions d'exécution PADSS II.
 - MSHP/AFD/AEDES. Etude de faisabilité du projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile au Mali. Août 2014.
 - Offre technique AMOV.
 - Enquêtes offre de soins (Santé Sud)

- **MSHP/MSAH**
 - MSHP. Evaluation de la santé communautaire au Mali. Avril 2017.
 - MSAH/Groupe d'experts. TdR de l'étude sur les modalités de la délégation de gestion dans le cadre de l'AMU. Novembre 2016.
 - MSAH/Groupe d'experts. Rapport d'étape du groupe d'experts pour l'instauration du RAMU au Mali en 2018. Octobre 2016.
 - MSAH/Groupe d'experts. TdR de l'analyse de situation et l'élaboration d'un plan de communication pour le RAMU. Novembre 2016.
 - MSAH/Groupe d'experts. TdR de l'étude sur la qualité de l'offre de soins dans les structures de santé dans le cadre de l'AMU. 2016.
 - MSAH/Groupe d'experts. TdR de l'évaluation des gratuités des soins et leur transfert progressif vers le système d'AMU. Août 2016.
 - MSAH/Groupe d'experts. TdR de l'étude sur les modalités de la prise en charge et du paiement des actes médicaux ; chirurgicaux, pharmaceutiques et d'explorations. 2016.
 - MSAH/Groupe d'experts. TdR des voyages d'études des membres du groupe d'experts pour l'instauration en 2018 du RAMU au Mali. Mars 2017.
 - DRS/DRDSES Mopti. PO et RA 2015-2016. Synthèse des rapports d'évaluation 2016 et de programmation 2018.

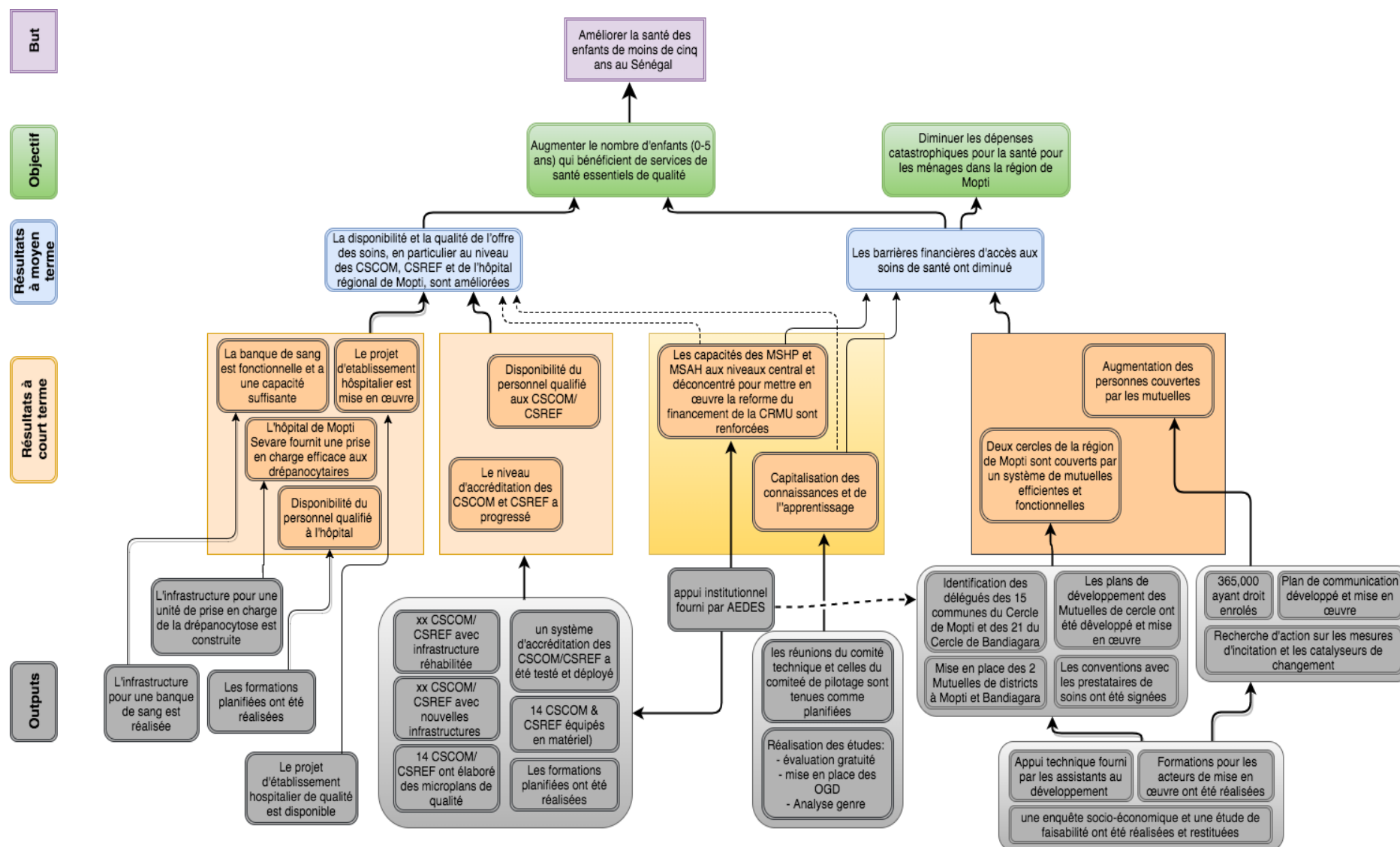
- **UTM**
 - MSAH/UTM. Contrat d'objectifs et de moyens. 31 mars 2017.
 - UTM. Rapport de l'étude socio-économique réalisée dans les cercles de Mopti et Bandiagara dans le cadre du PADSS II. Juin 2016.
 - UTM. Rapport d'activités 2015.
 - UTM. Rapport d'activités 2016.
 - UTM. Canevas de rapportage trimestriel.
 - UTM. Budget global 2016-2020.
 - UTM. Plan d'actions 2016 PADSS II.
 - UTM. Plan d'actions 2017-2018 PADSS II.
 - UTM/Mopti. Rapport d'étape 2016.
 - UTM/Mopti. Rapport semestre 1 2017.
 - UTM/Mopti. Rapport d'étape janvier 2016- juillet 2017.

- **Expertise France**
 - MSHP/EF. Convention de partenariat pour le renforcement de l'hôpital Somine Dolo de Mopti dans le cadre du PADSS II. 27 juillet 2016.
 - EF. Budget synthétique renforcement HSD et cadre logique.
 - EF. Offre technique du partenariat APHP-HSD.
 - Compte-rendu des discussions MSHP, CPS, AFD et EF. Août 2017.

- **Autres documents**
 - RF. La stratégie de la France en santé mondiale. 16 mars 2017.
 - MAE. L'action extérieure de la France sur les enjeux de population, de droits et santé sexuels et reproductifs 2016-2020 – Rapport de stratégie. 2016.
 - MAE. Améliorer la nutrition des populations vulnérables – Feuille de route pour l'action de la France à l'international 2016-2020.
 - Groupe solidarité et santé mondiale. Livre blanc sur la santé mondiale. Mai 2017.
 - FFM-Mali. Rapport annuel 2016.
 - FFM-Niger. Rapport annuel 2016.
 - FSP-Muskoka année 5. Rapport annuel.
 - Milleliri JM, Rey JL. Fonds français Muskoka pour la santé maternelle et infantile. *Med Santé Trop* 2016 ;26 :340.
 - MASMUT (Ouattara O. ; Ndiaye P.). Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la CMU au Mali et au Sénégal. 2017.

ANNEXE 3: Proposition d'une théorie du changement PADSII Mali

Figure 15 Théorie du changement PADSS II Mali



ANNEXE 4 : Proposition de cadre logique révisé PADSS II Mali

Tableau 10 Cadre logique révisé PADSS II Mali

	Logique d'intervention	Indicateur	Hypothèses
But (impact)			
	Améliorer la santé maternelle et infantile dans la région de Mopti	Taux de mortalité maternelle Taux de mortalité infanto-juvénile Taux de mortalité néonatale Enfants de moins de 5 ans présentant une émaciation (modérée ou grave) Prévalence de l'anémie chez les enfants/ chez les femmes en âge de procréer	1. La situation sécuritaire ne se dégradera pas davantage 2. Absence de catastrophe naturelle ou provoquée par l'homme 3. Stabilité politique
	Augmenter le nombre de femmes enceintes et d'enfants (0-5 ans) qui utilisent et bénéficient de services de santé essentiels de qualité dans la région de Mopti	Couverture par les soins anténataux Naissances assistées par du personnel de santé qualifié Couverture par les soins postnataux Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national Traitement de pneumonie avec antibiotique Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes Traitement des cas de paludisme confirmés (%) Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO) (%)	1. Les prestataires de santé ont la capacité de gérer l'augmentation de la demande. 2. Synergies entre PADSS2 et d'autres projets mis en œuvre dans la région de Mopti.

	Logique d'intervention	Indicateur	Hypothèses
Résultats à moyen terme			
1	La disponibilité et la qualité de l'offre des soins, en particulier au niveau des CSCOM, CSREF et de l'hôpital régional de Mopti, sont améliorées	Disponibilité de transfusion sanguine dans les CSREF Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques Disponibilité des médicaments et des produits essentiels Densité et distribution du personnel de santé (pour 1000 habitants) % de CSCOM aux normes SONUB Satisfaction des clients (%) ou temps moyen d'attente dans les structures sanitaires	1. Le personnel de santé est suffisamment motivé pour fournir des prestations acceptables et de qualité. 2. Augmentation progressive du budget alloué par l'Etat à la santé.
2	Les barrières financières d'accès aux soins de santé ont diminué	Utilisation des services (désagrégé par sexe/âge/ type de CRMU) Paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé Ratio des dépenses de santé « catastrophiques »	1. Le ticket modérateur ne constitue pas une barrière significative pour les familles à faible revenu 2. Les familles ont la capacité de gérer leur revenu pour payer le ticket modérateur tout au long de l'année. 3. L'Etat tiendra son engagement de payer 50% des cotisation dans les délais prévues
Résultat à court terme			
1.1	Le projet d'établissement hospitalier est mis en œuvre et l'hôpital dispose des ressources humaines de qualité	% d'actions réalisées (du projet d'établissement) % du budget mobilisé (du projet d'établissement)	L'équipe de gestion de l'hôpital accepte les recommandations d'Expertise France pour le développement et la mise en œuvre du projet de l'établissement.
1.2.	La banque de sang est fonctionnelle et a une capacité suffisante	Disponibilité de poches de sang dans les CSREF de la région de Mopti # de donneurs fidélisés # de transfusions sanguines exécutées à l'hôpital régional de Mopti et les CSREF de la région	Il est possible de fidéliser suffisamment de donneurs et de retenir les ressources humaines qualifiées.

	Logique d'intervention	Indicateur	Hypothèses
1.3	L'hôpital de Mopti fournit une prise en charge efficace des drépanocytaires	# de patients drépanocytaires dans la file active de l'hôpital de Mopti	Il y a peu de roulement de personnel dans l'unité de prise en charge de la drépanocytose.
1.4	Le niveau d'accréditation des CSCOM et CSREF a progressé et les structures disposent des ressources humaines de qualité	# et % des CSCOM habilités # et % des CSCOM accrédités # des CSREF des CSREF habilités # des CSREF accrédités	Les personnes formées par le projet restent dans la région de Mopti et appliquent leurs nouvelles connaissances.
2.1	Deux cercles de la région de Mopti sont couverts par un système de mutuelles efficaces et fonctionnelles	Coût de fonctionnement sur coût total Coût du personnel sur coût total Taux de sinistralité Taux de tenue des réunions des organes Ratio de réserve obligatoire Délai moyen de paiement des prestataires de soins Taux de recouvrement des cotisations	Capacités suffisantes des ressources humaines sur place pour gérer les mutuelles de manière efficace et durable.
2.2	Augmentation des bénéficiaires des mutuelles, en particulier les femmes et enfants	# de bénéficiaires ayant reçu leur carte de membre Ratio bénéficiaire/adhérent (taille de l'unité d'adhésion) Taux de croissance brute des bénéficiaires Taux de pénétration taux de fidélisation	1. Les populations perçoivent les mutuelles comme la meilleure option pour assurer leur santé. 2. Les adhérents inscrivent la majorité de leurs femmes et enfants. 3. Les bénéficiaires des mutuelles font une expérience positive de leur prise en charge dans les structures sanitaires et renouvellent leur cotisation annuellement.
2.3	Les capacités des MSHP et MSAH aux niveaux central et déconcentré pour mettre en œuvre la réforme du financement de la CRMU sont renforcées	à discuter entre l'AMOV et les ministères	Les ministères impliqués ne travaillent pas en silo et poursuivent les mêmes objectifs.

	Logique d'intervention	Indicateur	Hypothèses
2.4	Capitalisation des connaissances et apprentissage	# de mesures d'amélioration du projet initiées dues à la capitalisation/ # d'événements de capitalisation/ apprentissage réalisés	Les acteurs de la maîtrise d'ouvrage mettent en œuvre les recommandations même si elles ne sont pas alignées avec les hypothèses du projet.
Outputs pour les résultats 1.1., 1.2, 1.3 (Expertise France)			
1.1.1	Un projet d'établissement hospitalier de qualité est disponible pour l'hôpital régional de Mopti	Disponibilité d'un projet d'établissement hospitalier de qualité	
1.1.2	Un plan de renforcement de capacité du personnel a été réalisé	% des formations planifiées qui ont été mises on œuvre % du personnel recruté	
1.2.1	L'infrastructure pour une banque de sang est réalisée à l'hôpital régional du Mopti	Disponibilité de l'infrastructure aux normes	
1.2.2	Formations et/ou recrutement réalisés (à confirmer par expertise France)	(à confirmer par expertise France)	
1.3.1	L'infrastructure pour une unité de prise en charge de la drépanocytose est construite	Disponibilité de l'infrastructure au norme	
1.3.2	Formations et/ou recrutement réalisés (à confirmer par expertise France)	(à confirmer par expertise France)	
Outputs pour le résultat 1.4 (Santé Sud/ AEDES)			
1.4.1	xx CSCOM/ CSREF ont des infrastructures réhabilitées	# d'infrastructures réhabilitées	
1.4.2	xx CSCOM/ CSREF ont des nouvelles infrastructures	# d'infrastructures construites	

	Logique d'intervention	Indicateur	Hypothèses
1.4.3	Un plan de renforcement de capacité du personnel des CSCOM et CSREF a été réalisé (le nombre, cible et type de formation pourrait être ajoutés par Santé Sud/ AEDES. Quid pour les recrutement).	# et % des formations réalisés # et % de personnel recruté	
1.4.4.	Un système d'accréditation des CSCOM/CSREF a été testé et déployé	Disponibilité d'un concept approuvé pour le système d'accréditation Classification d'accréditations de tous les CSCOM et CSREF de deux cercles de Mopti et Bandiagara disponible	
1.4.5	14 CSCOM & CSREF ont reçu les équipements de base (à préciser par Santé Sud/ AEDES)	# de CSCOM ayant reçus les équipement identifiés # de CSREF ayant reçus les équipement identifiés	
1.4.6	14 CSCOM/ CSREF ont élaboré des micros plans de qualité	# de CSCOM avec micro plan de qualité # de CSREF avec micro plan de qualité	
Outputs pour le résultat 2.1 et 2.2 (UTM)			
2.1.1.	xx délégués dans les 15 communes du Cercle de Mopti et les 21 du Cercle de Bandiagara ont été mobilisés	# de délégués identifiés	
2.1.2	2 Mutuelles de districts (Mopti et Bandiagara) ont été mises en place	# de mutuelles mise en place par le projet au niveau de cercle	
2.1.3	Les plans de développement des mutuelles de cercle (Mopti et Bandiagara) ont été développés et mises en œuvre	# de plans de développement des mutuelles disponibles % d'actions réalisées sur le nombre total d'actions planifiées pour la période	
2.1.4	Les conventions avec les prestataires de soins ont été signées	Disponibilité des conventions signées entre les mutuelles et les structures sanitaires	
2.1.5	Appui technique fourni par les assistants au développement	% de rapports réalisés sur le nombre total de rapports attendus pour la période	

	Logique d'intervention	Indicateur	Hypothèses
2.1.6	Un plan de renforcement de capacité (y compris les formations pour les acteurs) a été réalisé	# de formations réalisées	
2.1.7	Une enquête socio-économique a été réalisée et restituée	Disponibilité du rapport d'enquête Disponibilité du rapport de dissémination	
2.1.8.	Une étude de faisabilité a été réalisée et restituée	Disponibilité du rapport d'étude Disponibilité du rapport de dissémination	
2.2.1	Le plan de communication développé et mise en œuvre	Disponibilité d'un plan de communication % d'actions réalisées sur le nombre total d'actions planifiées pour la période	La DRDSES soutient les activités de communication pour mener à bien les campagnes de communication.
2.2.2	xx recherches-actions réalisées sur (lister les sujets)	# de recherches d'action réalisées	
2.2.3	Les campagnes et activités d'adhésion aux mutuelles ont été réalisées	% d'actions réalisées sur le nombre total d'actions planifiées pour la période	
2.2.4	xx cotisations ont été enregistrées	Volume de cotisations transférées à l'UTM	
Outputs pour les résultats 2.3 et 2.4 (AEDES)			
2.3.1	L'AMOV a mis en œuvre son plan de travail	% d'actions réalisées sur le nombre total d'actions planifiées pour la période	
2.4.1	les réunions du comité technique et celles du comité de pilotage sont tenues comme planifiées	% de réunions réalisées sur le nombre total de réunions planifiées pour la période	
2.4.2	xx études ont été réalisées: - évaluation gratuité - mise en place des OGD - Analyse genre	# d'études réalisées et disséminées	

Section 3 Niger

21 INTRODUCTION

La mission Niger¹⁴⁵ s'est déroulée du 1 au 9 novembre 2017. La plupart des entretiens prévus dans la note de cadrage ont pu être réalisés et la mission a effectué des visites de terrain dans la région de Dosso (calendrier détaillé et liste des personnes rencontrées en annexe 1). Cette mission a permis également de récolter des documents qui viennent compléter ceux déjà collectés lors de la phase de cadrage (voir la liste de ces documents en annexe 2).

22 CONTEXTE

18.1 DEMOGRAPHIE ET SANTE¹⁴⁶

La population nigérienne était de 17,1 millions d'habitants en 2012 (dernier recensement général de la population et de l'habitat¹⁴⁷) et, sur base d'un taux de croissance annuel de 3,9%, peut être estimée à près de 21 millions d'habitants en 2017 (et à 34 millions en 2030 – tous taux constants). L'indice synthétique de fécondité reste le plus élevé au monde avec plus de 7 enfants par femme (de 7,5 en 1998 à 7,6 en 2012). Le taux brut de natalité est de 4,66%.

Tous les quotients de mortalité des enfants ont baissé substantiellement sur les 15 dernières années. La mortalité infanto-juvénile (décès pour 1.000 naissances vivantes) a baissé de 231 à 127¹⁴⁸ de 1998 à 2012 (83 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). Curieusement, la mortalité néonatale a baissé plus que proportionnellement par rapport à celle des autres classes d'âge des enfants de moins de cinq ans (de 38 en 1998 à 24 en 2012 – 28 pour l'Afrique subsaharienne en 2015) et ne représente que 19% de la mortalité infanto-juvénile. La corrélation entre la mortalité néonatale et la mortalité maternelle n'est donc pas aussi forte que dans d'autres pays voisins. En revanche, le taux de mortalité périnatale (somme des mort-nés et des décès néonataux précoces divisée par le nombre de grossesses de 7 mois ou plus exprimé en milliers) est de 33 pour mille (44 pour mille à Dosso, soit le taux le plus élevé du pays). Le taux de mortalité périnatale était de 33 pour 1000 en 2012.

En 2013, l'insuffisance pondérale (poids pour âge), le retard de croissance (taille pour âge), et la malnutrition aigüe (poids pour taille) représentaient respectivement 36% (39% en 2006), 44% (55% en 2006) et 18% (12% en 2006) des enfants de moins de cinq ans (cas modérés et sévères cumulés). Ces taux demeurent très élevés en dépit de la légère amélioration de 2006 (à l'exception du taux de malnutrition aigüe qui s'est détérioré).

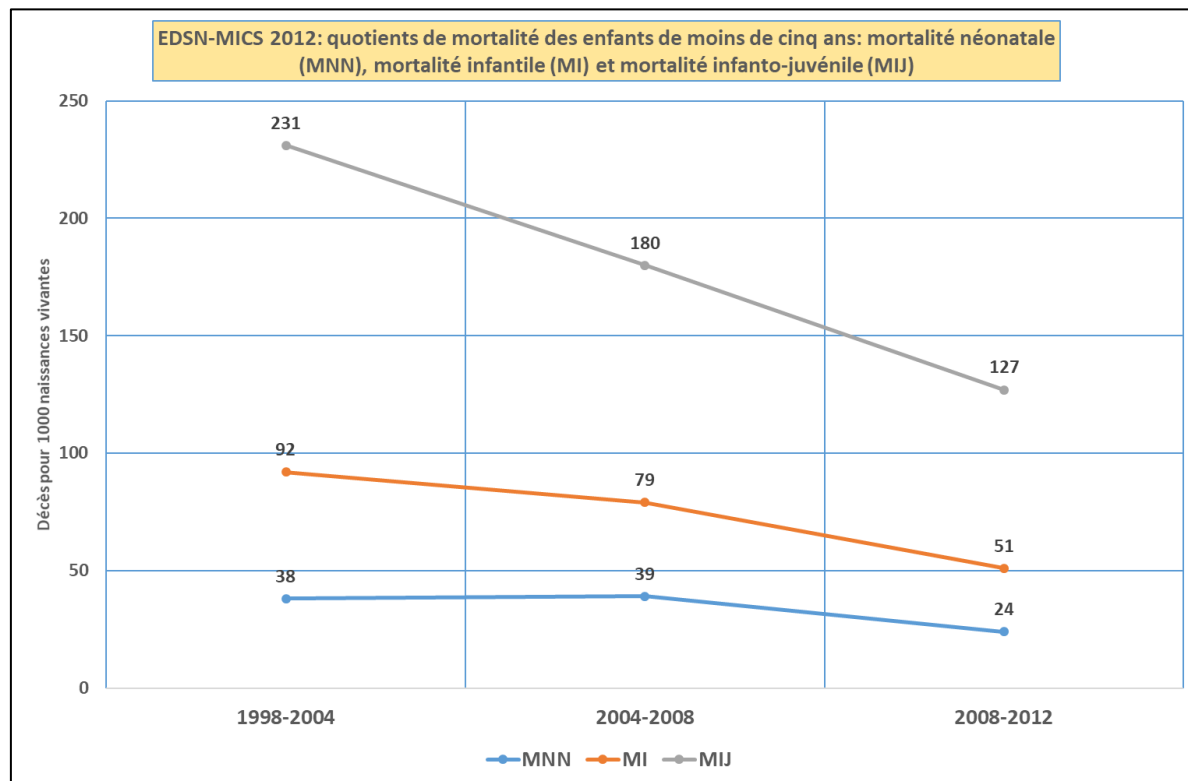
¹⁴⁵ L'équipe était composée de Mahamane Karki (consultant national) et de Marc Réveillon (responsable de l'évaluation).

¹⁴⁶ Sources des données pour ce chapitre : EDSN MIC SIV 2012, IHME (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>) consulté en novembre 2017.

¹⁴⁷ INS. RGP/H 2012.

¹⁴⁸ Cible OMD 2015 : 109.

Figure 16 EDSN Niger 2012 : mortalité des enfants de moins de cinq ans



Le ratio de mortalité maternelle a augmenté entre 1992 et 2006 (de 614 [471-757¹⁴⁹] décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992 à 709 [576-872] en 2006) pour redescendre à 535¹⁵⁰ [425-645] en 2012 (547 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). La mortalité maternelle représente 39% de tous les décès des femmes de 15 à 49 ans.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la charge de morbidité (exprimée en cause de mortalité) de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population nigérienne¹⁵¹. On voit que si les deux premières causes restent identiques (maladies infectieuses et paludisme/autres MTN), les maladies cardiovasculaires sont passées de la cinquième à la troisième place et représentent aujourd'hui plus de 10% des décès (transition épidémiologique). Le poids des troubles néonataux sur la mortalité générale a augmenté, même s'ils sont passés de la troisième à la quatrième place. Enfin, le VIH/SIDA et la tuberculose ont supplanté les carences nutritionnelles comme cause de décès.

Tableau 11 Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population au Niger

Cause de décès (rang et %)	1990		2016	
	Rang	%	Rang	%
Maladies infectieuses	1	48,7	1	28,6
Paludisme et autres maladies tropicales négligées	2	12,5	2	19,9
Troubles néonataux	3	7,9	4	9,4
Carences nutritionnelles	4	7,0	6	2,8
Maladies cardiovasculaires	5	4,9	3	10,2
VIH/SIDA et tuberculose	6	2,8	5	4,9
Total		83,8		75,8

¹⁴⁹ Intervalle de confiance, qui indique aussi les fortes disparités entre milieu urbain et rural (ou entre régions).

¹⁵⁰ Cible OMD 2015 : 250.

¹⁵¹ IHME, consulté en novembre 2017.

Concernant les enfants de 0 à 5 ans, depuis 1990, les trois premières causes de mortalité sont les maladies infectieuses (36% en 2016), le paludisme (et autres maladies tropicales négligées) (30% en 2016), et les troubles néonataux (18% en 2016). Cumulées, ces trois causes représentaient près de 85% des décès des enfants de 0 à 5 ans en 2016. Si on désagrège ces groupes de maladies, le paludisme est la première cause de mortalité des enfants (29% des décès), suivi des maladies diarrhéiques (15% des décès) et des infections respiratoires (13% des décès).

Les troubles néonataux sont la première cause de mortalité (78%) des nouveau-nés (0-6 jours): encéphalopathies néonatales (asphyxie du nouveau-né et traumatismes) (31% des décès), prématurité (25% des décès) et septicémies néonatales (13% des décès), sans compter les malformations congénitales (7,35% des décès en 2016 contre 3,67% en 1990). La mortalité néonatale précoce (0-6 jours) représente 74% de la mortalité néonatale, et donc 19% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Il découle des analyses qui précèdent qu'un impact fort sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans passe nécessairement par un impact (1) sur la mortalité néonatale précoce, ce qui inclut aussi des actions au niveau de la grossesse et de l'accouchement (santé périnatale), et (2) sur les carences nutritionnelles (mères et enfants).

18.2 POLITIQUES ET STRATEGIES SECTORIELLES, ET SYSTEME DE SANTE

Le Niger vient de se doter de son quatrième Plan de développement sanitaire¹⁵² (PDS 2017-2021) qui réaffirme la volonté de rendre effectif le droit à la santé et l'accès universel aux soins et services de santé par des interventions planifiées dans 6 axes stratégiques¹⁵³.

Le Ministère de la santé publique (MSP) s'est engagé dès 2006 dans un processus d'approche programme par la mise en place d'un Fonds commun santé (FCS) en appui à la mise en œuvre des PDS. Le FCS compte 6 partenaires (AFD, l'UNICEF, l'AECID, la Banque mondiale, GAVI et le FNUAP) et fonctionne comme une aide sectorielle extrabudgétaire avec un compte indépendant qui alimente trimestriellement les comptes des régions et districts sanitaires. Le PDS 2017-2021 note toujours l'insuffisance dans la maîtrise des procédures de gestion par les structures étatiques.

La section 2.2. du PDS 2017-2020 résume les principaux problèmes relatifs à la CSU: (1) les mécanismes de protection contre le risque financier sont encore à un niveau embryonnaire (en 2014, leur contribution à la dépense de santé était inférieure à 6%); (2) la dépense directe des ménages augmente d'année en année en pleine application de la politique de gratuité; (3) la couverture en services de santé essentiels reste encore faible (les données n'existent pas pour les services de lutte contre les maladies non transmissibles); (4) les données relatives aux dépenses catastrophiques et aux dépenses d'appauvrissement ne sont pas disponibles; (5) le retard dans le remboursement des factures au titre de la gratuité des soins est une préoccupation importante pour l'organisation et l'offre des services de santé.

Le système de santé du Niger comprend trois niveaux (tous ces niveaux sont peu ou prou impliqués dans les systèmes d'exemption de paiement des soins). Les structures nationales comprennent l'hôpital général de référence (bientôt fonctionnel), les hôpitaux nationaux (HN) de Niamey, Lamordé et Zinder, ainsi que la Maternité Issaka Gazobi, et les Centres nationaux de référence (tuberculose, IST/VIH, drépanocytose, lèpre, fistule génitale féminine, SAMU etc. Au niveau régional, on trouve les centres hospitaliers régionaux (CHR) sauf dans les Régions de Zinder et de Tillabéry, et les centres de santé de la mère et de l'enfant (CSME). Le niveau périphérique des soins est celui des (72) districts sanitaires (DS) qui ont la responsabilité de l'encadrement de trois types de formations sanitaires: l'hôpital du District (HD), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Cases de Santé (CS).

¹⁵² Aligné sur: les Objectifs de développement durable (ODD), le Plan de développement économique et social (PDES 2012-2015), la Stratégie de développement durable et de croissance inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035; la Déclaration de politique générale (DPG 2017-2021), la Politique nationale de santé (PNS) validée en octobre 2015 et adoptée en mars 2017.

¹⁵³ (i) Le renforcement du leadership et de la gouvernance; (ii) L'amélioration de l'offre, de la qualité des soins et de la demande des prestations; (iii) Le développement des ressources humaines de la santé; (iv) L'amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments, etc.); (v) Le renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé; (vi) L'amélioration du financement de la santé

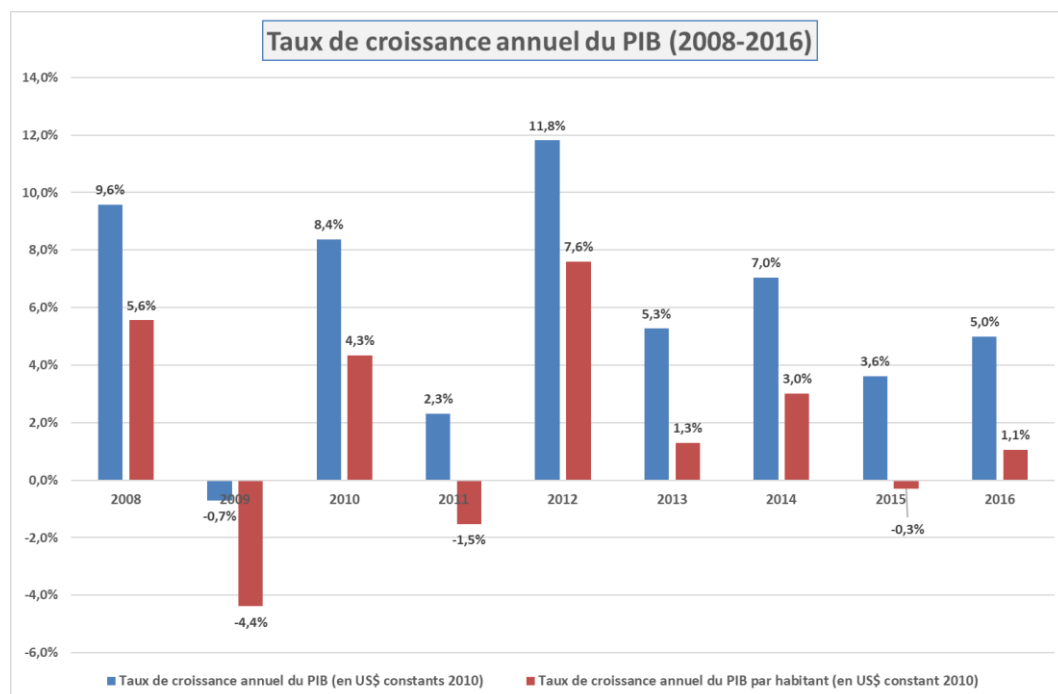
Deux décrets récents¹⁵⁴ portent sur le transfert des compétences et des ressources (éducation, santé, hydraulique, et environnement) au niveau décentralisé (Communes) et au niveau déconcentré (Régions). **Au niveau Région, les compétences transférées incluent « l'organisation de la gratuité des soins (identification des bénéficiaires, recherche du tiers payant (sic) et le remboursement) ».** Les arrêtés d'application de ces deux décrets sont en préparation. Le PDS 2017-2021 souligne « la lenteur de la mise en œuvre de la décentralisation (qui) constitue un obstacle à la réalisation d'un certain nombre d'actions telles que la mise à disposition des ressources humaines. Aussi les Equipes cadres de district (ECD) par leur incomplétude et leur composition ne répondent pas aux exigences de gestion du district. »

18.3 CONTEXTE ECONOMIQUE

Le Niger est un pays à revenu faible (classement Banque mondiale), **classé avant-dernier (187 sur 188 pays) selon l'indice de développement humain (IDH=0,353; IDH ASS=0,523 ; IDH PMA= 0,508¹⁵⁵),** en-dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne (SSA) et du groupe des pays les moins avancés (PMA).

Le revenu national brut par habitant en 2016 était de 372 US\$ courant ou 970 US\$ PPP¹⁵⁶ (moyenne pour l'ASS : 1.505 US\$ courant et 3.592 US\$ PPP – moyenne pour les pays à revenu faible : 612 US\$ courant et 1.646 US\$ PPP). Le graphique ci-dessous montre la croissance annuelle réelle du PIB (US\$ constant 2010) de 2008 à 2016 et l'effet de l'évolution démographique sur le PIB par habitant. Le FMI¹⁵⁷ prévoit une stabilisation de la croissance du PIB réel en 2017 à 5% et une convergence vers un taux de croissance annuel de 5.5% à **moyen terme (ce qui voudrait dire une croissance annuelle réelle de 1.5% par habitant).**

Figure 17 Croissance du PIB 2008-2016



¹⁵⁴ Décret 2016/75 et 2016/76 du 26 janvier 2016.

¹⁵⁵ PNUD. Rapport sur le développement humain 2016.

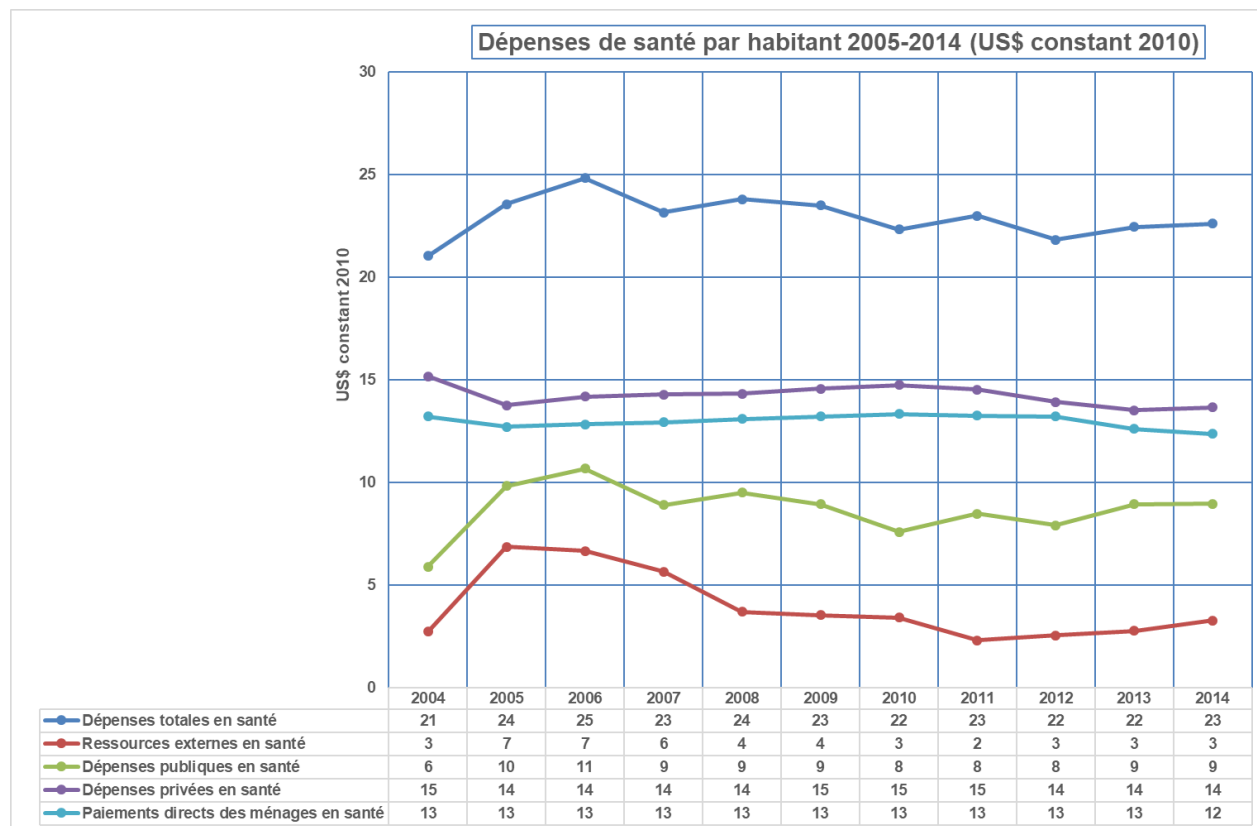
¹⁵⁶ Base de données WDI Banque mondiale consultée en octobre 2017.

¹⁵⁷ FMI/Niger. Country report n°17/59. Février 2017.

18.4 FINANCEMENT DE LA SANTE

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des dépenses réelles de santé de 2005 à 2014¹⁵⁸ (en US\$ constant 2010). Après une hausse marquée des dépenses publiques et des ressources externes de 2004 à 2006, on assiste à une baisse prolongée jusqu'en 2010 suivie d'une légère reprise de 2012 à 2014. Les paiements directs des ménages (PDM) oscillent entre 52% et 63% des dépenses totales en santé (55% en 2014). Les dépenses publiques en santé ont représenté jusqu'à 16% des dépenses publiques totales en 2006, mais n'ont cessé de diminuer depuis pour ne représenter que 6% en 2014, et 5,5% en 2017 (101 milliards CFA (7,3 euros par habitant) sur le budget de l'Etat de 1.809 milliards CFA).

Figure 18 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010) Niger



Le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques (participation financière des patients et cogestion par les comités de santé) était la modalité principale d'accès aux services de santé jusqu'en 2005, date à laquelle une série de dérogations à ce système de paiements a été décidée par le gouvernement nigérien. **De 2005 à 2007, le Niger a instauré successivement des systèmes d'exemption de paiement pour les soins relatifs à la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans, des femmes enceintes, des césariennes, des cancers gynécologiques et de la planification familiale¹⁵⁹. L'Etat devait se substituer, comme tiers-payant, au paiement direct de ces patients¹⁶⁰.** Aucune politique ou stratégie nationales de financement de la santé n'avait précédé et/ou préparé ces décisions.

¹⁵⁸ Base de données OMS sur les dépenses de santé par pays (WHO-NHA) consultée en octobre 2017) -

<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> .

¹⁵⁹ Le décret 2005-316/PR/MSP du 11 novembre 2005 accordant la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements publics de santé ; l'arrêté N°0015/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du Décret de la césarienne ; l'arrêté N°65/MSP/DGSP/DPHL/MT du 7 avril 2006 accordant la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs ; l'arrêté N°079/MSP/MFE du 26 avril 2006 accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de moins de cinq ans ; Le décret N° 2007-261 /PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé.

¹⁶⁰ Voir tableau tarifaire en annexe 3.

Les entretiens effectués et les documents consultés¹⁶¹ laissent entendre qu'il s'agissait de décisions avant tout politiques sur pression de certains PTF. Ces décisions d'exemption de paiement ont vite buté sur des problèmes organisationnels (établissement et circulation des « factures gratuité ») et financiers (lignes budgétaires insuffisantes et non exécutées, tarifs forfaitaires non adaptés aux coûts réels de production des services et soins).

Financement des exemptions de paiement

En 2006, l'Etat a alloué un montant de 704 millions CFA¹⁶² aux formations sanitaires pratiquant la césarienne (pour compenser l'exemption de paiement). La loi de finances 2007 incluait une ligne « gratuité » de trois milliards CFA (dont un tiers venant de l'aide budgétaire de l'AFD), mais l'engagement de l'Etat s'est limité à 70 millions CFA. La loi de finances 2008 incluait une ligne gratuité de 7,8 milliards CFA (dont 13% sur aide budgétaire de l'AFD), mais l'engagement de l'Etat s'est limité à 2,9 milliards CFA. En 2009, la ligne budgétaire était réduite à 4 milliards CFA alors que le coût de la compensation était estimé à 8,3 milliards. De 2006 à 2011, les arriérés s'élevaient à 16 milliards CFA. **On parle maintenant (2017) d'un cumul d'arriérés s'élevant à plus de 40 millions d'euros.**

Sur l'aide budgétaire de l'AFD 2012/2013 d'un montant de 10 millions d'euros, 5,42 millions ont été affectés à une contribution à l'apurement des arriérés à l'égard des formations sanitaires publiques (au titre du programme de gratuité des soins). Sur l'aide budgétaire complémentaire de l'AFD de 10 millions d'euros signée en décembre 2013, il était également prévu d'utiliser une partie pour l'apurement partiel des arriérés de l'Etat à l'égard des formations sanitaires. L'aide budgétaire 2014 (convention signée le 9 mars 2015) de 10 millions d'euros ciblait également les arriérés dans le secteur de la santé.

En 2016, l'I3S (voir ci-dessous) a permis d'apurer une partie des arriérés de 2014-2015 pour un montant d'un million d'euros.

En 2017, la ligne budgétaire « gratuité » du MSP était de 7 milliards CFA^{163 164} (8 milliards en 2016, avec un taux d'engagement de 50%) :

- Une première ouverture de crédits de 900 millions CFA en août 2017 a été répartie comme suit : 480 millions CFA pour la Maternité de référence de Niamey (Maternité Issaka Gazoby), 40 millions CFA pour chacun des 6 Centres de santé mère-enfant (centres de référence du niveau régional), et 30 millions CFA pour chacun des 6 hôpitaux régionaux.
- La seconde ouverture de crédit d'un montant de 1,5 milliard CFA en novembre 2017 a été répartie comme suit : hôpital national Lamordé : 600 millions CFA ; hôpital national de Niamey : 400 millions CFA ; hôpital national de Zinder : 200 millions CFA ; Centre national de santé de la reproduction : 10 millions CFA ; centre drépanocytose : 10 millions CFA ; 25 millions CFA par CSME ; et 20 millions CFA par CHR.
- **Le niveau district (HD, CSI et CS) n'a donc reçu aucune compensation gratuité en 2017** (en dehors des aides sous forme d'intrants par les projets/programmes/fonds/fonds commun santé). Grâce au financement I3S qui s'est concrétisé en fin 2016, les formations sanitaires de la région de Dosso ont sans doute moins souffert que celles des autres régions. Mais la visite de terrain en novembre 2017 a montré que les pharmacies des structures visitées étaient presque vides.

L'APD santé française a donc supporté à bout de bras ces « gratuités » depuis 2007. La France est le seul bailleur qui a contribué directement (de manière très substantielle) au paiement des « factures gratuité »¹⁶⁵, soit sur aide budgétaire globale, soit plus récemment sur financement I3S. Mais il est sans doute plus difficile de contribuer aux arriérés de paiement d'un Etat à travers un projet (comme l'I3S) qu'au moyen d'outils tels que les aides budgétaires. Sur base de l'augmentation de la fréquentation des formations sanitaires suite à l'instauration des gratuités, certaines études attribuent la réduction des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile à ces gratuités.

¹⁶¹ Par exemple : Abdoulaye Ousseini, *Une politique publique de santé au Niger -La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*. LASDEL : Etudes et travaux n°91. Octobre 2011.

¹⁶² Soit un montant de 51 CFA par habitant (8 centimes d'Euro).

¹⁶³ Soit 333 CFA par habitant (0,5 euro).

¹⁶⁴ On nous a dit que le MSP était absent lors des collectifs budgétaires : il lui était donc difficile de défendre un budget plus important.

¹⁶⁵ Ou plus exactement des arriérés de l'Etat relatifs au financement des exemptions de paiements.

Mécanismes de paiement de la gratuité

Les formations sanitaires émettent des factures mensuelles (appelées fiches mensuelles récapitulatives au niveau des cases de santé et des centres de santé) qui sont consolidées à l'échelon supérieur : les CSI reprennent les activités des cases de santé de leur zone de couverture, la facture du niveau district consolide les activités de l'HD et des CSI. Au niveau régional (DRSP), il y a donc une facture mensuelle par district, et une facture mensuelle par structure de niveau régional (hôpital régional, centre mère-enfant). Ces factures sont ensuite transmises à la DEP du MSP. Le système de contrôle se limite à une vérification arithmétique¹⁶⁶ à chaque niveau de consolidation (ainsi, toutes les factures sont revérifiées (arithmétiquement) à tous les niveaux et jusqu'au niveau central (Cellule gratuité). Il n'existe aucun outil adapté pour gérer (et/ou contrôler) ce système de facturation (c'est MS Excel qui est simplement utilisé à tous les niveaux).

Les factures sont stockées par lots à la Cellule gratuité du MSP jusqu'à ce que le MSP soit notifié des ouvertures de crédit pour le budget du MSP. **Personne n'a pu nous expliquer clairement comment se passait alors l'arbitrage (répartition du montant des ouvertures de crédit entre les différentes lignes budgétaires du MSP) : certains disent que la ligne budgétaire « gratuité » est « délaissée » (= non considérée comme une priorité) par le MSP, d'autres disent que l'arbitrage est déjà effectué au niveau du MF.** Il est certain que le taux d'engagement global du budget du MSP (hors investissements) est plus élevé que le taux d'engagement spécifique de la ligne budgétaire « gratuité ».

Si une facture est jugée non conforme par le MF, c'est tout le lot correspondant qui est mis en attente (la facture rejetée doit refaire le circuit inverse jusqu'à son émetteur).

En l'absence d'un système d'information idoine (qui pourrait être simple et facilement couplé au système DHIS2), il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'avoir une situation claire des factures émises/payées par année, par région, par district et par niveau de formations sanitaires. Et les montants des arriérés calculés par le MSP ne correspondent pas aux montants calculés par le MF.

Il est important également de noter que la compensation de la gratuité au niveau des districts (HD, CSI et CS) qui avaient opté pour le système d'unicité de caisse¹⁶⁷ ne se fait que par intrants (c'est le cas du district de Dosso) : la compensation de la gratuité, limitée à des intrants additionnels, ne peut donc pas être utilisée pour assurer d'autres frais de fonctionnement ou pour allouer des primes au personnel. Les structures sanitaires régionales et nationales sont payées via transfert sur leur compte bancaire et peuvent donc utiliser les fonds reçus à leur guise.

L'audit financier sur la politique de gratuité commanditée par le MSP en 2011 avait fait ressortir l'existence de doubles paiements, des écarts importants non justifiés de factures entre le niveau central et les structures opérationnelles, la non-maîtrise par les formations sanitaires des outils de gestion de la gratuité, l'impossibilité de suivre la traçabilité des remboursements reçus par les structures sanitaires, et de déterminer le coût exact de la gratuité. La situation ne s'est guère améliorée depuis la date de cet audit.

Politique de protection sociale et de CSU

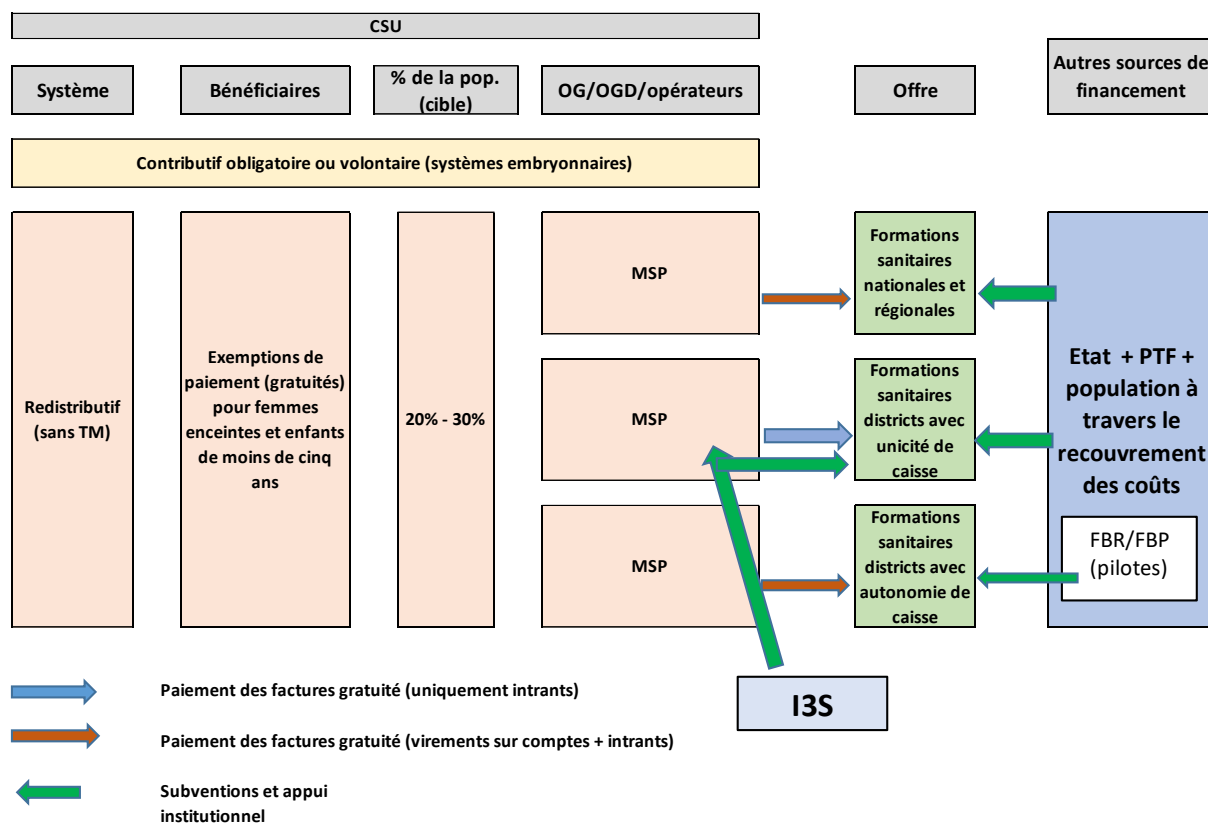
En 2011, le Niger se dotait d'une Politique nationale de protection sociale (Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, août 2011). Son objectif général est de contribuer à l'atténuation de la vulnérabilité des groupes défavorisés et aider les populations à faire face aux risques les plus significatifs de la vie. Ses objectifs spécifiques sont de (1) contribuer à la lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle ; (2) renforcer la sécurité sociale et promouvoir le travail et l'emploi ; (3) réduire les barrières liées à l'accès aux services sociaux et infrastructures sociales de base ; (4) intensifier les actions spécifiques en faveur des groupes vulnérables ; (5) renforcer la consolidation du cadre législatif et réglementaire. Les gratuités instaurées depuis 2005 sont mentionnées comme ayant contribué à l'objectif spécifique 3. Le document de Politique mentionne également la création d'un Fonds social santé qui « *visera à terme à se substituer au dispositif actuel de gratuité de soins pour assurer la prise en charge des personnes vulnérables* ».

La figure suivante résumé la situation actuelle de la CSU au Niger, et montre les « points d'insertion de l'I3S ».

¹⁶⁶ Il n'y a donc aucune vérification de la réalité des prestations facturées.

¹⁶⁷ Certains districts ont conservé le système de l'unicité de caisse (pour le recouvrement des coûts) : les recettes générées au niveau des centres de santé remontent au niveau du district. D'autres districts appliquent le système d'autonomie de caisse : les recettes sont conservées et gérées au niveau des centres de santé.

Figure 19 Financement de la santé et CSU au Niger



23 LE PROJET I3S NIGER

La convention de financement du Projet I3S a été signée le 18 juillet 2014¹⁶⁸ pour une durée de quatre ans et un montant de 6 millions d'euros. L'avenant de mars 2017 a fixé la date limite d'utilisation des fonds à fin juin 2019 (achèvement technique du projet). L'objectif du projet est d'améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans du Niger en favorisant leur accès aux soins de santé. L'objectif spécifique est le renforcement et la pérennisation du mécanisme d'exemption de paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans en place depuis 2006 au Niger, à travers l'appui à la mise en œuvre du fonds social santé au Niger (FSSN)/mécanisme d'exemption du paiement des soins.

Les stratégies retenues sont : (1) une amélioration du suivi, du contrôle et de la gouvernance du mécanisme d'exemption de paiement des soins à tous les échelons ; (2) une simplification et une sécurisation du circuit des factures (déconcentration de la validation et du paiement des factures à l'échelon départemental ou régional ; et (3) la mise en place de mécanismes de financement innovants et pérennes.

Il était prévu deux phases : une phase initiale de 6 mois destinée à accompagner les autorités sanitaires dans la finalisation du dispositif d'exemption : mise en place d'une assistance technique en appui au MSP (assistance à maîtrise d'ouvrage – AMOV), audit de la gratuité, analyse des coûts réels des soins pour les enfants de moins de cinq ans, et un atelier régional pour définir le mécanisme déconcentré ; une seconde phase d'opérationnalisation du dispositif de gratuité révisé.

Le contrat avec l'AMOV n'a été signé qu'en novembre 2015 pour une durée de 2 ans (soit 17 mois après la signature de la convention de financement du projet). Personne, que ce soit au MSP, à la coordination du projet ou au niveau

¹⁶⁸ Résolution C20130501 du Comité des Etats étrangers du 18 décembre 2013.

de l'assistance à maîtrise d'ouvrage, n'avait vu ou entendu parler du cadre logique du projet : le seul document disponible était le résumé du projet annexé à la convention de financement I3S.

Avec l'arrivée de l'AMOV, les principales activités se sont alors focalisées sur la recapitalisation (en intrants) et sur la comptabilisation des arriérés de paiements des factures « gratuité » des formations sanitaires de la région de Dosso, ce qui a permis d'aboutir fin 2016/début 2017 aux dotations additionnelles en intrants et au paiement d'une partie des arriérés des factures 2014 et 2015¹⁶⁹. Le tableau ci-dessous montre la répartition du financement I3S (recapitalisation et paiement des arriérés) par niveau de la pyramide sanitaire dans la région de Dosso. Pour rappel, les formations sanitaires des districts sous unicité de caisse reçoivent le paiement des arriérés des factures sous forme d'intrants : ainsi, les CSI du DS de Dosso ont reçu une première dotation d'intrants (recapitalisation) et une seconde dotation d'intrants (paiement des arriérés). **Pour ces structures, il n'est donc pas vraiment nécessaire de faire le long détour par l'apurement des arriérés**

Tableau 12 Recapitalisation et paiement des arriérés « gratuite » sur financement I3S (Niger)

	Financement I3S			
	Recapitalisation (par intrants)	Apurement factures	Total	Par habitant
	CFA	CFA	CFA	Euro
CHR	28.360.323	39.990.000	68.350.323	0,04
CSME	48.924.791	126.200.000	175.124.791	0,11
DS Dosso	48.475.815	98.418.800	146.894.615	0,45
DS Doutchi	49.182.470	164.729.650	213.912.120	0,65
DS Gaya	48.273.949	119.456.800	167.730.749	0,51
DS Loga	41.610.526	53.327.100	94.937.626	0,29
DS Boboye	35.164.627	53.806.400	88.971.027	0,27
Frais de compte	7.499		7.499	
Total CFA	300.000.000	655.928.750	955.928.750	
Total Euro	457.367	1.000.000	1.457.367	0,58

Le tableau suivant montre l'utilisation des fonds reçus par suite du paiement des arriérés des factures 2014-2015. Au 30 juin, les fonds avaient été utilisés à 82%. La comptabilité effectuée au 30 mars montre que pour certains districts, le **paiement des arriérés a servi principalement à payer leurs propres arriérés vis-à-vis de leurs fournisseurs** : le DS de Dosso a par exemple utilisé 72% du paiement des arriérés pour rembourser ses dettes aux fournisseurs. Le paiement des arriérés n'a finalement pas vraiment permis de regarnir les étagères des pharmacies des formations sanitaires. Peut-être l'apurement de leurs dettes a-t-il permis à certains districts de contracter de nouveaux crédits auprès de leurs fournisseurs. Quoiqu'il en soit, ce tableau montre que la « gratuité » au Niger se traduit en une cascade de dettes/arriérés (Etat -> formations sanitaires -> fournisseurs).

Tableau 13 Utilisation des fonds reçus par suite du paiement des arriérés de factures (Niger)

	Apurement factures 2014-2015	Dépenses au 30/6/2017		Dépenses (au 31/3/2017) par destination		
	CFA	CFA	%	% ristournes pour au personnel	% pour apurer les dettes de la formation sanitaire	% pour acheter médicaments
CHR	39.990.000	39.990.000	100%	33%	0%	39%
CSME	126.200.000	126.073.977	100%	36%	55%	8%
DS Dosso	98.418.800	93.694.039	95%	0%	72%	28%

¹⁶⁹ Le virement pour le paiement des arriérés a été effectué sur le compte de l'Agence Centrale Comptable du Trésor (ACCT). Le 20 janvier 2017, le Trésor national a procédé au virement dans les comptes des 5 Districts sanitaire, du Centre Hospitalier Régional (CHR) et du Centre de Santé Mère et Enfant. Aucun mécanisme de déconcentration n'a donc été utilisé.

	Apurement factures 2014-2015	Dépenses au 30/6/2017		Dépenses (au 31/3/2017) par destination		
	CFA	CFA	%	% ristournes pour au personnel	% pour apurer les dettes de la formation sanitaire	% pour acheter médicaments
DS Douchi	164.729.650	94.054.360	57%	0%	41%	59%
DS Gaya	119.456.800	117.451.246	98%	0%	87%	3%
DS Loga	53.327.100	27.346.233	51%	0%	0%	10%
DS Boboye	53.806.400	36.596.319	68%	0%	0%	0%
Total	655.928.750	536.206.174	82%			

Pour donner suite aux recommandations de l'atelier de Dosso (janvier 2016) validées par le Comité de pilotage du 4 juillet 2016, le MSP a créé par son Arrêté 328 du 2 septembre 2016 un groupe de travail chargé de la révision du mécanisme de l'exemption de paiement des prestations de santé. Le groupe de travail a pour mission d'améliorer le mécanisme et de créer les conditions de sa pérennisation par l'élaboration d'un mécanisme déconcentré et décentralisé avec un circuit simplifié et fiable d'établissement, de validation et de paiements des factures de gratuité:

- Simplifier et maîtriser le circuit de production, de validation et d'engagement des factures en s'appuyant sur les processus de déconcentration et de décentralisation
- Conceptualiser l'ordonnancement, la vérification, l'apurement et le paiement des factures à l'échelon régional ou départemental
- De proposer un mécanisme révisé d'exemption de paiement des soins à tous les échelons

Lors de la première réunion du groupe de travail, il a été décidé de mettre en place un groupe restreint de 9 personnes pour produire le document de base. Ce groupe restreint s'est réuni en atelier du 20 au 23 octobre 2016, et les résultats de leur travail (« Document d'options et de propositions pour l'amélioration du mécanisme d'exemption de paiement des soins de santé au Niger ») ont été discutés lors de la deuxième réunion du groupe de travail le 26 octobre, et lors de la réunion du comité technique I3S du 27 avril 2017, et validés lors du comité de pilotage I3S du 31 août 2017. Outre les mécanismes de paiement des factures gratuité, le document propose la création d'une Agence nationale autonome de gestion de la gratuité des soins (ANAGS) avec ses bureaux régionaux et ses points focaux. Les prochaines étapes sont la validation officielle des mécanismes au niveau du MSP et du ministère des finances. Il est donc normal que le premier versement pour l'apurement des arriérés 2014-2015 n'ait pas pu utiliser un mécanisme de déconcentration. Il est également peu probable que ces mécanismes de déconcentration puissent être utilisés avant la fin du projet.

Au niveau de l'amélioration des mécanismes de « facturation de la gratuité », qui était également un résultat attendu du projet, nous n'avons pas pu constater un réel renforcement du système d'établissement des factures ou du processus de vérification (autre que la vérification arithmétique) des factures émises par les formations sanitaires¹⁷⁰. Le logiciel de facturation amélioré mis à la disposition des districts n'est pas encore utilisé dans le district de Dosso (ils continuent d'utiliser Excel), et les prix forfaitaires utilisés dans les factures ne correspondent pas toujours à ceux mentionnés dans le manuel de la gratuité finalisé avec l'appui du projet (mais non encore validé officiellement) : ainsi le manuel indique des tarifs différenciés par type d'hospitalisation (pédiatrie, chirurgie, autres services spécialisés) qui ne sont pas applicables dans les outils Excel. Les niveaux régional et national n'utilisent aucun logiciel spécifique pour la consolidation et la comptabilisation des factures émises : seuls les montants globaux sont introduits dans un classeur Excel (qui est utilisé comme une simple machine à calculer). Après 11 ans d'implémentation des exemptions de paiement, il n'y a encore aucun embryon d'un « système d'information de la gratuité » digne de ce nom, ni d'organisation gestionnaire de la gratuité.

L'I3S était censée contribuer également à la réflexion pour la mise en place d'une stratégie globale de financement de la santé (orientation CSU), qui aurait intégré les gratuités et ouvert la voie vers un Fonds social santé du Niger

¹⁷⁰ Selon les personnes interviewées, un des gros problèmes de la gratuité reste la véracité des factures (ou la réalité de la prestation effectuée).

(FSSN). Mais toute cette réflexion stratégique n'a guère progressé depuis le document de stratégie de financement de 2012. Une expertise P4H est en cours d'identification pour redynamiser la réflexion.

Nous n'avons pas encore reçu le rapport de l'étude LASDEL (contrat signé en février 2017 et rapport attendu pour la fin novembre 2017) sur la comparaison entre « districts gratuité » et « district FBR » à Dosso (projet qui est maintenant terminé) : ce rapport va donner un état des lieux relatif aux deux méthodes de compensation des gratuités pour les formations sanitaires. Mais il n'est pas encore clair pour l'équipe d'évaluation ce que cette étude doit effectivement comparer.

L'étude sur les financements innovants n'est guère convaincante. Sur les cinq options étudiées au départ, trois ont été retenues : taxes additionnelles sur la téléphonie mobile et sur le tabac, et assurance maladie obligatoire pour les agents de l'Etat. Cette dernière option n'est pas claire : s'agit-il d'une cotisation santé prélevée à la source sur les salaires des agents de l'Etat et devant couvrir leurs soins de santé ou ces cotisations vont-elles alimenter un fonds pour la santé de l'ensemble de la population ? Si la deuxième option est celle envisagée par les auteurs de l'étude, on peut s'attendre à des problèmes d'acceptation. Si c'est la première option qui est correcte, il ne s'agit pas d'un financement innovant mais de la mise en place d'un système contributif obligatoire avec prélèvement des cotisations à la source. D'autre part, le rapport ne mentionne pas les transferts de la diaspora¹⁷¹ comme piste à explorer : si ces transferts (officiels) restent modestes pour le Niger (209 millions US\$ en 2016), ils sont très importants pour le Mali (> 1 milliard US\$ en 2016) et le Sénégal (> 2 milliards US\$ en 2016).

Les termes de référence pour une étude complémentaire des coûts des prestations de services et des soins au niveau district sanitaire ont été validés.

¹⁷¹ World Bank Group/Knomad. Migration and Remittances – Recent Development and Outlook. Migrations and Development Brief 28. October 2017. Ce rapport prévoit une augmentation de 10% des transferts vers l'Afrique subsaharienne. Les transferts provenant des émigrés vers les pays en développement sont plus importants que l'Aide publique au développement et plus stables que les flux de capitaux privés.

24 EVALUATION DE L'I3S NIGER

19.1 PERTINENCE ET COHERENCE INTERNE

Le projet I3S était sans doute pertinent au moment de son instruction lorsque la nouvelle stratégie nationale de financement de la santé venait d'être validée et laissait espérer une implémentation planifiée avec la mise en place d'un Fonds social santé. Mais le projet a démarré très tardivement et la stratégie de financement de la santé est restée lettre-morte. En conséquence, le projet a été principalement utilisé comme substitut à l'aide budgétaire précédente, c'est-à-dire pour apurer les arriérés (et recapitaliser, sous forme d'intrants) des formations sanitaires de la région de Dosso. Mais il n'y a pas encore eu d'appui véritablement structurant.

Questions évaluatives.

Dans quelle mesure le contenu et l'ancrage institutionnel des projets sont-ils pertinents par rapports aux stratégies, aux politiques, aux besoins et aux dispositifs nationaux ?

Dans le contexte actuel, il n'y a pas véritablement d'alternative à un ancrage institutionnel au niveau de la DEP du MSP.

Comment chaque pays a-t-il été amené à prioriser un dispositif de financement de la santé plutôt qu'un autre pour le projet I3S ? Dans quelle mesure l'initiative globale a-t-elle influencé l'aide à la décision en faveur d'un dispositif plutôt qu'un autre, et ce afin de répondre au problème posé (accès aux soins)?

Les systèmes d'exemption de paiement en vigueur au Niger depuis 2006 ont été soutenus depuis le départ par l'AFD : d'abord en utilisant l'outil « aide budgétaire », ensuite en utilisant le financement I3S. On peut même supposer que sans la France, la gratuité des soins au Niger serait restée lettre-morte. Le projet I3S s'est aligné sur les objectifs fixés dans la stratégie de financement de la santé qui date de 2012 et qui n'a plus été revue depuis : sur base du constat de l'impasse de la gratuité (« *Aujourd'hui cette stratégie est confrontée à des difficultés ayant des conséquences sur le système de santé. Elles sont entre autres : l'insuffisance de financement, le retard dans la transmission des pièces justificatives des formations sanitaires au Ministère de la Santé Publique et de celui-ci au ministère des Finances, à la tension permanente de trésorerie que connaissent les finances publiques du Niger depuis plus de 20 ans et au manque de suivi des engagements dans le circuit de la dépense tant au ministère de la santé qu'au ministère des finances.* »), le document proposait, parmi d'autres objectifs stratégiques, la mise en place d'un Fonds social santé.

Le choix était donc très restreint : emprunter le canal de la gratuité, ou initier des phases pilotes de FBR ou de systèmes mutualistes. Il était tout-à-fait logique que l'AFD emprunte le canal gratuité, en cohérence avec ses appuis antérieurs, et dans le but de structurer ce système « gratuité ».

L'I3S n'a donc pas influencé l'aide à la décision en faveur d'un dispositif, elle s'est alignée sur la seule stratégie nationale (avec tous ses problèmes déjà bien documentés (cf. rapports LASDEL), en empruntant un canal cohérent qui permettait à la fois un appui institutionnel et un financement direct de la demande. Mais l'appui financier de l'I3S (dans sa composante apurement des arriérés) risque de devenir plus une substitution pure et simple qu'une contribution. Et l'inertie du Niger pour structurer une démarche CSU avait été sous-estimée lors de l'instruction et du démarrage du projet.

Le ciblage géographique de certains projets (au niveau infranational) est-il pertinent (principe du ciblage, choix des zones ciblées) ?

S'agissant d'une phase pilote (en termes d'essai de déconcentration du système de circulation, validation et paiement des factures), il était normal de choisir une région : mais aucune personne interviewée n'a pu expliquer pourquoi la région de Dosso avait été choisie. On en conclut que le choix était basé sur des critères de proximité et de sécurité.

19.2 COHERENCE

Questions évaluatives.

Dans quelle mesure les projets I3S sont-ils cohérents avec les initiatives ou les programmes portés par d'autres bailleurs de fonds ou des ONG intervenant également dans le champ du financement de la santé ?

Le projet I3S pouvait venir en complément, du côté du financement de la demande, aux appuis des autres PTF (et en complément également à l'autre modalité d'appui de l'AFD à travers le Fonds commun santé). Il semble que le Niger s'oriente de plus en plus vers des stratégies de financement de type FBR avec comme partenaires la Banque mondiale (région de Dosso¹⁷²), la CTB (régions de Dosso et Tillabéry), et la KfW (Tillabéry). Nous n'avons constaté aucune amorce de dialogue entre ces différents intervenants pour harmoniser leurs approches et leur manuel de procédures FBR. Le FBR est aussi une manière d'éviter l'inertie, les blocages, et « la mauvaise volonté » de la chaîne de la dépense publique.

Les effets attendus des projets sont-ils cohérents avec les objectifs de l'initiative ?

Le problème n'est pas la cohérence du projet avec les objectifs de l'I3S, mais la cohérence du gouvernement nigérien avec ses propres initiatives d'exemption de paiement des soins, et la cohérence de l'approche du projet : déconcentration du paiement des factures « gratuité » (c'est-à-dire modification de procédures liées au système de gestion des finances publiques qui est le système public qui, par définition, offre le plus d'inertie) avant la mise en place d'un système d'information « gratuité » simple et robuste qui permette à tout moment d'établir un tableau financier résumant de manière fiable la situation en matière de « gratuité ». **Le manuel de procédures « gratuité » (version d'août 2017) ne mentionne aucun système d'information (mise en place ou à mettre en place).**

Pour résumer la situation, on a d'un côté l'Etat qui ne respecte pas ses engagements financiers, et d'un autre côté un système de facturation qui n'est toujours pas défini clairement, qui n'est pas supervisé ni contrôlé, et qui n'est pas géré dans un système de type base de données. On risque d'entrer dans un cercle vicieux où les districts/régions/formations sanitaires se diront « à quoi bon superviser/contrôler puisque de toute façon les factures ne seront pas payées ? » et l'Etat qui dira « pourquoi payer des factures alors qu'il n'y a aucune preuve que les prestations ont bien été effectuées¹⁷³ ? ».

Quels sont les résultats attendus sur la politique nationale de financement de la santé (formulation et mise en œuvre) ainsi que sur l'accès aux soins ?

Le cadre logique du projet I3S définit clairement les résultats attendus liés au renforcement de la gouvernance du système gratuité et à l'accès aux soins: capacités et responsabilisation des acteurs renforcées à tous les échelons (MSP/DEP, départements et communes) ; gestion, suivi et contrôle des factures simplifiés et déconcentrés ; mécanismes de contrôle déconcentrés validés ; expérimentation pilote en place à Dosso ; consolidation et pérennisation du FSSN ; augmentation de l'utilisation des services de santé infantiles ; diminution de la mortalité infantile.

¹⁷² Financement de la BM à travers le Fonds commun, mais avec un système spécifique d'indicateurs.

¹⁷³ Ce qui est une entorse sérieuse aux procédures de gestion des finances publiques.

Dans chaque pays bénéficiant d'un financement I3S, les moyens humains, financiers, juridiques et contractuels mis en place sont-ils de nature à permettre l'atteinte des résultats attendus des projets ?

Comme précisé dans la note de cadrage, ce n'est pas au pays bénéficiaire à mettre en place des moyens pour que les projets I3S réussissent (ce serait un alignement à l'envers) : c'est plutôt aux projets à mettre en place des appuis qui contribueront à la réussite des nouvelles stratégies de financement visant à étendre la protection sociale santé.

L'enjeu pour le temps restant du projet sera la mise en place d'un système d'information « gratuité » adéquat (simple et robuste) ; mais le contrat de l'AMOV vient à terme fin 2017 : s'il y a prolongation, l'accent devrait être mis sur l'objectif « système d'information ».

25 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Compte tenu de la faiblesse dans les réalisations/résultats du projet, une restructuration peut être envisagée : le COS, lors de la réunion du 13 mars 2018, a donné mandat à l'AFD pour enclencher un dialogue en ce sens avec les autorités nigériennes. Les quelques options discutées lors de la réunion du COS sont :

- Continuation de l'apurement des arriérés « gratuité » 2016-2017 (région de Dosso), mais en tenant compte d'un risque fiduciaire (comment valider la réalité de prestations de soins qui se sont passées il y a un ou deux ans ?)
- Paiement (trimestriel) des factures gratuité de manière prospective, sur base d'un réel contrôle/validation des factures émises par les formations sanitaires (vérification sur base des registres/rapports SNIS, et contrôle de la réalité des prestations sur base interview de patients (échantillons constitués par tirage au sort à partir des registres des formations sanitaires). Le système et les procédures de contrôle/vérification/validation devraient être similaires à ce qui est utilisé dans les systèmes FBR (pour éviter de multiplier des manuels de procédures qui ont tous le même objectif : le contrôle des factures émises par les formations sanitaires avant la mise en paiement).
- Recapitalisation des formations sanitaires par mise à disposition de stocks de médicaments essentiels SMI (en lieu et place du paiement des factures « gratuité »). Cette option élimine une grande partie du risque fiduciaire lié au paiement des factures « gratuité ».
- Alignement sur le système FBR tel qu'il est implémenté à Dosso (avec l'appui de la coopération belge) ou tel qu'il est implémenté à Tillabéry (avec l'appui de la KfW), ou tel qu'il a été implémenté dans le district de Boboye (avec l'appui de la Banque mondiale). Le projet I3S devrait alors appuyer l'harmonisation entre les différentes approches FBR (renforcement des capacités « stratégie de financement santé / CSU » au niveau des ministères concernés, élaboration d'un manuel de procédures commun (national).
- Envisager un financement I3S utilisant le canal du Fonds commun santé Niger (quelle que soit l'option retenue ci-dessus).

Quelle que soit l'option (ou les options) choisies, le projet a besoin d'une assistance à maîtrise d'ouvrage (sous forme d'expertises perlées et non d'une assistance technique « à résidence ») et d'un plan de travail 2018/2019 réaliste (faisable) qui se concentrerait sur (1) l'amélioration des quelques outils utilisés pour la facturation (à tous les niveaux), (2) la consolidation des factures dans une base de données régionale (Dosso) permettant l'établissement d'états récapitulatifs fiables par niveau et constituant un premier noyau de système d'information « factures émises par les formations sanitaires », et (3) le développement d'un premier système de contrôle des factures simple et efficient. Finalement, on ne parle ici que d'un système de gratuité qui comprend 10 prestations gratuites effectuées à 5 niveaux (CS, CSI, HD, structures régionales et structures nationales – voir annexe 3) : l'informatisation (et le contrôle) d'un tel système ne devrait présenter aucune difficulté. Les expériences FBR doivent être mises à profit pour la mise sur pied du système d'information et de contrôle.

Comme le cadre logique initial n'avait été mis à la disposition ni de la maîtrise d'ouvrage, ni de l'AMOV, ni de la coordination du projet, nous nous posons la question de la pertinence d'une révision de ce cadre logique à un an de la fin du projet (et sachant que le contrat de l'AMOV se termine fin 2017). De toute façon, le cadre logique initial est en grande partie obsolète, et il ne faut pas trop se faire d'illusions sur la capacité du projet à infléchir à court terme la chaîne de la dépense publique pour mettre à profit les possibilités en termes de déconcentration (et encore moins en termes de décentralisation). La restructuration du projet devra être mise à profit pour revoir sa logique d'intervention et son cadre de redevabilité.

Annexes - Niger

ANNEXE 1 Calendrier de la mission Niger et personnes rencontrées

Jour	Activité/Organisation	Personne	Fonction
Jeudi 2/11	AFD-Niamey / Briefing	Franck Leroy	Chargé de mission gouvernance, santé et ONG
	LASDEL	Jean-Pierre Olivier de Sardan	Socio-anthropologue
	MSP/SG/DEP/I3S	Maty Rakiatou Kindo	Coordinatrice projet I3S
	Conseil Santé (AMOV)	Inoussa Malam Issa	AT Expert résidentiel auprès de la DRSP de Dosso
Vendredi 3/11	Conseil Santé (AMOV)	Inoussa Malam Issa	AT Expert résidentiel auprès de la DRSP de Dosso
	MSP/SG/DEP/I3S	Maty Rakiatou Kindo	Coordinatrice projet I3S
	LASDEL	Mahaman Moha	Chercheur
		Aïssa Diarra	Chercheur
Abdoulaye Ousseini		Chercheur	
Samedi 4/11 et dimanche 5/11	Lecture documents collectés et rédaction note de débriefing		
Lundi 6/11	Conseil Santé (AMOV)	Amadou Koïta	AT expert résidentiel auprès de la DEP
	Primature	Abdou Galo Karinou	Conseiller santé, affaires sociales et humanitaires
	MSP/SG/DEP	Midou Kailou	Chef de la division financement et point focal I3S
Mardi 7/11 (Région Dosso)	DRSP Dosso	Hassan ABDOUL-NASSER	Directeur régional dal santé
		Soumana Kano	Chargé de la participation communautaires (sortant)
		Mamadou Harouna	Chargé de la participation communautaire (entrant)
	DS Dosso	Ayoub Amadou	Médecin chef district
		Souleymane Saïbou	Gestionnaire district
		Tahirou Moussa	Chargé de la participation communautaire
		Mariama Hammadou	Gestionnaire pharmacie district
	CSI urbain Dosso	Salamatou Hammadou	Chef CSI
		Fatim Garba	Percepteur CSI
		Issa Moumouni	Trésorier COGES Dosso
	DS Birni N'Gaouré (Boboye)	Manzo Farouk	Médecin chef district
		Idrissa Labaty	Gestionnaire district
	CSI Kofo	Amadou Namata	Chef CSI
Fatouma Allasane		Infirmière CSI	
Mercredi 8/11	MSP	Ranaou Abaché	Secrétaire général du MSP
	GFA Projet KfW FBR	Christoph Heuschkel	AT
	Conseil Santé (AMOV)	Amadou Koïta	AT expert résidentiel auprès de la DEP
	MSP/SG/DEP/I3S	Maty Rakiatou Kindo	Coordinatrice projet I3S
Jeudi 9/11	MSP Projet CTB		
	AFD-Niamey / Débriefing	Franck Leroy	Chargé de mission gouvernance, santé et ONG

ANNEXE 2 Documents collectés lors de la mission Niger

- **Documents demandés à l'AFD-Niamey**
 - Convention de financement I3S et avenants.
 - Contrat Conseil Santé (AMOV).
 - Rapports techniques et financiers I3S.
 - Aide-mémoire missions de supervision AFD 2017.

- **Documents relatifs au projet I3S**
 - Arrêté n° 118 MSP/SG/DEP du 8 avril 2015 portant création, missions, composition et fonctionnement du comité de pilotage du projet I3S.
 - Arrêté n° 119 MSP/SG/DEP du 8 avril 2015 portant création, missions, composition et fonctionnement du comité technique du projet I3S.
 - Arrêté n° 328 MSP/DEP du 2 septembre 2016 portant création d'un groupe de travail chargé de la révision du mécanisme d'exemption de paiement des prestations de santé
 - Compte rendu de la réunion du comité de pilotage du projet I3S du 4 juillet 2016
 - Compte rendu de la réunion du comité de pilotage du projet I3S du 31 août 2017.
 - Compte rendu de la réunion du comité technique du projet I3S du 14 janvier 2016.
 - Compte rendu de la réunion du comité technique du projet I3S du 14 avril 2016.
 - Compte rendu de la réunion du comité technique du projet I3S du 27 avril 2017.
 - I3S. Compte rendu de la réunion du groupe de travail chargé de la révision du mécanisme d'exemption de paiement du 26 septembre 2016.
 - I3S. Compte rendu de la réunion du groupe de travail chargé de la révision du mécanisme d'exemption de paiement du 26 octobre 2016.
 - I3S. Synthèse des travaux du groupe de travail restreint sur l'amélioration des mécanismes d'exemption (20-23 octobre 2016).
 - I3S. Manuel de procédures de gestion des factures, des commandes et du contrôle des stocks d'intrants de la gratuité des soins de santé
 - I3S. Mémo sur le mécanisme amélioré d'exemption de paiement des prestations de soins de santé au Niger. 13 octobre 2017.
 - I3S. Document d'options et de propositions pour l'amélioration des mécanismes d'exemption de paiement des soins de santé au Niger. Avril 2017.
 - I3S. Manuel de procédures opérationnelles – version finale. (Non daté). Et ANO de l'AFD sur ce manuel (27/2/2017).
 - I3S. Plans de travail semestriels (du semestre 1 2016 au semestre 2 2017).
 - I3S. Rapport technique et financier – décembre 2014 à novembre 2016.
 - I3S. Etude sur les financements innovants pour le secteur de la santé du Niger. Octobre 2017.
 - I3S. Termes de références pour l'étude complémentaire des coûts des prestations de services et des soins au niveau district sanitaire. Avril 2017.

- **Autres documents**
 - MSP. Plan de développement sanitaire 2017-2021.
 - MPPFPE. Politique nationale de protection sociale. Août 2011.
 - MSP. Rapport Evaluation à mi-parcours du COMPACT Niger 2011-2014. Septembre 2014.

- MSP/CTB/OMS/AEDES. Mission d'audit organisationnel du MSP du Niger – Rapport d'analyse de situation et diagnostic. 2015.
- MSP/CTB/OMS/AEDES. Mission d'audit organisationnel du MSP du Niger – Rapport final – Identification des axes prioritaires de modernisation et des orientations majeures de renforcement des capacités du MSP. 2015.
- Coudray M. Audit technique et organisationnel des directions régionales de la santé publique au Niger. Mars 2011.

ANNEXE 3 Tarif de remboursement par l'Etat nigérien des prestations exemptées de paiement

Tableau 14 Tarif de remboursement des prestations gratuites au Niger

Tarifs des prestations gratuites

Prestations gratuites	Hôpitaux Maternité nationaux	Centres Hospitaliers Maternités régionaux	Hôpitaux de districts	Centres de Santé Intégrés	Cases de Santé
Césarienne GEU, rupture utérine	80.000 FCFA	50.000 FCFA	35.000 FCFA	-	-
Soins enfants 0 – 5 ans (hospitalisé)	Pédiatrie 30.000 FCFA	25. 000 FCFA	10 000 FCFA	2 100 FCFA (observation)	-
	Chirurgie 40. 000 FCFA	30. 000 FCFA	12 000 FCFA		-
	Autres services spécialisés 25.000 FCFA	20.000 FCFA	-		-
Soins enfants 0 –5 ans (externe)	Pédiatrie 15 000 FCFA	10 000 FCFA	5 000 FCFA	500 FCFA	250 FCFA
	Chirurgie 20 000 FCFA	15 000 FCFA	7 000 FCFA	500 FCFA	-
	Autres services spécialisés 20.000 FCFA	15 000 FCFA	-	-	-
Consultation prénatale	-	-	-	1000 FCFA	-
Soins obstétricaux d'urgence	6 000 FCFA	6 000 FCFA	5 000 FCFA		
Produits et consommables pour la contraception	1 000 FCFA	1000 FCFA	1000 FCFA	1000 FCFA	-

Source : MSP

Section 4 Tchad

26 INTRODUCTION

La mission Tchad¹⁷⁴ s'est déroulée du 15 au 23 novembre 2017. La plupart des entretiens prévus dans la note de cadrage ont pu être réalisés et la mission a effectué une visite de terrain dans la région du Logone occidental où se concentrent une partie des activités financées par l'I3S (calendrier détaillé et liste des personnes rencontrées en annexe 1). Cette mission a permis également de récolter des documents qui viennent compléter ceux déjà collectés lors de la phase de cadrage (voir la liste de ces documents en annexe 2).

27 CONTEXTE

24.1 DEMOGRAPHIE ET SANTE¹⁷⁵

La population tchadienne était de 11 millions d'habitants en 2009 (dernier recensement général de la population et de l'habitat - RGPH) et, sur base d'un taux de croissance annuel de 3,4%, peut être estimée à 14,4 millions d'habitants en 2017 (et à 22 millions en 2030 – tous autres taux constants). L'indice synthétique de fécondité reste supérieur à 6 enfants par femme (de 6,6 en 1997 à 6,4 en 2015¹⁷⁶). Le taux brut de natalité est de 4,1% (41 naissances pour 1000 habitants).

La mortalité infanto-juvénile (décès pour 1.000 naissances vivantes) a baissé de 166 à 133¹⁷⁷ de 2004 à 2014 (83 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). La mortalité néonatale s'améliore très peu : de 37 en 2004 à 34 en 2014 (28 pour l'Afrique subsaharienne en 2015) et représente 26% de la mortalité infanto-juvénile.

En 2014, l'insuffisance pondérale (poids pour âge), le retard de croissance (taille pour âge), et la malnutrition aigüe (poids pour taille) représentaient respectivement 29% (33% en 2004), 40%¹⁷⁸ (45% en 2004) et 13% (16% en 2004) des enfants de moins de cinq ans (cas modérés et sévères cumulés). Ces taux demeurent très élevés en dépit de la légère amélioration depuis 2004.

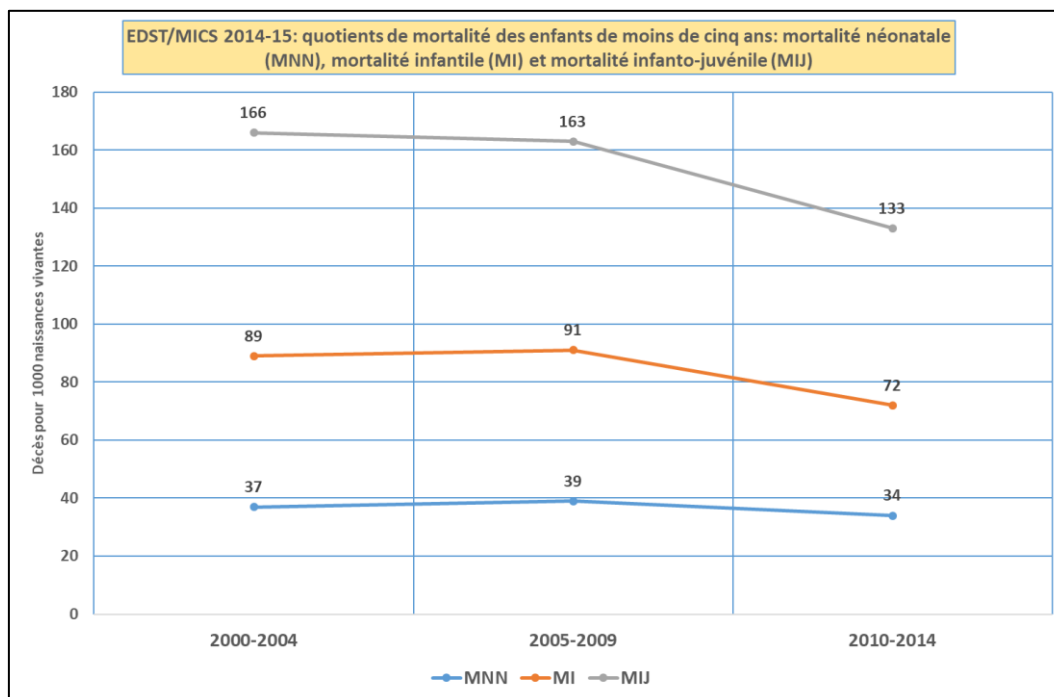
¹⁷⁴ L'équipe d'évaluation était composée de Abel Morbé Mbainadjina Ngartelbaye (consultant national) et de Marc Réveillon (responsable de l'évaluation).

¹⁷⁵ Sources des données pour ce chapitre : EDST/MICS 2014-2015, IHME (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>) consulté en novembre 2017.

¹⁷⁶ Il est à noter que l'ISF est inférieur au nombre idéal moyen d'enfants qui est de 8,2 pour l'ensemble des femmes et de 8,6 parmi les femmes en union (EDST/MICS 2014_2015).

¹⁷⁷ Cible OMD 2015 : 64.

¹⁷⁸ Situation considérée comme critique dans l'EDST/MICS 2014-2015.

Figure 20 EDS/MICS Tchad 2014-2015 : mortalité des enfants de moins de cinq ans

Le ratio (ou rapport) de mortalité maternelle est passé de 1.099 [671-1.527¹⁷⁹] décès pour 100.000 naissances vivantes en 2004 (EDST 2004) à 860¹⁸⁰ [728-993] en 2014 (547 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). La mortalité maternelle représente 45% de tous les décès des femmes de 15 à 49 ans.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la charge de morbidité (exprimée en cause de mortalité) de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population tchadienne¹⁸¹. On voit que si les deux premières causes restent identiques (maladies infectieuses¹⁸² et troubles néonataux¹⁸³), les maladies cardiovasculaires et les néoplasmes sont en bonne place et représentent aujourd'hui près de 15% des décès (transition épidémiologique). Le poids des troubles néonataux sur la mortalité générale a augmenté de 1990 à 2016 (de 8,9% à 10,5% des décès). Enfin, le VIH/SIDA et la tuberculose ont supplanté le paludisme (et autres MTN) pour venir en troisième cause de décès en 2016.

Tableau 15 Evolution des principales causes de mortalité de 1990 à 2016 pour l'ensemble de la population du Tchad

Causes de décès (rang et %)	1990		2016	
	Rang	%	Rang	%
Maladies infectieuses	1	45,4	1	32,9
Troubles néonataux	2	8,9	2	10,5
Maladies cardiovasculaires	3	7,7	4	9,01
Paludisme et autres maladies tropicales négligées	4	5,4	5	5,9
VIH/SIDA et tuberculose	5	4,6	3	10,3
Carences nutritionnelles	6	4,5	8	3,2
Néoplasmes	7	3,5	6	4,6
Blessures involontaires	9	2,8	7	3,7
Total		82,8		71,81

¹⁷⁹ Intervalle de confiance, qui indique aussi les fortes disparités entre milieu urbain et rural (ou entre régions).

¹⁸⁰ Cible OMD 2015 : 275.

¹⁸¹ IHME, consulté en novembre 2017.

¹⁸² Diarrhées, infections respiratoires et autres maladies infectieuses

¹⁸³ Ce qui montre le poids de la mortalité néonatale sur la mortalité totale.

Concernant les enfants de 0 à 5 ans, depuis 1990, les trois premières causes de mortalité sont les maladies infectieuses (46,4% en 2016), les troubles néonataux (20,7% en 2016), et le paludisme (et autres MTN) (8,5% en 2016). Cumulées, ces trois causes représentaient plus de 75% des décès des enfants de 0 à 5 ans en 2016. Si on désagrège ces groupes de maladies (2016), les maladies diarrhéiques sont la première cause de mortalité des enfants (19% des décès), suivies des infections respiratoires (16,3% des décès) et des encéphalopathies néonatales (7,5% des décès).

Les troubles néonataux sont la première cause de mortalité (77%) des nouveau-nés (0-6 jours) : encéphalopathies néonatales (asphyxie du nouveau-né et traumatismes) (31,7% des décès), prématurité (28,9% des décès) et septicémies néonatales (9,6% des décès). La mortalité néonatale précoce (0-6 jours) représente 75,4% de la mortalité néonatale, et donc 21,4% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Il découle des analyses qui précèdent qu'un impact fort sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans passe nécessairement par un impact (1) sur la mortalité néonatale précoce, ce qui inclut aussi des actions au niveau de la grossesse, de l'accouchement et des soins aux nouveau-nés (santé périnatale), et (2) sur les carences nutritionnelles (mères et enfants).

24.2 POLITIQUES ET STRATEGIES SECTORIELLES, ET SYSTEME DE SANTE

Un des principes directeurs de la nouvelle Politique nationale de la santé du Tchad (PNS 2016-2030) est la mise en place de la Couverture sanitaire universelle (CSU) avec un focus sur la santé maternelle et infantile. Parmi les orientations stratégiques, on peut lire « *l'augmentation de la part du budget Etat à la santé à un taux de 20 %* » et « *le développement d'une stratégie nationale de financement de la santé visant la couverture sanitaire universelle en s'inspirant des expériences en cours tels que le FBR, les mutuelles de santé, la gratuité de soins ciblée, etc. et en mettant l'accent sur les personnes pauvres et indigentes.* ».

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2018-2021) est la déclinaison opérationnelle de la PNS et reprend dans son cinquième objectif spécifique la « *contribution à l'atteinte de la Couverture sanitaire universelle (accès équitable aux services de santé curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation ainsi que la protection contre le risque financier lié au paiement des soins)* » par le développement d'un mécanisme d'assurance maladie universelle. Il est à peine fait allusion à des stratégies telles que le FBR dans le PNDS 2018-2021.

Le système de santé tchadien est de type classique (pyramidal à 3 niveaux) et repose sur le développement des districts sanitaires au niveau périphérique. Notons l'existence de l'Hôpital de la Renaissance qui offre des soins d'un niveau tertiaire élevé en complément aux structures nationales du même niveau : cet hôpital est géré actuellement par un groupe privé dans le cadre d'une approche contractuelle public-privé.

Les activités de santé sont étendues au niveau communautaire sous forme de stratégies avancées et de stratégies mobiles, ainsi que des activités à base communautaire impliquant des agents de santé communautaire qui sont placés sous la supervision des responsables des centres de santé.

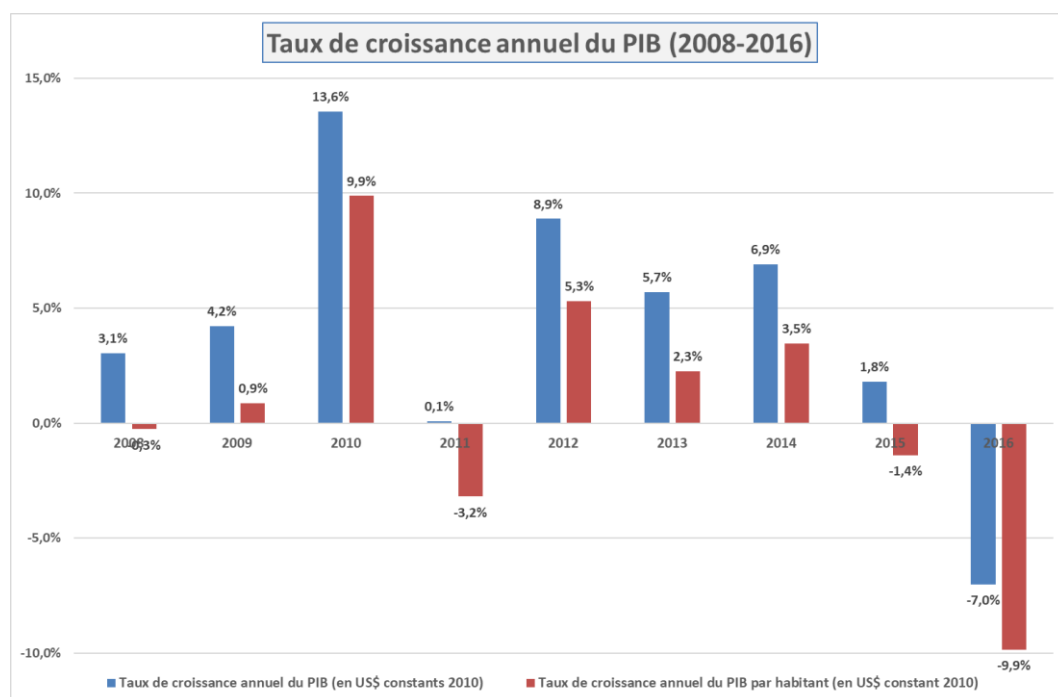
24.3 CONTEXTE ECONOMIQUE

Le Tchad est un pays à revenu faible (classement Banque mondiale), à la 186^{ème} place sur 188 pays selon l'indice de développement humain (IDH=0,396; IDH ASS=0,523 ; IDH PMA= 0,508¹⁸⁴), en-dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne (SSA) et du groupe des pays les moins avancés (PMA). Le revenu national brut par habitant en 2016 était de 675 US\$ courant ou 1,950 US\$ PPP¹⁸⁵ (moyenne pour l'ASS : 1.505 US\$ courant et 3.592 US\$ PPP – moyenne pour les pays à revenu faible : 612 US\$ courant et 1.646 US\$ PPP). Le graphique ci-dessous montre la croissance annuelle réelle du PIB (US\$ constant 2010) de 2008 à 2016 (avec la récession marquée à partir de 2015 due à la baisse des revenus pétroliers) et l'effet de la croissance démographique sur le PIB par habitant.

¹⁸⁴ PNUD. Rapport sur le développement humain 2016.

¹⁸⁵ Base de données WDI Banque mondiale consultée en novembre 2017.

Figure 21 Croissance du PIB 2008-2016 (Tchad)



Selon le FMI¹⁸⁶, « *Le Tchad est en situation de surendettement et la dette n'est pas soutenable sans restructuration de la dette commerciale extérieure qui pèse lourdement sur les finances publiques. Compte tenu des recettes pétrolières épuisables et instables, il est également nécessaire de renforcer la gestion budgétaire et la gestion de la dette, de maintenir une politique d'emprunt extérieure et intérieure prudente et de poursuivre les progrès dans la diversification de l'économie* ». Le même rapport table sur une croissance annuelle réelle moyenne du PIB de 2,9% pour la période 2017-2022 (soit une croissance par habitant qui reste négative).

24.4 LE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LES PERSPECTIVES CSU

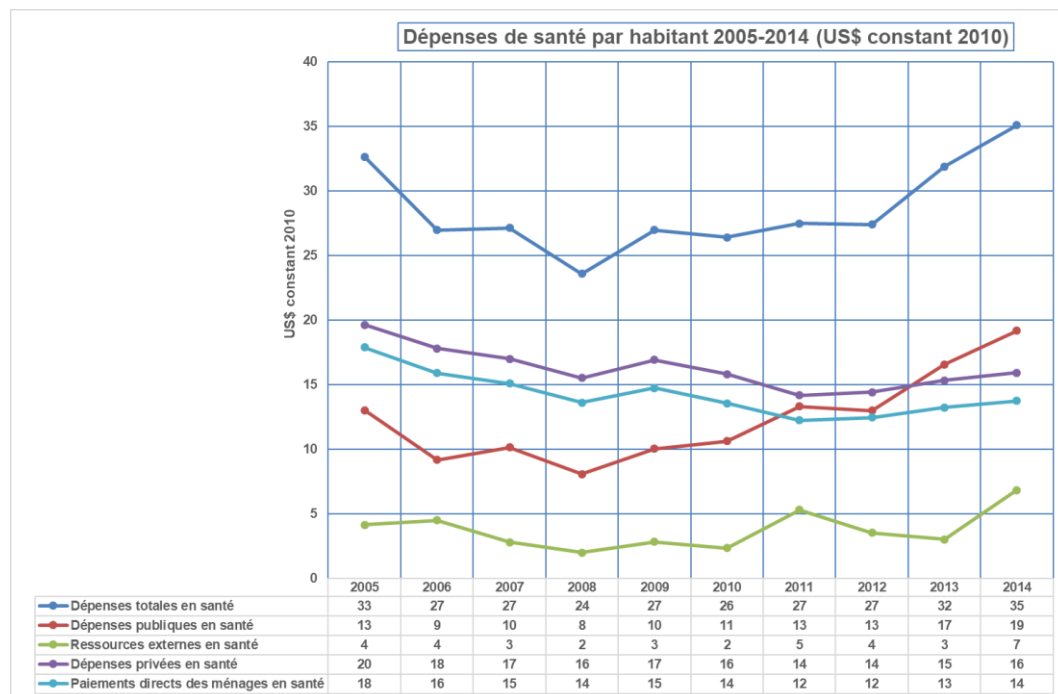
Le graphique ci-dessous montre l'évolution des dépenses réelles de santé de 2005 à 2014¹⁸⁷ (en US\$ constant 2010). On remarque une augmentation constante des dépenses publiques en santé de 2008 à 2014¹⁸⁸, et une diminution des paiements directs des ménages de 2005 à 2011. Il est peu probable que cette diminution des paiements directs des ménages reflète l'effet des gratuités décrétées par l'Etat : le recouvrement des coûts dans les structures publiques ne représente qu'une faible part des dépenses privées en santé, et l'effet des exemptions d'une partie de ce recouvrement des coûts (pour la gratuité des soins d'urgence) a peu de chance de se voir au niveau de l'indicateur « dépenses privées en santé ».

¹⁸⁶ FMI/Tchad. Request for a three-year arrangement under the extended credit facility and cancellation of the current arrangement – Debt sustainability analysis. 19 juin 2017.

¹⁸⁷ Base de données OMS sur les dépenses de santé par pays (WHO-NHA) consultée en novembre 2017 - <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators>.

¹⁸⁸ Mais on ne connaît pas la répartition à l'intérieur de ces dépenses publiques : part salariale, par des investissements, etc. D'après les entretiens, il semblerait que l'augmentation des dépenses publiques soit principalement due à une augmentation massive des investissements.

Figure 22 Dépenses de santé 2005-2014 (US\$ constant 2010)



En 2007, le gouvernement tchadien instaurait un système d'exemption de paiement pour les urgences chirurgicales, obstétricales, médicales et pédiatriques au niveau des hôpitaux publics du pays^{189 190} : le recouvrement des coûts¹⁹¹ ne pouvait donc plus être appliqué pour ces urgences. L'Etat s'était engagé à compenser le manque à gagner des hôpitaux par des dotations additionnelles en intrants, mais sans qu'il y ait eu quantification préalable par niveau de la pyramide sanitaire. Une évaluation de la gratuité des soins d'urgence effectuée pour la période 2007-2010¹⁹² a montré les éléments suivants :

- L'utilisation des hôpitaux a augmenté substantiellement, et pas seulement pour les cas d'urgence. Cette augmentation a nui à la qualité des services : surcharge de travail pour le personnel, ruptures de médicaments, etc.
- Les hôpitaux ont continué à faire payer certains services supposés exemptés. Par exemple, les trois-quarts des malades admis en urgence ont déclaré avoir acheté tout ou partie des médicaments prescrits (dépense moyenne de 30.000 CFA).

¹⁸⁹ Il y avait déjà un système d'exemption de paiements mise en place pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (y compris médicaments pour infections opportunistes), traitement paludisme, lèpre, trypanosomiase, tuberculose, vaccination des enfants, certaines maladies chroniques, et évacuations sanitaires à l'extérieur du pays. Ces systèmes de gratuité n'ont jamais été évalués.

¹⁹⁰ Dans le cadre de la mise en œuvre de la décision de gratuité des soins d'urgence, il a été mis en place au sein du MSP suivant arrêté n° 239/PR/PM/MSP/SE/SG/10 du 3 juin 2010 un Comité de suivi et de contrôle de la gratuité des soins ayant pour mission, entre autres, de donner des orientations à l'Unité opérationnelle de gestion de la gratuité des soins (arrêté n° 252/PR/PM/MSP/SE/SG/DRH/DGP/10 du 15 juin 2010) appuyée par des points focaux (arrêté n° 252/PR/PM/MSP/SE/SG/DRH/DGP/2010 du 12 novembre 2010). Selon les textes, l'Unité de Gestion de la Gratuité des Soins d'Urgence (UGGSU) procède à un virement bancaire au profit de la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA), afin qu'elle assure la dotation des hôpitaux conformément à la liste des médicaments retenus pour la mise en œuvre de la gratuité des soins d'urgence. L'UGGSU achemine les médicaments et consommables par l'intermédiaire de la CPA. Les médicaments sont livrés dans les Pharmacies régionales d'approvisionnement (niveau DSR) puis redistribués aux hôpitaux, chacun selon sa dotation. Il a été recommandé aux hôpitaux de tenir un stock et une comptabilité séparés pour la gratuité.

¹⁹¹ La participation communautaire au recouvrement des coûts dans le secteur public génère des recettes destinées à renouveler le stock de médicaments et à couvrir une partie des frais fonctionnement, y compris des primes au personnel (Loi n°19/PR/99 du 10 décembre 1999 ; Décret 364/PR/MSP/2001 ; et Arrêté 362/MSP.DGA/DP ML 2003).

¹⁹² Coulibaly et al., Evaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad 2007-2010. Février 2012. MSP/OMS/AFD.

- La politique de gratuité a été appliquée sans mesure d'accompagnement spécifique pour le personnel (ni primes de motivation¹⁹³, ni amélioration du niveau salarial, ni recrutement de personnel complémentaire pour absorber la surcharge de travail). De plus, la quasi-totalité des prestataires n'ont bénéficié d'aucune formation dans le cadre de la gratuité des soins (méconnaissance du champ de définition de la gratuité, de la durée légale d'hospitalisation, et du circuit de prise en charge malade dans le cadre de la gratuité).
- Les ruptures fréquentes des médicaments ont contribué à la détérioration de la qualité des soins et des relations entre le personnel de santé et les patients qui accusent les formations sanitaires de mauvaise gestion et de détournement. Les dotations de départ ont été sous-estimées et inadaptées. Le seul critère retenu dans la dotation d'un hôpital est le niveau qu'il occupe dans la pyramide sanitaire sans aucune référence au volume de son activité ou à son plateau technique. Les ruptures fréquentes pourraient aussi s'expliquer par le sous financement de la politique d'exemption en l'absence d'une estimation correcte des besoins en médicaments tenant compte de la hausse de la fréquentation.
- Les outils de gestion ne sont pas correctement et régulièrement tenus. Le travail de collecte au niveau central n'est pas réalisé de manière suivie de telle sorte qu'on puisse travailler sur des données déjà rassemblées et nettoyées. Les formations sanitaires ne disposent pas de comptabilité adéquate. Les comités de gestion de la gratuité mis sur place au niveau des hôpitaux ne produisent pas de rapport d'activités.
- L'inexistence de textes pour cadrer et réglementer la décision de la gratuité des soins d'urgence ne permettait pas d'avoir une approche standardisée pour la mise en œuvre de l'initiative. On devait donc s'attendre à des 'faux positifs' (urgences qui n'en étaient pas), et des 'faux négatifs' (refus d'admettre en urgence de vrais cas d'urgence).
- L'étude conclut que « *En ciblant les hôpitaux, la politique n'est pas équitable envers les plus pauvres dont la majorité vivent en milieu rural. L'expérience montre que la majorité des patients des hôpitaux viennent de leur ville d'implantation* », et recommande (1) de réduire le nombre de prestations aux accouchements, aux traumatismes, au paludisme, et aux IRA qui couvrent les trois quarts de la demande des soins gratuits et (2) d'étendre la gratuité de ce paquet limité aux centres de santé.

L'étude n'a pas suffisamment mis en avant les éléments suivants (pourtant patents à travers l'information récoltée) :

- Il y a bien eu augmentation de la fréquentation des hôpitaux, spécialement pour les urgences obstétricales et pédiatriques (paludisme et IRA) et pour les examens complémentaires (imagerie médicale et laboratoire). Mais cette augmentation se concentre sur les années 2007-2009 : dès 2010, il y a déjà une stabilisation (sinon une baisse pour certains hôpitaux).
- Il n'y a eu aucune dotation additionnelle de l'Etat ni en 2007 ni en 2009 : la gratuité a donc dû, dès le début, être financée sur fonds propres des formations sanitaires. La « dotation gratuité soins d'urgence » de 2008 représentait 685 millions CFA : 50 millions CFA pour l'HGRN, 22 millions CFA pour chacun des 5 HR, et 10 millions CFA pour chacun des 52 hôpitaux de district. Ces 685 millions CFA ne représentaient que 1,2 % du budget santé, ou 0,064% du budget total de l'Etat. Sachant que le budget santé ne représentait que 5,3% du budget total de l'Etat, on réalise que le « coût » de la gratuité pour l'Etat est beaucoup plus faible que le coût (budgétaire) que représenterait un respect des engagements d'Abuja (15% du budget de l'Etat pour la santé, ce qui aurait représenté en 2008 un budget additionnel de 104 milliards CFA, à comparer aux 685 millions pour la « gratuité des soins d'urgence »). Le raisonnement vaut pour 2010 : la dotation « gratuité » 2010 représentait 1,535 milliard CFA (plus du double de la dotation 2008) répartis entre l'HGRN (70 millions CFA), les HR (50 millions CFA par HR) et les HD (13,4 millions CFA par HD). Cette dotation 2010 représentait 2,28% du budget de l'Etat consacré à la santé, ou 0,10% du budget total de l'Etat. Le financement de la gratuité ne constituait donc pas un enjeu budgétaire énorme pour le Tchad dans les années 2007-2010 et ne nécessitait donc pas d'études spécifiques de type « espace fiscal ».

Faisant suite aux recommandations de l'étude, le système de gratuité des soins d'urgence a été étendu aux centres de santé en 2012-2013, mais n'a pas été limité dans son étendue (paquet de bénéficiaires). Le budget de l'Etat pour la

¹⁹³ Alors que le personnel perçoit des primes sur base des recettes du recouvrement des coûts.

santé a augmenté substantiellement de 2011 à 2013 (sans jamais cependant dépasser 9% du budget total de l'Etat), pour baisser ensuite de 23% entre 2013 et 2016 (en CFA courants, ce qui, pour les années 2013 et 2014, est en contradiction avec les données de la figure ci-dessus sur les dépenses de santé). En 2016, le budget santé représentait 93,56 milliards CFA, soit 9,85 euros par habitant.

En 2017 l'Etat a recadré sa politique de gratuité des soins, et l'Arrêté du 30 août 2017 limite les exemptions de paiements (1) aux soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes dans les centres de santé, et (2) aux soins pour les femmes enceintes, les cas de paludisme grave, les morsures de serpent, les piqûres de scorpions, et les fistules dans les hôpitaux¹⁹⁴. L'Arrêté stipule que ces exemptions de paiements sont compensées par l'Etat par des subventions en intrants (kits CS et kits de prise en charge nutritionnelle pour les CS ; kits césariennes, sérum antivenimeux, et kits fistule pour les hôpitaux), mais ne précise pas la valeur de ces kits par niveau de la pyramide sanitaire, ni sur quelle base ils seront attribués. **A la date de la mission (novembre 2017), dans la région de Moundou, les formations sanitaires publiques n'avaient reçu aucune dotation additionnelle « gratuité » au titre du budget 2017.**

En 2015, le gouvernement a publié un document de stratégie nationale de la CSU, suivi en 2016 par un Plan stratégique national pour la mise en œuvre de la CSU 2017-2019. Parallèlement, le Tchad publiait sa Politique nationale de santé 2016-2030. La stratégie nationale CSU prévoit dans son premier axe des mécanismes assurantiels (mutuelles de santé et assurance maladie obligatoire) et des mécanismes « assistanciers » (par exemple les systèmes de gratuité) qui devront progressivement être transformés en systèmes d'affiliation aux mécanismes assurantiels via une prise en charge des cotisations par l'Etat (et en fonction des revenus des bénéficiaires). Les autres axes concernent une utilisation plus efficace et équitable des ressources, le partenariat public-privé, la prévention des risques, la prise en compte des souhaits des populations, et la mobilisation de ressources financières pour la CSU.

Des instances ont été mises en place pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie CSU : l'arrêté interministériel 003/PR/PM/2016 (12 janvier 2016) portait création d'un cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la stratégie nationale CSU : le Haut comité interministériel chargé d'orienter, de coordonner et de prendre les décisions stratégiques en matière de couverture sanitaire universelle ; le Comité technique de suivi, chargé de valider le travail de la cellule interministérielle de coordination ; et la cellule interministérielle de coordination, chargée d'impulser les actions et activités nécessaires à la mise en œuvre de la CSU et d'en assurer le suivi de leur mise en œuvre. La mise en place de la CSU est réaffirmée à la fois comme un principe directeur et comme un objectif spécifique de la PNS 2016-2030.

Il est à noter que le plan stratégique CSU 2017-2019, dans son axe 2, inclut une action intitulée : « poursuite de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats en mettant l'accent sur les indicateurs de qualité »¹⁹⁵. Et la PNS 2016-2030 inclut une orientation stratégique (OS 11) intitulée : « Développement d'une stratégie nationale de financement de la santé visant la CSU en s'inspirant des expériences telles que le FBR, les mutuelles de santé, la gratuité des soins ciblée etc. ».

Des systèmes FBR sont implémentés par le PRSSMI (Banque mondiale) dans 5 régions et 13 districts, par le PADS (coopération suisse) dans deux districts, et par le PASST 2 (AFD) dans deux districts. Il ne semble pas qu'il y ait eu coordination entre ces différents projets pour harmoniser les modalités d'interventions et les procédures. Le projet de mutuelles (dans deux districts) financé par la coopération suisse inclut également des aspects de financement basé sur la performance (par exemple, bonus octroyé aux formations sanitaires sur base de l'adéquation entre ordonnances de médicaments et ordigrammes – performance/qualité de la prescription).

Le nouveau PNDS 2018-2021 inclut un chapitre important sur les problèmes du financement public de la santé (diminution du budget du MSP à partir de 2013, inefficience dans l'allocation budgétaire et manque d'équité) et sur la stratégie CSU, mais reste quasiment muet sur le FBR. Il y a donc une certaine incohérence entre les différents documents stratégiques sectoriels. La figure suivante résumé la situation actuelle de la CSU au Tchad, et montre les « points d'insertion de l'I3S ».

¹⁹⁴ Les soins pour les enfants de moins de cinq ans au niveau hospitalier ne sont donc plus couverts par la nouvelle « gratuité », sauf pour le paludisme.

¹⁹⁵ La PNS 2016-2030 notait « une faible appropriation des stratégies pilotes ayant donné des résultats probants dans le domaine de la santé : le financement basé sur les résultats... ». P. 23.

Seule la quatrième composante est normalement sur financement I3S. Mais il subsiste une confusion certaine entre ce qui est financé sur I3S et ce qui est financé sur Muskoka dans le PASST2¹⁹⁶, d'autant que nombre de conventions et contrats (voir ci-dessous) ont été signés, dans le cadre du projet, sans qu'il y ait eu, à notre connaissance, de répartition à priori des lignes budgétaires entre les deux sources de financement. Nous n'avons reçu (le 13 décembre 2017) un tableau budgétaire tentant une répartition sommaire des différentes interventions entre les deux sources de financement (mais où il manque le contrat avec Handicap Santé). Mais nous n'avons pas pu obtenir un tableau financier détaillant les dépenses et leur source de financement (I3S vs. Muskoka). Comme notre évaluation est limitée aux composantes du projet financées sur I3S, nous ne connaissons pas encore de manière certaine le périmètre de notre évaluation !

Le PASST2 est un « Projet de projets » : c'est dans son cadre qu'ont été signés les contrats et conventions repris dans le tableau ci-dessous (dans l'ordre chronologique). Les montants sur financement I3S proviennent d'hypothèses élaborées par l'équipe d'évaluation sur base du contenu des contrats (par exemple, nous considérons que le contrat avec Expertise France portant principalement sur le renforcement de l'offre et la formation du personnel de santé (via notamment un système de compagnonnage entre hôpitaux français et tchadiens) doit être imputé entièrement sur le financement Muskoka).

¹⁹⁶ Le rapport de suivi du premier semestre 2017 et le compte-rendu de la troisième réunion du COPIL (juin 2017) mentionnent d'autres activités (notamment celles d'EF à Moundou) comme étant financées sur I3S, et certaines activités du CDN seraient également financées sur Muskoka. D'autre part, les activités liées à « l'accompagnement de la structuration de la politique de gratuité et l'opérationnalisation du plan CSU en lien avec le ministère, ses différents partenaires financiers et la société civile » et au « renforcement de la capacité de l'Unité de gestion de la gratuité des soins d'urgence » font partie de la composante 1 du projet, alors que les activités suivantes, très similaires, sont listées sous la composante 4 : « Soutenir le ministère dans sa volonté de structurer une politique de couverture universelle en santé et d'exemption de paiement ciblée en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans », « Rendre le fonctionnement du dispositif de gratuité plus équitable ».

Tableau 16 Contrats et conventions signés dans le cadre du PASST2 (Tchad)

	Date signature	Montant Euros	Montant CFA	Durée	Montant sur financement I3S
Convention entre le MSP et le Centre Djenandoum Naasson	15-09-15	200.000	131.191.400	24 mois à partir de septembre 2015	200.000
Avenant à la convention avec le Centre Djenandoum Naasson	Juillet 17	36.298	23.809.927	Septembre à décembre 2017	36.298
Convention entre le MSP et l'Ecole de santé de Bebalem (ECOSEET)	Septembre 15	300.000	196.787.100	48 mois à partir de septembre 2015	0
Convention entre le MSP et le CHU Bon Samaritain	29-10-15	477.928	313.500.217	36 mois à partir de novembre 2015	187.055
Avenant à la convention CHU Bon Samaritain	2017	193.889	127.182.847	Idem	193.889
Contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et l'ONG BASE	29-02-16	1.399.828	918.227.159	36 mois à partir de février 2016	120.000
Avenant au contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et l'ONG BASE	2016	158.188	103.764.670	Idem	0
Contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et Expertise France	21-03-16	3.000.000	1.967.871.000	48 mois à partir de mars 2016	0
Avenant au contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée entre le MSP et Expertise France	2016	400.000	262.382.800	36 mois	0
Convention entre le MSP et Handicap Santé	01-04-16	155.200	101.804.526	24 mois à partir d'avril 2016	155.200
Contrat d'assistance à maîtrise d'ouvrage entre le MSP et CREDES ¹⁹⁷	01-12-16	682.950	447.985.833	36 mois à partir de décembre 2016	?
Total		7.004.282	4.594.507.480		892.442

Selon notre estimation, il n'y aurait que 892.442 euros engagés sur la ligne de financement I3S (d'un montant de 4 millions euros), ce qui est en contradiction avec le tableau d'exécution budgétaire présenté au Comité de pilotage du PASST2 en juin 2017 qui montre un taux d'engagement de 95% (hors divers et imprévus) pour la composante 4, c'est-à-dire la composante qui est supposée être financée sur I3S.

Nous détaillons ci-dessous les parties des contrats/conventions qui, à notre avis, relèvent du financement I3S.

- La Compagnie de Jésus/CHU Bon Samaritain à Ndjaména-Walia** : *projet maternité-pédiatrie*. Convention signée en octobre 2015 pour un montant de 477.928 euros (dont 290.873 pour la sous-composante « formation des infirmiers », ce qui ne devrait pas relever du financement I3S) pour une durée de 36 mois. Cette subvention est donc utilisée en partie (hors formation des infirmiers) pour faciliter l'accès financier et l'utilisation des services de la maternité par les parturientes et de la pédiatrie pour les enfants de moins de 5 ans : forfaits limités à 5.000 CFA par patient et subvention du PASST 2 allant de 10.000 à 42.000 CFA par patient. Il s'agit donc d'une subvention directe de la demande dans une structure privée à but social. Durant la première année de mise en œuvre du projet, le système de forfaits limités à 5.000 CFA a suscité un afflux de patients tel que les cibles planifiées ont été largement dépassées (taux de réalisation de 175% et 303%), ce qui a occasionné un déficit pour le CHU (les subventions du PASST2 ajoutées aux forfaits payés par les patients ne couvrant pas le coût réel des prestations) et nécessité un avenant à la convention de financement (montant additionnel de 193.889 euros) sur base d'un réajustement des cibles pour les années 2017 et 2018. La situation de trésorerie du CHU BS étant néanmoins devenue plus que critique, le PASST 2 a

¹⁹⁷ Il est à noter que le contrat d'assistance à maîtrise d'ouvrage est le dernier contrat à avoir été signé (en décembre 2016).

financé une étude économique du CHU (sur contrat AMOV-CREDES) qui s'est déroulée en septembre-octobre 2017, et qui recommande (1) des subventions accrues de l'Etat au CHU BS, ce qui est en droite ligne avec l'axe « partenariat public-privé » de la stratégie nationale CSU, (2) une éligibilité aux financements externes (par exemple le Fonds mondial, les aides budgétaires, etc.) et (3) la mise en place de services et soins « plus lucratifs ».

- **Centre Djenandoum Naasson (CDN)** à Moundou : *projet d'amélioration de la santé sexuelle et de la reproduction, de la santé maternelle, néonatale et infantile et la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant*. Convention signée fin 2015 pour deux ans pour un montant global de 236.298 euros¹⁹⁸ (y compris l'avenant de 2017). L'appui prend donc fin en décembre 2017, et cet appui représentait, selon le directeur du CDN, près de 50% du financement du Centre. Le CDN est déjà dans une situation critique : en dehors des ARV (fournis par l'Etat), il y a pénurie des autres produits tels que les médicaments contre les infections opportunistes. Le compteur CD4 est également hors d'usage. Le directeur veut transformer le CDN en un centre de santé SMNI. Sans subventions externes, le CDN est voué à fermer ses portes.
- **Maison Notre Dame de la Paix / Handicap Santé** à Moundou : *Projet « Soins chirurgicaux pour les enfants du Logone »*. Convention signée avec Handicap Santé en août 2016 pour une durée de deux ans et un montant de 155.200 Euros devant couvrir notamment huit « missions chirurgicales » (chirurgie orthopédique et plastique pour séquelles de poliomyélite, de malformations congénitales, ou de traumatismes¹⁹⁹), et les frais associés, dont des frais de formation. Ce sont donc des équipes internationales de médecins spécialistes et personnel paramédical qui viennent bénévolement quatre fois par an (pour une durée approximative de 10 jours) pour effectuer les opérations dans l'hôpital régional de Moundou avec lequel HS/MNDP a signé une convention. A ce jour, seul le premier versement devant couvrir le second semestre de l'année 2016 a été fait par le projet. Entretemps, les quatre missions chirurgicales de 2017 ont été effectuées comme prévu.
- **BASE** : *Projet d'appui à la réduction durable de la mortalité maternelle et infantile par le renforcement de l'accessibilité de l'offre et du financement de la demande de soins en partenariat avec les communautés dans les districts de Laoukassi²⁰⁰ et Benoye*. Convention signée en juin 2016 pour une durée de 3 ans et un montant de 1,4 millions d'euros²⁰¹. Avenant signé en 2017 pour inclure l'appui à 8 CS dans le district de Moundou (supplément de 103 millions CFA). Le projet se focalise sur 18 centres de santé. La partie du projet relative au financement des soins (approche contractuelle -formations sanitaires et niveau communautaire-, financement basé sur les résultats (y compris pour le niveau communautaire) qui permet d'assurer la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans) représente moins de 10% du budget du projet (79 millions CFA). Nous ne savons pas si la sous-composante « Observatoire de la santé au niveau de la DSR de Moundou²⁰² » est financée sur Muskoka ou sur I3S. Le FBR a été appliqué pour le troisième trimestre 2017 (facturation, vérification²⁰³, paiement des formations sanitaires pour un montant total de 2,5 millions CFA-). Faut-il considérer le reste du projet (réhabilitations, équipements, formation, relais communautaires et redynamisation des comités de santé, système de référence communauté-centre de santé (cellules d'urgence) et gestion des sites de stratégie avancée, etc.) comme une préparation à

¹⁹⁸ Sensibilisation des jeunes ; produits contraceptifs ; réactifs pour tests IST et hépatites ; vaccination hépatite ; rencontres mensuelles femmes incluses dans le programme PTME ; prise en charge des CPN et références à l'HRM pour les accouchements (avec kit d'accouchement) ; suivi des nourrissons nés de femmes séropositives ; accompagnement psycho-social ; groupes de parole mère-enfant ; visites à domicile ; appui nutritionnel des enfants et mères allaitantes ; prévention de malnutrition ; ateliers culinaires ; fonds d'aide social.

¹⁹⁹ Une mission chirurgicale traite en moyenne 60 patients (dont les enfants et les femmes représentent plus de 80%).

²⁰⁰ Laoukassi a par la suite été partitionné en deux districts sanitaires.

²⁰¹ C'est donc la continuation de la première phase du PASST, mais avec un retard ou un gap de deux ans et le constat d'une détérioration des équipements fournis lors de la première phase. BASE nous a fait comprendre qu'une grande partie de l'investissement (corporel autant qu'incorporel) fait lors de la première phase a dû être recommencé lors de la seconde phase...

²⁰² Qui doit servir non seulement de banque de données fiables (quoique gérée en MS EXCEL), notamment pour les indicateurs FBR, mais qui doit également suppléer aux carences de l'Etat en termes de supports d'informations (les registres utilisés dans les formations sanitaires) en imprimant (à partir d'Excel) et en reliant les registres nécessaires pour le FBR.

²⁰³ Le système de « malus » basé sur l'atteinte de taux de couverture ou de qualité des ordonnances (suivi des ordinogrammes) n'a pas encore été appliqué. Il nous semble que ce système de « malus » est trop punitif et pas assez incitatif, et nous recommandons de le revoir.

l'implémentation du FBR (donc comme un investissement préparatoire) ? Le projet est aussi confronté au fait que l'Etat n'a alloué aucune dotation (« compensation de la gratuité ») aux centres de santé en 2017.

Le cadre logique du PASST 2 a été révisé et l'AMOV a promis de nous envoyer la nouvelle version. Il est à noter que ce cadre logique (ancien ou nouveau) n'est pas utilisé dans les rapports semestriels du PASST 2.

28 EVALUATION DU PASST II

En cohérence avec ce qui a été écrit ci-dessus, notre évaluation porte sur les composantes/activités du PASST2 qui nous semblent relever du financement I3S.

26.1 PERTINENCE ET COHERENCE INTERNE

Le financement I3S au Tchad, contrairement aux 3 autres pays bénéficiaires, n'est pas intervenu principalement en renfort des systèmes étatiques (gratuits ou mutuelles), mais s'est concentré sur l'accès aux soins et services de santé dans quelques formations privées à but social. Il a grandement facilité l'accès à des soins obstétricaux et pédiatriques de qualité au CHU BS de Ndjaména/Walia, l'accès à des interventions chirurgicales pour les enfants handicapés du Logone grâce à la collaboration entre Handicap Santé, la Maison Notre Dame de la Paix (Centre pour handicapés de Moundou) et l'hôpital régional de Moundou, et l'accès aux services de dépistage/prévention (notamment PTME)/traitement/suivi psychosocial du CDN pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (dont les enfants) dans le Logone. Il y a peu (sinon pas) de possibilités pour ces 3 structures bénéficiaires de l'I3S de rendre pérenne, sur base de leurs fonds propres, cette amélioration de l'accès financier pour les groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants, enfants handicapés, femmes/enfants vivant avec le VIH/SIDA). Le contexte économique et budgétaire du Tchad ne permet pas d'être optimiste à propos d'appuis publics substantiels aux structures de santé privées à but social (qui produisent des résultats de manière efficace et efficiente), à moins d'une véritable décision politique en faveur d'un élargissement du financement de l'Etat vers le secteur privé non lucratif sur bases contractuelles (qui pourraient même s'inspirer de certains éléments du FBR). C'est peut-être une piste pour une continuation de l'I3S en appui à ce secteur.

Concernant l'implémentation par BASE d'un système de financement basé sur les résultats (avec un focus sur la santé maternelle et infantile) dans trois districts du Logone occidental, il est encore trop tôt pour en mesurer les résultats. Mais le système de santé (niveau communautaire et niveau formations sanitaires) dans les districts visés était trop « délabré » pour envisager la mise en route d'un système tel que le FBR sans passer d'abord par un renforcement drastique de l'offre (réhabilitations, équipements, formation (personnel de santé, ASC et COSAN), recapitalisation en médicaments, formation des ECD, etc.). Le FBR vient donc à la fin d'un long processus de renforcement de l'offre en matière de santé et de redynamisation du niveau communautaire. Il semble que le projet FBR financé par la Coopération suisse dans deux autres districts ait dû suivre le même processus.

Le couplage des financements I3S et Muskoka au sein d'un même appui (PASST2 dans son ensemble) aurait pu augmenter la cohérence de cet appui : mais, en dehors du projet BASE dans le Logone occidental, le renforcement de la demande (amélioration de l'accès financier) ne s'est pas fait là où le projet renforçait l'offre.

Questions évaluatives.

Dans quelle mesure le contenu et l'ancrage institutionnel des projets sont-ils pertinents par rapport aux stratégies, aux politiques, aux besoins et aux dispositifs nationaux ?

Le PASST II est avant tout la continuation d'un premier projet qui s'est terminé en 2014 : même ciblage géographique, mêmes maitrises d'ouvrage déléguées. Certaines personnes-ressources interviewées ont parlé d'un système de santé sinistré : les besoins de renforcement du système sont donc aussi urgents que les besoins d'amélioration de l'accès financier aux soins pour des groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants de moins de cinq ans. Toutes les activités supportées par le PASST2 (y compris celles financées par Muskoka) sont certainement pertinentes par rapport aux politiques, stratégies, et besoins nationaux.

Il était normal que le financement I3S ne vienne pas compléter les lignes budgétaires « gratuité » de l'Etat : ces gratuités ne visaient pas spécifiquement les enfants ou les femmes enceintes (bien que l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers ait été forte spécialement pour les services obstétriques et pédiatriques). De plus, la compensation de la gratuité ne se faisait que sous forme d'intrants additionnels. Enfin, il semble qu'entre 2013 et 2015, les lignes budgétaires gratuité (dotations de l'Etat destinées à compenser la gratuité) aient été exécutées sans besoin d'appui externe.

La DGRP du MSP est le point d'ancrage traditionnel des projets : on ne voit pas quel autre point d'ancrage aurait pu être utilisé. Jusqu'à présent, le PASSTII a très peu contribué au développement des documents stratégiques relatifs au financement de la santé et à la CSU.

Comment chaque pays a-t-il été amené à prioriser un dispositif de financement de la santé plutôt qu'un autre pour le projet I3S ? Dans quelle mesure l'initiative globale a-t-elle influencé l'aide à la décision en faveur d'un dispositif plutôt qu'un autre, et ce afin de répondre au problème posé (accès aux soins)?

L'I3S n'a pas influencé l'aide à la décision en faveur d'un dispositif, elle a emprunté notamment le canal du secteur privé à but social qui permettait d'avoir des résultats concrets, mais limités et non pérennes. En revanche, on peut estimer que les appuis I3S à un éventail d'initiatives privées à but social (obstétrique et pédiatrie hospitalières, chirurgie orthopédique pour enfants handicapés, suivi psychosocial des personnes (dont des enfants) vivant avec le VIH, extension du FBR au niveau communautaire) peuvent montrer la voie vers un renforcement des approches « public-privé » qu'il faudra traduire en termes contractuels.

L'appui à la gratuité des soins d'urgence décrétée par le Tchad ne se justifiait pas et n'était pas, à l'époque de l'instruction du projet, nécessaire. On reviendra, dans l'évaluation globale de l'I3S, sur le choix du Tchad comme bénéficiaire, comparé au Burkina Faso qui a été écarté lors de la phase d'instruction des projets. On ne voit pas à ce stade bien quels étaient les avantages comparatifs du Tchad (vs. Le Burkina Faso) en termes de maturité de la réflexion dans l'approche CSU.

Le ciblage géographique de certains projets (au niveau infranational) est-il pertinent (principe du ciblage, choix des zones ciblées) ?

Là encore, le ciblage géographique du PASSTII découle de la première phase du projet. Le ciblage géographique est donc aussi « historique ». Le PASST2 est donc cohérent (en continuité) avec le PASST et permettait de se concentrer sur un appui prolongé au renforcement de l'offre dans les mêmes zones géographiques. Concernant plus spécifiquement le financement I3S, le choix des formations privées à but social et de l'ONG BASE pour l'initiation d'un FBR dans le Logone occidental, a été dicté par les expériences positives de la première phase.

26.2 COHERENCE

Questions évaluatives.

Dans quelle mesure les projets I3S sont-ils cohérents avec les initiatives ou les programmes portés par d'autres bailleurs de fonds ou des ONG intervenant également dans le champ du financement de la santé ?

A notre connaissance, il n'y a pas d'autre bailleur de fonds qui intervient directement, à travers des projets, dans le financement des structures privées à but social soutenues par l'I3S (mais il y en a qui interviennent indirectement : par exemple, les missions chirurgicales pour les enfants handicapés à Moundou ne sont couvertes que partiellement par l'I3S, il y a donc d'autres sources de financement captées par Handicap Santé). En revanche, le FBR initié dans trois districts du Logone occidental n'est pas une initiative isolée : la Banque mondiale et la Coopération suisse appuient des initiatives similaires dans d'autres régions du pays. Mais il n'y a pas eu de concertation entre ces

différents partenaires pour harmoniser les approches et les processus/procédures d'interventions. Et il n'y a pas de "cellule FBR" au MSP. Le FBR est même réapparu dans certains documents stratégiques après avoir été oublié pendant un certain temps après la toute première phase pilote financée par la Banque mondiale.

Les effets attendus des projets sont-ils cohérents avec les objectifs de l'initiative ?

A ce stade, les effets en termes d'appui à l'extension d'un système CSU sont très limités. Les effets à court terme en termes d'enfant (handicapés), de femmes enceintes, et de femmes/enfants porteurs du VIH/SIDA ayant accès à des soins de qualité restent limités et non pérennes.

Quels sont les résultats attendus sur la politique nationale de financement de la santé (formulation et mise en œuvre) ainsi que sur l'accès aux soins ?

Le PASST2 n'a pas encore réellement soutenu le MSP dans sa volonté de structurer une politique de couverture sanitaire universelle et d'exemption de paiement ciblée en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. Le projet n'a pas non plus appuyé une expérimentation de l'offre de soins en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, ni complété les dotations financières de l'Etat en matière de gratuité, ni participé à une meilleure coordination avec les PTF sur les expériences en matière de financement. Le PASST2 a montré la voie d'un système de subventions publiques possibles en faveur du secteur privé à but social : mais la situation économique et budgétaire du Tchad (actuelle et à moyen terme) ne permet qu'un optimisme modéré sur la mise en place effective de ces mécanismes de partenariat public-privé.

Dans chaque pays bénéficiant d'un financement I3S, les moyens humains, financiers, juridiques et contractuels mis en place sont-ils de nature à permettre l'atteinte des résultats attendus des projets ?

Comme précisé dans la note de cadrage, ce n'est pas au pays bénéficiaire à mettre en place des moyens pour que les projets I3S réussissent (ce serait un alignement à l'envers) : c'est plutôt aux projets à mettre en place des appuis qui contribueront à la réussite des nouvelles stratégies de financement visant à étendre la protection sociale santé. Jusqu'à présent, rien de tangible n'a été mis en place par la composante du PASST2 financée sur I3S pour appuyer la réflexion sur les extensions possibles et faisables de la CSU au Tchad. Un véhicule financé sur le projet a été mis à disposition de l'UGGSU pour faciliter la supervision et le contrôle de la gratuité : mais, aucun texte ne réglementant précisément cette gratuité, en quoi peuvent consister cette supervision et ce contrôle. Et que faut-il contrôler si les dotations complémentaires destinées à compenser la gratuité se sont arrêtées en 2016 ?

29 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le cadre logique initial doit certainement être revu et surtout simplifié (en tenant compte de la nouvelle répartition entre les composantes/activités financées sur Muskoka et celles financées sur I3S. Les ambitions relatives à l'objectif spécifique 1 et aux résultats attendus liés à cet OS1 peuvent être revues à la baisse et les indicateurs plus concrets (les « *nombres de comités de pilotage, d'ateliers, de séminaires, de voyages d'études et de conférence* » pourraient avantageusement être remplacés par un seul indicateur de type : le Tchad dispose d'un document stratégique de financement de la santé tendant vers la CSU incluant des étapes concrètes, faisables et planifiées).

Nous n'avons pas de remarques particulières sur les OS2 (renforcer les structures de santé) et OS3 (renforcer la formation des personnels de santé), sinon que les résultats attendus pourraient être exprimés de manière moins « verbeuse ».

Concernant l'OS4 (renforcer le financement des soins et les mécanismes solidaires d'exemption des paiements), nous proposons d'utiliser comme résultats attendus et indicateurs ceux qui figurent dans les conventions/contrats

de financement avec les différents opérateurs : Handicap Santé, CDN, CHU BS, et le projet BASE, ce qui rendrait le cadre logique plus cohérent avec la réalité. On pourrait ajouter un résultat attendu qui a trait à la capitalisation (apprentissage/augmentation des connaissances) relative à ces expériences d'appui au secteur privé à but social. Le projet de recherche IRD vient à point nommé pour alimenter ce résultat en tentant de répondre à la question : comment les systèmes de protection sociale en santé peuvent-ils contracter des prestataires privés à but social pour élargir l'offre de services de qualité accessibles à une population vulnérable ?

Annexes - Tchad

ANNEXE 1 Calendrier de la mission Tchad et personnes rencontrées

Jour	Activité/Organisation	Personne	Fonction
Mercredi 15/11	MSP/DGRP	Abdelkadre Mahamat Hassane	Directeur général et coordinateur PASST 2
		Ekongo Lofalanga	AT international (AMOV)
	MSP/SG	Djabar Hamid	Secrétaire général
	BASE	Sanoussi Ahmat Adam	Chargé de développement social
		Aboubakar Sekou Diarra	Administrateur
		Mathilde Fetiveau	Assistante programme et communication
Jeudi 16/11	CHU Bon Samaritain	Harris Cleaver Tombi	Chef de projets
	AFD (briefing)	François Tirot	Directeur
		Ndilkodje Bérédabaye	Chargé de projets
Vendredi 17/11	Expertise France	Mbaïdoum Narassem	Chef de bureau projet santé Tchad
		Yolanta Melamed	Expert technique
	PASST2 (CREDES-AMOV)	Ekongo Lofalanga	AT international (AMOV)
Samedi 18/11	Lecture documents et préparation de la note de débriefing		
Dimanche 18/11 (Moundou)	Voyage Ndjaména-Moundou		
Lundi 19/11 (Moundou)	Maison Notre Dame de la Paix	Antoine Mambe	Directeur
		Olivier Nonkar	Comptable-gestionnaire
		Aude Maillet	Volontaire (appui à l'organisation du centre)
	Association/Centre Djenandoum Naasson	Modobe Kary	Directeur exécutif
		Philippe Tamkandji Mbaitoubem	Médecin responsable CDN
	Délégation sanitaire régionale Moundou	Aaron Néyam	Chef Service Planification
		Djimtobaye Nonengar	Responsable Observatoire Santé
	BASE	Abdoul Djimokobaye Allasra	Coordinateur régional Moundou
Gédéon Ndamissou		Médecin conseil	
		Yahannon Nahaniel	Conseiller technique national
Mardi 20/11 (Moundou)	Voyage Moundou-Ndjaména		
Mercredi 21/11 (l'équipe d'évaluation a pu assister aux présentations faites dans le cadre de la 23 ^{ème} session du Comité Directeur Santé)	Santé communautaire (plan stratégique 2015-2018)	Tchang Garba	Directeur DOSS (MSP)
	Gratuité des soins recadrée		
	FBR/FBP/PRSSMI		
	CSU/système assurantiel	Dadjim Blagué	CIC-CSU
	PADS (coopération suisse)	Boukari Ouedraogo	Coordinateur du projet
	Projet « mutuelles de santé » (coopération suisse)	Bruno Galland	CIDR
Jeudi 23/11	AFD (débriefing)	François Tirot	Directeur

ANNEXE 2 Documents collectés lors de la mission Tchad

- **Documents demandés à l'AFD-Ndjaména**
 - Convention de financement PASST II.
 - Contrat CREDES (AMOV).
 - Convention de financement BASE.
 - Convention de financement CHU BS.
 - Convention de financement Handicap Santé.
 - Convention de financement CDN.
 - Convention de financement Expertise France.
 - Autres contrats/conventions sous PASST II.
 - Rapport CREDES/Pénicaud sur CHU BS.
 - Rapport 2012 d'évaluation de la « gratuité » au Tchad.

- **Autres documents relatifs au PASST II**
 - BASE. Projet de guide pour la mise en œuvre du fonds d'achat de prestations de soins maternels et infantiles dans les districts sanitaires de Benoye et de Laoukassi. Décembre 2016.
 - BASE. Observatoire régional de la santé. Non daté.
 - BASE. Rapport semestriel janvier-juin 2017.
 - BASE. Rapport semestriel juin-décembre 2016.
 - BASE. Cadre logique du projet.
 - CDN. Rapport septembre 2016 à août 2017.
 - MNDP. Rapport d'activités 2016.

- **Autres documents**
 - MSP. Politique nationale de santé 2016-2030. Juin 2016.
 - MSP. PND 2018-2021. Juin 2017.
 - Primature. Stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle du Tchad – Affirmer la vision de la couverture sanitaire universelle. 2015.
 - Primature. Plan stratégique national pour la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle du Tchad 2017-2019. 2016.