

# exPost ExPost

## Évaluation *in itinere* de l'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S)

### Rapport final

Auteurs : Marc REVEILLON et Alice BEHRENDT (HERA)



à la Pharmacie et leur Prix		à la Pharmacie	
Aspicic	500 injectable	Aspicic	500 mg
Aspirine	100 mg comp	Aspirine	100 mg
Buscopan	injectable	Buscopan	100 mg
Compresses non stériles	4,0 x 4,0	Compresses non stériles	2,0 x 2,0
Compresses non stériles	2,0 x 2,0	Compresses non stériles	2,0 x 2,0
Chlorure de Potassium		Chlorure de Potassium	
Chlorure de Sodium		Chlorure de Sodium	
Cefalorject	1g injectable	Cefalorject	1g
Coli. Gut		Coli. Gut	
Charbon Végétal	500mg Comp.	Charbon Végétal	500mg
halopran	500 comp	halopran	500mg
butaligan	80mg sachet (Bte.)	butaligan	80mg
Epicéphane	5/40	Epicéphane	5/40
Eau Astringe		Eau Astringe	
Fil de lin		Fil de lin	
Gants Chirurgicaux N° 7,5		Gants Chirurgicaux N° 7,5	
Gertalline	10mg injectable	Gertalline	10mg
Glucosate de Calcium		Glucosate de Calcium	
Immediun	gélules	Immediun	gélules
Infotrix gel		Infotrix gel	
Lasix	20mg injectable	Lasix	20mg
Laxostérine	50mg injectable	Laxostérine	50mg
Oradexon	injectable	Oradexon	injectable
Pen. G.	injection	Pen. G.	injection
Perfeteur		Perfeteur	
Quinimax	0,20 injectable	Quinimax	0,20
Quinoforme	0,25 injectable	Quinoforme	0,25
Quinoforme	0,50 injectable	Quinoforme	0,50
Serum Sale	902 500ml	Serum Sale	902
Serum Glucose	250ml 5%	Serum Glucose	250ml
Serum Glucose	500ml 5%	Serum Glucose	500ml
Thermomètre	Médical	Thermomètre	Médical
Theophylline	Baureau injectable	Theophylline	Baureau
Theophrasal	injectable	Theophrasal	injectable
Valium	10mg injectable	Valium	10mg
Vitamine K1	injectable	Vitamine K1	injectable
Vitamine B6	injectable	Vitamine B6	injectable
Vogalene	injection	Vogalene	injection
Xylécaine	2% injectable	Xylécaine	2%
Seringue	10CC	Seringue	10CC

NB. Ici, nous ne servons que les malades qui ont été vus dans nos Services.

**Auteurs** : Marc REVEILLON et Alice BEHRENDT

**Coordination** : Sabrina GUERARD (AFD)

Cette évaluation ainsi que le rapport complet et ses annexes sont téléchargeables sur Internet à l'adresse :  
<http://editions.afd.fr>

#### **Avertissement**

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence française de développement ou des institutions partenaires.

Directeur de la publication : Rémy Rioux  
Directeur de la rédaction : Nathalie Le Denmat  
ISSN : 1962-9761  
Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2018

Photo de couverture : UNICEF

Mise en page : Ferrari/Corporate – Tél.: 33 (1) 42 96 05 50 – J. Rouy/Coquelicot

# SOMMAIRE

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
1.1. Présentation de l'évaluation	3
1.2. Périmètre et méthodologie	3
<b>2. L'initiative Solidarité, Santé, Sahel, dans l'architecture globale de l'APD française</b>	<b>5</b>
<b>3. Évaluation de l'initiative Solidarité, Santé, Sahel</b>	<b>9</b>
3.1. Constats et réponses aux questions évaluatives	9
3.2. Logique d'intervention de l'initiative Solidarité, Santé, Sahel	11
3.3. Recommandations relatives à l'I3S	13
<b>4. Appréciation du contenu des projets financés par l'initiative Solidarité, Santé, Sahel</b>	<b>15</b>
4.1. Sénégal	15
4.1.1. Description du projet	15
4.1.2. Constats	15
4.1.3. Recommandations spécifiques pour le Sénégal	18
4.2. Mali	19
4.2.1. Description du projet	19
4.2.2. Constats	19
4.2.3. Recommandations spécifiques pour le Mali	21
4.3. Niger	22
4.3.1. Description du projet	22
4.3.2. Constats	22
4.3.3. Recommandations spécifiques pour le Niger	24
4.4. Tchad	25
4.4.1. Description du projet	25
4.4.2. Constats	25
4.4.3. Recommandations spécifiques pour le Tchad	26
<b>5. Conclusion</b>	<b>27</b>
<b>Annexe</b>	<b>28</b>
<b>Liste des sigles et abréviations</b>	<b>31</b>



# 1. Introduction

## 1.1. Présentation de l'évaluation

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* » (Initiative Solidarité Santé Sahel-I3S). Cette facilité devait renforcer l'accès aux soins des enfants en appuyant la mise en place de systèmes financiers solidaires d'accès aux soins au Sénégal, Mali, Niger, Tchad, Mauritanie et Burkina Faso<sup>1</sup>.

Financée par le Fonds de Solidarité pour le Développement (FSD) pour un montant de 30 millions d'euros et gérée par l'AFD, l'I3S est pilotée par un Comité d'Orientation Stratégique (COS) présidé par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE) et composé d'une dizaine de membres dont l'AFD, des représentants de la société civile et des personnalités qualifiées.

Le MEAE et l'AFD ont décidé de réaliser une évaluation *in itinere* de l'I3S qui s'inscrit dans une double finalité :

- de redevabilité tout d'abord compte tenu de son financement par le Fonds Solidarité et de Développement (FSD) et de sa mise en œuvre par l'AFD pour le compte de l'État,
- d'apprentissage, ensuite, afin de tirer les premiers enseignements issus de la mise en œuvre d'une Initiative financée par une taxe et ciblée thématiquement et géographiquement, et ce, afin d'éclairer la décision publique.

Cette évaluation est complétée par un volet consacré à l'appréciation des mécanismes de suivi des projets (Dispositifs de Suivi-Évaluation-DSE), au Sénégal et au Mali, afin de s'assurer que ces derniers sont bien en mesure de renseigner l'efficacité du programme.

L'évaluation a été confiée au cabinet HERA par le département Évaluation et Apprentissage (EVA) de l'Agence française de développement.

## 1.2. Périmètre et méthodologie

Le périmètre de l'évaluation est l'initiative telle qu'elle a été pensée puis formalisée. Il ne s'agit pas d'évaluer la performance (efficacité) des projets financés par cette initiative. En revanche, une appréciation du processus de conception et du contenu des projets I3S sera nécessaire à l'évaluation de l'Initiative elle-même.

L'évaluation a suivi une démarche en trois phases :

- Une phase de cadrage (juillet-août 2017) afin de préciser la méthodologie de l'évaluation, (les questions évaluatives en lien avec les critères du CAD, la reconstitution de la logique d'intervention, les outils de collecte et d'analyse).

<sup>1</sup> Ces deux derniers pays ne bénéficieront finalement pas de l'initiative I3S, du fait de l'absence d'initiatives de gratuité des soins pour les enfants au moment de l'instruction des projets.

- Une phase de collecte (septembre-novembre 2017) articulée autour d'une recherche documentaire approfondie à Paris et des missions de terrain dans les pays concernés (Sénégal, Mali, Tchad et Niger).
- Une phase d'analyse et de jugement (décembre-février 2018) qui a permis d'analyser les données et d'en extraire, sous forme synthétique, les principaux enseignements et recommandations.

La réalisation de cette évaluation a été confrontée à plusieurs difficultés dont celle liée à l'évaluation d'une initiative sans pour autant évaluer les projets qu'elle finance. Ces difficultés sont exposées plus en détail dans le rapport final consultable sur le site de l'AFD.

## 2. L'initiative Solidarité, Santé, Sahel, dans l'architecture globale de l'APD française

Préalablement à l'évaluation elle-même, il est utile de situer l'I3S dans l'architecture de l'Aide Publique au Développement (APD) française et plus précisément dans l'APD santé : que représente l'I3S dans l'APD et quelles sont ses singularités<sup>2</sup> ?

Le montant total de l'APD française était de 9,5 Md€ en 2017<sup>3</sup>. Le tableau-ci-dessous montre le total de l'APD 2017 désagrégé par source de financement : dépenses sur le budget général de l'État (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 »
- 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).

Tableau 1. APD 2017 par source de financement

Mission/programme	PLF 2017 (M€)	En %
Budget général de l'État	7,534	79 %
<b>Missions/programmes</b>	<b>5,874</b>	<b>62 %</b>
Aide publique au développement/P209 – Solidarité à l'égard des PED	1,597	17 %
• Dont contribution au FED	742	8 %
Aide publique au développement/ P110 – Aide économique et financière au développement	2,174	23 %
Autres missions/programmes	2,103	22 %
<b>Recettes affectées (ou prélèvement sur recettes) : contribution au budget communautaire (UE)</b>	<b>1,660</b>	<b>17 %</b>
Hors budget général de l'État	1,969	21 %
Fonds de solidarité pour le développement (sur TSBA et TTF)	738	8 %
Autres	1,231	12 %
<b>Total</b>	<b>9,503</b>	<b>100 %</b>

Source : HERA.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> 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 par le Fonds de Solidarité pour le Développement (FSD), et donc hors budget général de l'État. Créé par l'article 22 de la loi n°2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, le FSD 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'État	-	-	-	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'État	0	0	0	706	771	929	585	598
Part affectée au budget de l'État	0%	0%	0%	74%	72%	73%	44% <sup>4</sup>	45%

L'AFD gère le FSD et effectue les versements pour le compte de l'État, sous la supervision et les instructions d'un comité de pilotage interministériel. La trésorerie du FSD est fongible : il n'est pas possible de flécher les ressources du FSD (TTF ou TSBA) sur une dépense particulière<sup>5</sup>. Les bénéficiaires des ressources du FSD sont fixés par décret. 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'Immunsation (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.

Le FSD finance des dépenses d'aide bilatérale à titre exceptionnel. Le tableau ci-dessous montre les dépenses sur FSD de 2015 à 2017.

<sup>4</sup> Pourcentages calculés sur totaux hors montant affecté à l'AFD.

<sup>5</sup> C'est donc par abus de langage qu'on parle de l'I3S comme étant financée par les taxes sur les transactions financières.

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 %
<b>I3S</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>8</b>	<b>1 %</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
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 %
<b>TOTAL</b>	<b>378</b>	<b>100 %</b>	<b>738</b>	<b>100 %</b>	<b>738</b>	<b>100 %</b>

Source : HERA.

En termes de canaux de l'aide en 2017, l'APD bilatérale représente 59 %, l'APD multilatérale européenne 25 % et l'APD multilatérale 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 multilatérale*<sup>6</sup>, 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.

<sup>6</sup> 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.) ».

En 2017, les ressources de l'AFD provenant du budget de l'État s'élevaient à 1,335 Md€. 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, l'AFD a engagé 51 M€ en 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 MAE<sup>7</sup> 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<sup>8</sup>, l'aide multilatérale française totale imputée au secteur de la santé a atteint 628,8 millions d'euros<sup>9</sup>, soit un total de 1,05 milliard d'euros de l'APD française consacrée à la santé mondiale* ». Cependant, 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, aide bilatérale entièrement dédiée au secteur santé, est financée par un fonds destiné quasi exclusivement à financer de l'aide multilatérale 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).

<sup>7</sup> MAE, Mise en œuvre de la stratégie française d'aide au développement (2014-2015) – Rapport bisannuel - 2017.

<sup>8</sup> Ce qui contredit les autres chiffres venant du DPT.

<sup>9</sup> Ce qui contredit l'assertion du DPT : « *Dans le secteur de la santé en premier lieu, où l'APD française est quasi exclusivement multilatérale...* ».

## 3. Évaluation de l'initiative Solidarité, Santé, Sahel

### 3.1. Constats et réponses aux questions évaluatives

**Pertinence et cohérence 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 ? 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) ?

En mai 2013, le ministre Canfin annonçait donc la création de l'I3S. 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 États récipiendaires et/ou des organisations non gouvernementales (ONG) dans les six pays du Sahel.

La convention de financement de l'I3S entre l'État et l'AFD, signée le 17 janvier 2014, confirme la finalité de l'initiative. En revanche, 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 États étrangers* »). Par ailleurs, la convention I3S 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 ou la recherche opérationnelle qui pourrait être associée à l'initiative.

La convention de financement de l'initiative (signée 6 mois après la première réunion du COS) ne tient donc pas compte de certaines recommandations des COS de juillet et octobre 2013, comme l'élargissement de l'objet de l'I3S à la santé maternelle<sup>10</sup>, la recherche opérationnelle qui pourrait être associée à l'initiative, l'élaboration d'un cadre de redevabilité spécifique etc. L'abandonnement par d'autres PTF est abandonné (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 fonds<sup>11</sup>). 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. Concernant plus spécifiquement le programme de recherches, certaines personnes interviewées ont mentionné l'opposition de certains acteurs à ce programme potentiellement opéré par l'IRD, sans que ces opinions soient étayées par des documents ou des extraits des comptes rendus du COS.

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> D'autre part, la multiplication de fonds spécifiques alimentés par des recettes affectées peut être considérée comme une entorse au principe fondamental de l'unicité du budget de l'État.

L'I3S est parfaitement cohérente avec les principaux documents de stratégie relatifs à l'aide publique au développement (APD) française, notamment dans le domaine de la santé :

- la politique de développement et de solidarité internationale (2014) (justice sociale, intérêt supérieur de l'enfant, couverture santé universelle – CSU) ;
- la stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021 (CSU – promotion de l'expertise, la recherche et l'innovation françaises) ;
- le cadre d'intervention sectoriel 2015-2019 – Santé et protection sociale (SMI, CSU, protection sociale) de l'AFD.

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 de l'AFD. Il y a également cohérence entre l'I3S et les autres initiatives telles que le Fonds Français Muskoka (santé maternelle et infantile-SMI), l'appui au réseau P4H, protection sociale santé de l'OMS (protection sociale santé) et l'initiative 5 % (impact du Fonds mondial sur la santé maternelle et infantile à travers la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme).

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

**Effizienz de l'I3S** (délais, appréciation du dialogue avec les partenaires, gouvernance de l'I3S etc.)

Les objectifs assignés à l'I3S en termes de rapidité d'instruction et d'octroi, rapidité des études et des décaissements, tels que voulus par les initiateurs de l'I3S, ont été relativement atteints. Ils ont été contreproductifs : des études de faisabilité plus poussées (financement de la demande et CSU) auraient peut-être permis d'éviter certains blocages des projets I3S ; et (2) un temps d'instruction plus long aurait sans doute permis de ne pas éliminer trop rapidement les pays éligibles tels que le Burkina Faso et la Mauritanie.

Finalement, les délais d'étude 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. À la période très dynamique d'étude des projets, de la seconde moitié de 2013 et 2014, et de signature des conventions de financement, a succédé une période de plus grande inertie en 2015 et 2016.

Le rôle du COS s'est atténué au fil du temps et la décision de tenir deux réunions annuelles n'a jamais été respectée. Les premières réunions du COS en 2013 ont notamment mis l'accent sur la nécessité d'avoir un cadre de redevabilité de l'I3S et d'associer un programme de recherche opérationnelle à l'I3S. Mais aucun de ces deux éléments ne s'est concrétisé avant la rédaction de ce rapport. Le projet de recherche opéré par l'IRD est toujours en étude et le cadre de redevabilité est un livrable de cette évaluation *in itinere*.

**Valeur ajoutée 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 ?

La valeur ajoutée de l'I3S réside principalement dans les opportunités d'apprentissage offerts dans le domaine de la protection sociale santé/Couverture Santé Universelle (CSU) par des canaux habituellement peu empruntés par les partenaires techniques et financiers (PTF), en ciblant concomitamment quatre pays tous engagés dans la CSU, à des stades très différents de maturité et donc de mise en œuvre. Les projets ont pris un retard considérable dans leur mise en œuvre et n'ont pas encore à faire valoir de réalisations, dans un contexte où les résistances institutionnelles aux réformes de protection sociale santé sont profondes et les besoins en renforcement des capacités importants.

**Durabilité de l'I3S** : Le financement par la Taxe sur les Transactions Financières (TTF) et le fait qu'il s'agisse de crédits délégués du MEAE posent-ils des problèmes de durabilité spécifiques ? Ces problèmes ont-ils été traités de façon à maximiser la durabilité des interventions financées ?

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

Les entretiens et données recueillies n'ont donné aucun élément qui permettrait d'affirmer que les financements plus

classiques, les crédits budgétaires issus du programme 209, offriraient 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 davantage liée à la capacité des pays bénéficiaires à prendre le relais. Il y a peu de visibilité, à moyen terme, sur les dépenses publiques de santé/protection sociale dans les pays bénéficiaires de l'I3S.

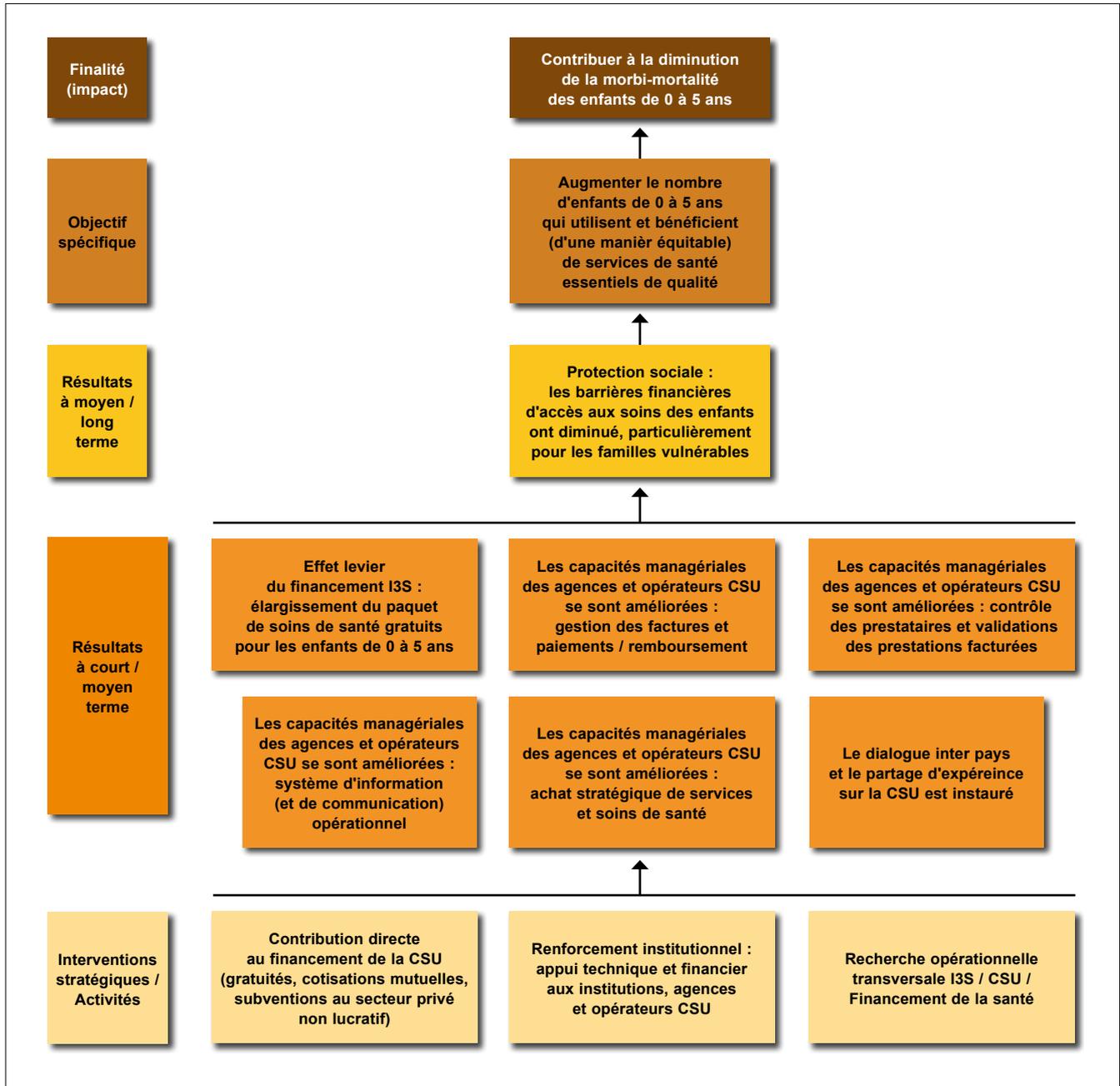
Cibler les pays parmi les plus pauvres du monde pour appuyer des extensions de protection sociale santé entraîne automatiquement le problème de la durabilité financière et institutionnelle. La question de la viabilité/durabilité des projets et programmes de santé et protection sociale au Sahel restera centrale dans les vingt prochaines années.

### 3.2. Logique d'intervention de l'Initiative Solidarité, Santé, Sahel

La logique d'intervention souligne la chaîne des résultats attendus et les liens de causalité entre les différents niveaux d'intervention. Le cadre logique (cf. tableau 1 en annexe) 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 financées par l'I3S. Ces résultats sur le long terme respectent 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 court terme reflètent davantage la manière dont cette logique d'intervention I3S est déclinée dans les différents projets I3S.

Schéma 1. Théorie du changement / logique d'intervention de l'I3S



Source : HERA.

### 3.3. Recommandations relatives à l'I3S

Si de nouvelles initiatives multi-pays, avec contenu et périmètres similaires, devaient être lancées, les recommandations sont les suivantes :

**Pour le ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE) et/ou les promoteurs des initiatives et leurs comités d'orientation :**

**1. Avant tout lancement d'une initiative, 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, les capitalisations, etc.** Éviter de multiplier les initiatives, et veiller à la cohérence de toutes les interventions. De plus, la pérennité ne doit pas être une condition de financement : la pérennité devient effective quand elle est inscrite dans la stratégie nationale du pays partenaire ;

**2. Ne pas trop limiter la cible** (par exemple : santé maternelle et infantile (SMI) plus qu'un ciblage sur les enfants de moins de cinq ans) **ou bien, inversement, sur la base d'analyses de la charge de morbidité-mortalité, restreindre la cible** (par exemple : santé néonatale, ou malnutrition). L'élargissement ou le rétrécissement de la cible implique des modalités d'intervention différentes : c'est ce qui s'est 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.).

**3. Éviter 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) ;

**4. Ne pas imposer des calendriers d'instruction des projets trop serrés et une redevabilité sur des résultats dans un temps trop court ;**

**5. Rester flexible. Ne pas trop limiter la stratégie de financement appuyée :** la Mauritanie et le Burkina Faso ont été écartés parce qu'il n'y avait pas encore d'initiative de gratuité des soins pour les enfants au moment de l'étude 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 N'Djamena, ni dans l'adhésion aux mutuelles au Mali (le cofinancement de l'État malien et de l'AFD ne représente 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 ;

**6. Élaborer un programme de recherche concomitamment à l'instruction des projets** qui seront financés sur l'initiative. Développer le cadre de redevabilité de l'initiative à partir du programme de recherche ;

**7. 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. À ce titre, au-delà de la coordination avec l'Union européenne, la création en 2018 de l'Alliance Sahel pourrait être une excellente occasion d'améliorer l'harmonisation, la coordination et l'alignement et ainsi, l'efficacité en matière d'aide au sous-secteur SMI, en tenant compte de la fragilité des États de la sous-région.

#### Pour l'AFD :

**1. Poursuivre le plaidoyer pour redonner une place à part entière à l'aide bilatérale en subvention pour la santé et la protection sociale** en collaboration plus étroite avec Expertise France et l'Institut de recherches pour le développement (IRD – il s'agirait d'un plaidoyer AFD en interne pour obtenir davantage de subventions ou crédits bonifiés et en externe pour renforcer le bilatéral en santé ;

**2. dans le cadre d'instructions de projets dans un 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 ;

**3. Poursuivre la montée en puissance des opérations en matière de protection sociale santé.** L'inclusion d'Expertise France dans le groupe AFD devrait favoriser cette orientation.

#### Pour le programme de recherche piloté par l'IRD :

• **ajouter deux questions de recherche :**

**1.** les systèmes "gratuité", financements basés sur les résultats (FBR), mutuelles, etc. peuvent-ils se renforcer mutuellement (au lieu de s'exclure en s'enfermant dans des "écoles de pensée") ?

**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, la construction d'un système d'information pour le système de financement national appuyé par le projet.

La **seconde recommandation globale** concerne la mise à profit de l'I3S pour décloisonner les stratégies de financement de la santé. 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 ?

## 4. Appréciation du contenu des projets financés par l'initiative Solidarité, Santé, Sahel

L'I3S s'inscrit *de facto* dans le domaine de la protection sociale santé. Pour chaque pays, 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, sont présentés et peuvent se résumer en quatre grandes options :

- **les systèmes contributifs volontaires** (de type « mutuelles de santé »), avec l'option, pour l'État, 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 ou non, de résultats prédéterminés et à la qualité de ces résultats : on parle alors de financement basé sur les résultats ou sur la performance (FBR/FBP) ;

- **le système « classique »** de financement du système de santé, généralement public, par le budget de l'État alloué à la santé, s'apparente à une subvention de l'offre en matière de santé par le biais du paiement des rémunérations du personnel et des frais de fonctionnement, et des investissements. Ce système, purement redistributif, participe aussi à la couverture santé universelle. En théorie, une couverture santé universelle pourrait être atteinte uniquement par ce système de financement.

### 4.1. Sénégal

#### 4.1.1. Description du projet

La convention de financement I3S<sup>13</sup> initiale a été signée le 15 décembre 2014 pour un montant de 6,5 millions d'euros<sup>14</sup>, 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 du projet Sénégal

est donc de 8 millions euros, correspondant au montant total du projet tel qu'annexé à la première convention.

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.

<sup>12</sup> L'engagement français pour Muskoka (100M€ sur 5 ans) pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, dans dix pays francophones et Haïti.

<sup>13</sup> Résolution n° C20140248 du Comité des États étrangers du 9 juillet 2014.

<sup>14</sup> La date limite de versement des fonds (DLVF) est fixée au 30 juin 2018 (date limite d'utilisation des fonds (DLUF) : 31 décembre 2018).

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 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 ».

#### 4.1.2. Constats

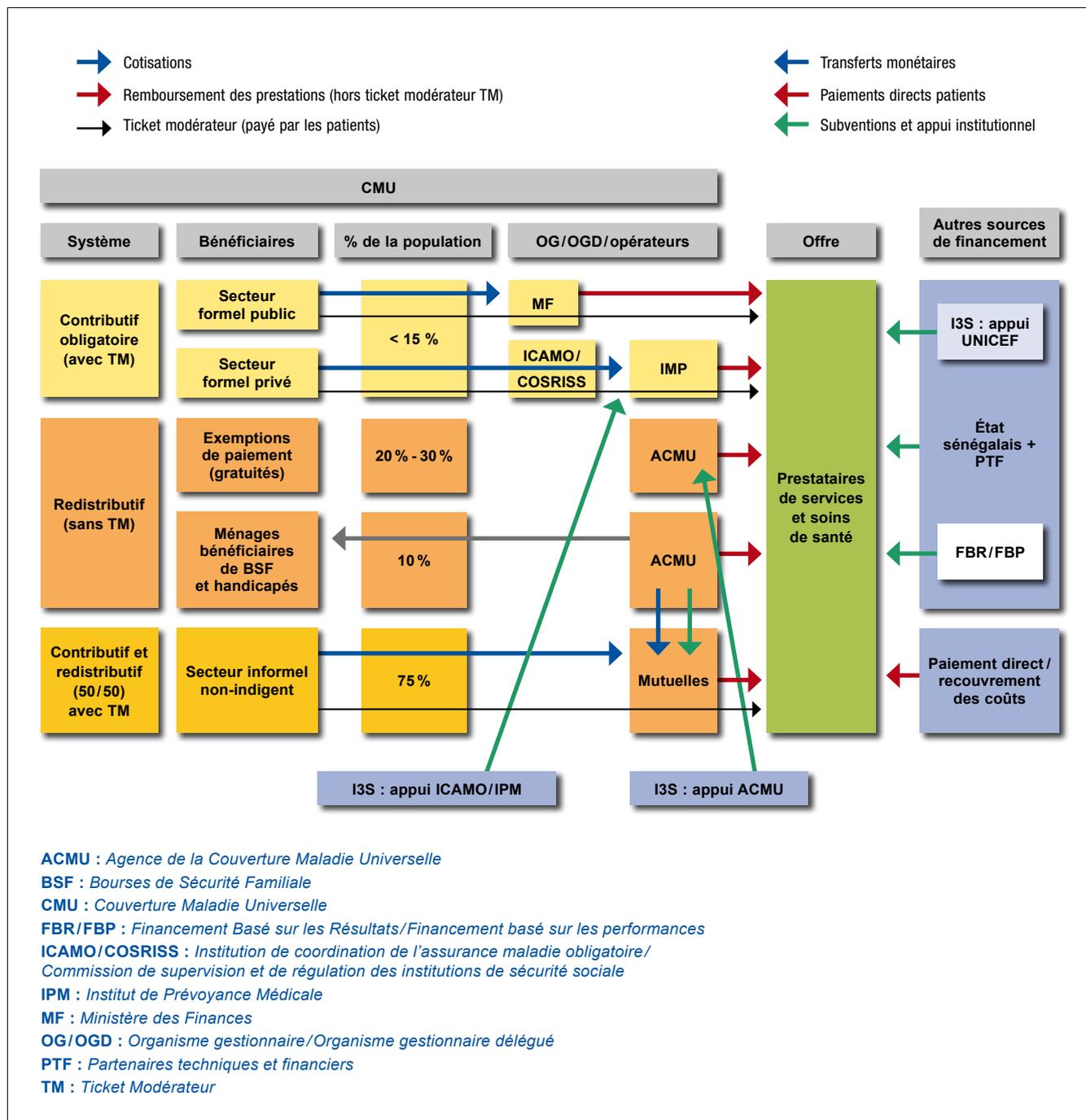
En 2013, Le « *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017* » incluait l'extension de la gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans, ce qui a permis à l'I3S d'emprunter ce canal et d'éviter celui des « mutuelles » partiellement couvert par d'autres PTF. Le schéma 2 montre les points d'insertion des trois composantes du projet financés par l'I3S dans la configuration du financement de la santé au Sénégal :

(C1) 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) ; (C2) 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 ;

(C3) Appui à l'élaboration du schéma directeur du système d'information de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) qui assurent la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé ainsi que leurs ayant-droits.

Pour la composante 1 : 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.). Dans l'avenir, il semblerait que l'on s'oriente vers un système où les gratuités, et notamment la gratuité « enfants », emprunteraient le canal des mutuelles avec co-paiement systématique des cotisations. Quelle que soit l'évolution de la stratégie de la Couverture Maladie Universelle (CMU), les aspects « accréditation des formations sanitaires », « contrôle et validation », et « protocoles et nomenclatures » deviendront prépondérants et cruciaux pour la qualité des services et pour la viabilité financière du système. Cela impliquera également un renforcement de la coordination des différents appuis institutionnels à l'ACMU.

Schéma 2. Financement de la santé et CSU au Sénégal



Source : HERA.

Pour la composante 2 : L'intervention mise en œuvre par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) pour l'enregistrement des enfants à l'état civil et distribution de carnets de santé, 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 inscrite dans le Plan Sénégal Emergent.

Cette intervention soulève, cependant, quelques questions : pourquoi faut-il une approche projet pour appuyer une stratégie nationale reprise dans un document tel que le « Plan Sénégal Emergent » ? 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 mères qui ne maîtrisent pas toutes le français écrit ? Pourquoi ne pas mettre à profit les plateformes de téléphonie mobile pour la gestion de l'information ?

Pour la composante 3 : L'évaluation questionne l'appui de l'I3S au système d'information de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui ne concerne que le secteur formel privé soit une population qui n'est sans doute pas la plus vulnérable et qui représente moins de 5 % de la population totale. La nécessité d'avoir un système d'information complet et solide pour l'AMO est évidente. En revanche, est-ce à l'I3S de financer ce système ? Le budget estimatif pour le développement du système d'information de l'assurance maladie obligatoire (SIAMO) est estimé à 1 milliard CFA (1,52 millions d'euros), dont une partie sera financée sur I3S. Pour le développement du système d'information de l'ACMU, il est question 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) ?

#### 4.1.3. Recommandations spécifiques pour le Sénégal

- L'I3S et sa suite éventuelle devraient se reconcentrer sur l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (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 seront, après traitement, de véritables aides à la décision, 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 s'agit 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).

- 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 populations les plus vulnérables.

- Enfin, le Sénégal pourrait être moteur dans l'animation d'une capitalisation opérationnelle sur l'I3S et la couverture santé universelle dans la sous-région.

## 4.2. Mali

### 4.2.1. Description du projet

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 :

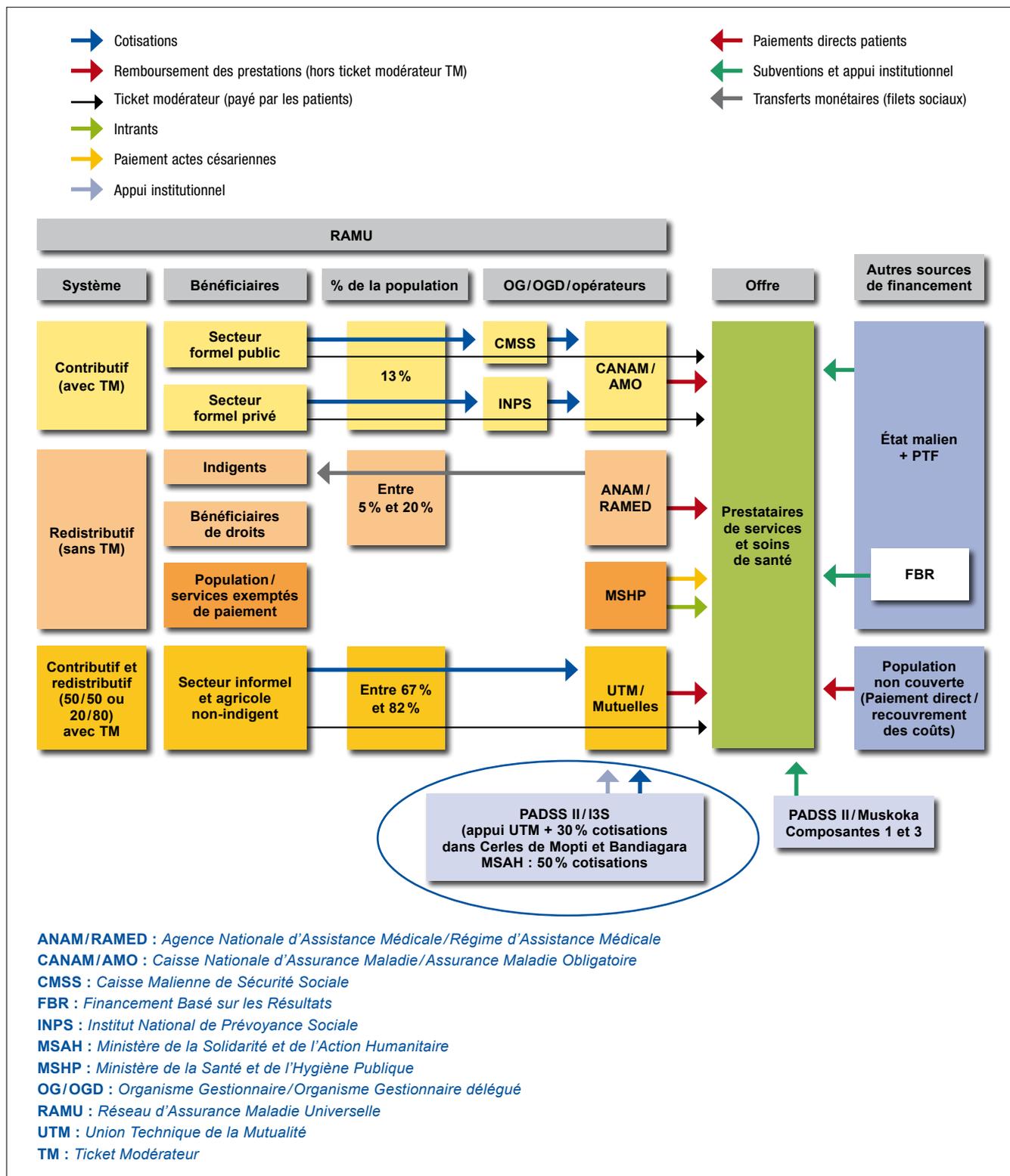
1. Renforcer la disponibilité et la qualité de l'offre de soins, en particulier au niveau des CSCOM et de l'hôpital régional de Mopti (hôpital Sominé Dolo – HSD).
2. Améliorer l'accessibilité financière aux soins, en élargissant la couverture du risque maladie (CRM) pour le secteur informel à travers 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.

### 4.2.2. Constats

Le schéma 3, page 20, montre les points d'insertion du projet d'appui au développement du système de santé – PADSS II Mopti – dans la configuration générale du financement de la santé du Mali. Le financement I3S porte principalement sur la deuxième composante du PADSS II Mopti, qui vise à améliorer l'accessibilité financière aux soins, en élargissant la couverture du risque maladie, pour le secteur informel, par les mutuelles. Le choix était restreint pour le contenu du projet: emprunter le canal de l'exemption de paiement pour les enfants et compensé par des intrants ou emprunter les systèmes contributifs comme l'AMO et les mutuelles. Les autres composantes du projet, sur financement Muskoka, relèvent du renforcement de l'offre en matière de santé.

Schéma 3. Financement de la santé et CSU au Mali



Source : HERA.

Le couplage des financements I3S et Muskoka au sein d'un même projet (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 encourager l'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 sanitaires 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 sur l'offre et la demande.

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. La politique de CSU du Mali ne prévoit ce 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 des 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 (ici par l'État et l'I3S). Ce serait la démonstration qu'un système contributif de type mutualiste, pour le secteur informel, est

envisageable à la condition que les contributions soient financées par le budget de l'État, *via* un système de redistribution à partir de l'impôt. 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'Unité Technique de la Mutualité (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).

Enfin, une exploitation judicieuse des données des mutuelles est essentielle : profil des adhérents et utilisation des services de santé par profil (mix adhérents/prestations : pourcentage des enfants de moins de cinq 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.).

#### 4.2.3. Recommandations spécifiques pour le Mali

Le retard pris dans la mise en œuvre du projet limite le nombre de recommandations :

- Suivre l'évolution du taux de pénétration (ajusté du taux d'abandon) des mutuelles au regard des projections. Prévoir une évaluation de la composante mutuelle au début 2020.
- Voir dans quelle mesure certaines techniques de contrôle de qualité et de vérification utilisées par les systèmes FBR pourraient être adoptées par les mutuelles de santé.

## 4.3. Niger

### 4.3.1. Description du projet

La convention de financement du Projet I3S a été signée le 18 juillet 2014<sup>15</sup> pour une durée de quatre ans et un montant de 6 millions d'euros. 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.

### 4.3.2. Constats

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. Le schéma 4, page 23, montre le point d'insertion du projet sur financement I3S dans la configuration générale du financement de la santé au Niger. L'État 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 ayant contribué directement et de manière très substantielle, au paiement des « factures gratuité », soit sur aide budgétaire globale, soit, plus récemment, sur financement I3S.

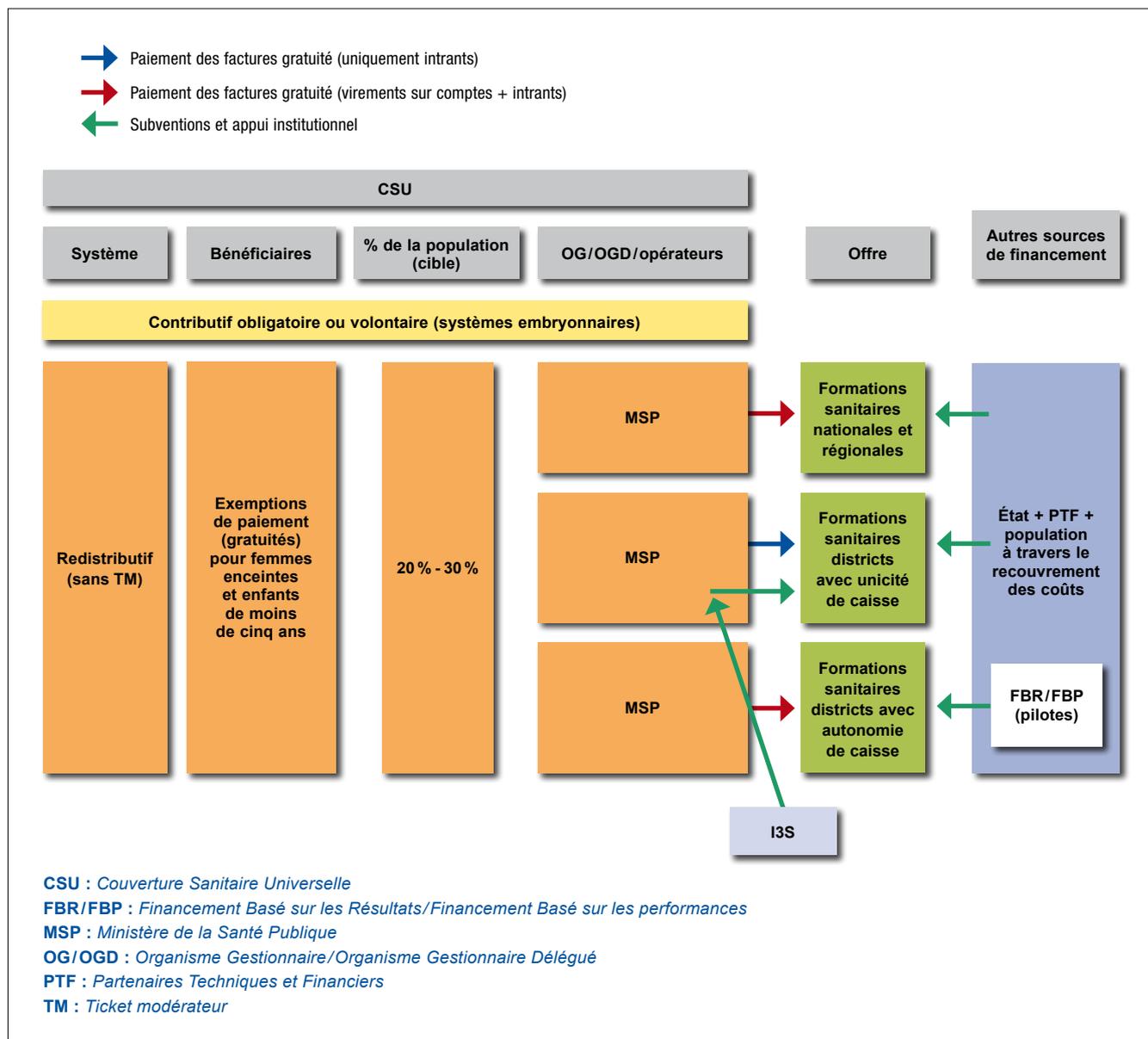
Le projet financé par l'I3S était sans doute pertinent au moment de son étude en 2012, lorsque la nouvelle stratégie nationale de financement de la santé venait d'être validée et laissait espérer un déploiement planifié avec la mise en place d'un Fonds Social Santé. Le choix était restreint : emprunter 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. 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 une simple substitution plus qu'une contribution. L'inertie du Niger pour structurer une démarche CSU a été sous-estimée lors de l'étude 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 est la mise en place d'un dispositif de gratuité doté d'un système d'information adéquat, simple et robuste. Si l'État 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 sera plus une contribution au financement de la gratuité mais une substitution pure et simple.

<sup>15</sup> Résolution C20130501 du Comité des États étrangers du 18 décembre 2013.

Schéma 4. Financement de la santé et couverture santé universelle (CSU) au Niger



Source : HERA.

### 4.3.3. Recommandations spécifiques pour le Niger

Compte tenu de la faiblesse dans les réalisations du projet, une restructuration pourrait être envisagée. Le COS, 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 :

- La continuation de l'apurement des arriérés « gratuité » 2016-2017 dans la région de Dosso, mais en tenant compte d'un risque fiduciaire (comment valider la réalité de prestations datant d'un ou deux ans ?).
- Le paiement trimestriel des factures gratuité de manière prospective, sur la base d'un réel contrôle/validation des factures émises par les formations sanitaires avec une vérification sur base des registres et des rapports SNIS, et le contrôle de la réalité des prestations sur la base d'interviews 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.
- La recapitalisation des centres sanitaires par la mise à disposition de stocks de médicaments essentiels santé maternelle et infantile en lieu et place du paiement des factures « gratuité ». Cette option élimine une grande partie du risque fiduciaire lié au paiement des factures « gratuité ».

- L'alignement sur le système FBR tel qu'il est mis en œuvre à Dosso avec l'appui de la coopération belge ou tel qu'il est mis en œuvre à Tillabéry avec l'appui de la KfW, ou tel qu'il a été déployé dans le district de Boboye avec l'appui de la Banque mondiale. Le projet I3S pourrait 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 et national).

- Envisager une contribution financière de l'I3S au Fonds commun santé Niger quelle que soit l'option retenue ci-dessus.

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 et 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 à 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.

## 4.4. Tchad

### 4.4.1. Description du projet

La convention de financement du Projet d'appui au secteur de la santé du Tchad – phase 2 (PASST2) a été signée en mars 2015 pour une durée initiale de 4 ans et un montant de 10 millions euros dont 4 millions sur I3S et 6 millions sur Muskoka. La finalité du projet est de diminuer la mortalité maternelle, infantile et néonatale au Tchad. Les objectifs sont :

1. renforcer les capacités du ministère de la santé publique,
2. renforcer les structures de santé (offre et qualité),
3. renforcer la formation des personnels de santé,
4. renforcer le financement des soins et les mécanismes d'exemption de paiement.

### 4.4.2. Constats

Le PASST II combine les financements Muskoka et I3S. L'équipe d'évaluation a réalisé un travail de ventilation des activités par sources de financement afin de clarifier le périmètre à apprécier. L'analyse concerne ainsi exclusivement les interventions « I3S ».

Le PASST II est la suite d'un premier projet 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 financées par le PASST II sont 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 mis en œuvre par l'ONG BASE dans le Logone occidental, le renforcement de la demande et l'amélioration de l'accès financier ne s'est pas fait là où le projet renforçait l'offre.

Il est cohérent que le financement I3S ne vienne pas compléter les lignes budgétaires « gratuité » de l'État car ces gratuités ne visent pas spécifiquement les enfants ou les femmes enceintes, même si l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers a été forte, spécialement pour les services obstétriques et pédiatriques. De plus, la compensation de la gratuité ne se fait que sous forme d'intrants additionnels. Enfin, il semble qu'entre 2013 et 2015, les lignes budgétaires gratuité, dotations de l'État destinées à compenser la gratuité, ont été exécutées sans besoin d'appui externe.

Le financement I3S au Tchad, contrairement aux trois 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.

Il y a peu de possibilités pour ces trois structures bénéficiaires du financement de ce projet de pérenniser, 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). Ces appuis I3S au secteur privé à but social pourraient montrer la voie vers un renforcement d'approches de type « public-privé », que rendrait possible une décision politique en faveur d'un élargissement du financement de l'État vers le secteur privé non lucratif sur des bases contractuelles, qui pourrait même s'inspirer de certains éléments du FBR.

#### 4.4.3. Recommandations spécifiques pour le Tchad

Concernant le quatrième objectif spécifique du projet, à savoir « *renforcer le financement des soins et les mécanismes solidaires d'exemption des paiements* », l'évaluation propose d'utiliser comme résultats attendus et indicateurs ceux qui figurent dans les conventions/contrats de financement avec les différents opérateurs : Handicap Santé, Centre Djenandoum Naasson, Centre hospitalier universitaire Bon Samaritain, et le projet Bureau d'appui santé

environnement – BASE, ce qui rendrait le cadre logique plus cohérent avec la réalité. Nous proposons d'ajouter un résultat attendu qui a trait à la capitalisation, à l'apprentissage et à l'augmentation des connaissances relatif 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 ?* »

## 5. Conclusion

Une certaine candeur a prévalu de la part 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 »<sup>16</sup> et tout cela avec de l'argent prélevé sur les transactions boursières. Depuis 2006-2007 pour le Niger, des études montraient que les systèmes de gratuité des soins, avec compensation par l'État du manque à gagner des prestataires de services, se heurtaient à des problèmes d'administration, de gestion, et de disponibilité des fonds publics. Les concepteurs de l'I3S ont sans doute sous-estimé ces problèmes ou surestimé l'efficacité potentielle d'un appui institutionnel classique pour en venir à bout<sup>17</sup>. Si la CSU est un projet de société, alors les problèmes et les solutions ne peuvent pas simplement être d'ordre technique ou gestionnaire : c'est tout le contexte qu'il faut questionner au sein des différentes plateformes de dialogue sectoriel : 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 ?

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 profondeurs ; gouvernance sub-optimale ; « politique de l'offre » des PTF ; bilan de l'aide très décourageant.

Les comptes rendus des premières réunions du COS en 2013 permettent de comprendre que l'AFD appréhendait l'I3S de manière plus réaliste que les promoteurs de l'initiative qui voulaient associer « *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.

Enfin, en s'attaquant au financement de la demande en matière de santé, l'I3S forçait l'AFD à sortir de sa zone de confort et, qui plus est, dans le cadre d'une gouvernance et redevabilité renouvelées, 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.

<sup>16</sup> 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).

<sup>17</sup> Et certainement une surestimation de la causalité entre gratuités des soins et taux de morbi-mortalité.

## Annexe

Tableau 1. Proposition d'une logique d'intervention de l'I3S

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
<b>But (impact)</b>			
Contribuer à la diminution de la morbi-mortalité des enfants de 0 à 5 ans	Taux de mortalité infanto-juvénile	Enquête démographie santé – EDS/MICS – Enquête par grappes à indicateurs multiples	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La situation socio-économique reste stable</li> <li>• La situation sécuritaire ne se dégrade pas davantage</li> <li>• L'engagement politique en faveur de la CSU reste élevé</li> </ul>
	Taux de mortalité néonatale	EDS/MICS	
	Taux de malnutrition (taille pour âge)	EDS/MICS	
<b>Objectif spécifique (résultat à long terme)</b>			
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)	Système national d'information sanitaire (SNIS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les prestataires de santé ont la capacité de gérer l'augmentation de la demande provoquée par l'extension de la CSU</li> <li>• 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</li> <li>• La population perçoit l'importance de l'offre de soins de santé et en accepte le niveau de qualité</li> </ul>
	Nombre d'enfants ayant reçu un traitement antibiotique pour une pneumonie	SNIS	
	Nombre d'enfants ayant reçu un traitement SRO + Zinc pour diarrhée/déshydratation	SNIS	
	Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de soins intensifs	SNIS	
<b>Résultat à moyen / long terme</b>			
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 5 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU</li> <li>• Rapports du programme de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.) ;</li> <li>• Augmentation du niveau de financement de la CSU sur ressources domestiques (budget État et contributions des ménages) et sur ressources extérieures (PTF)</li> </ul>
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans enrôlés dans des mutuelles de santé (désagrégé par catégorie socio-économique des ménages)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU</li> <li>• Rapports du programme de recherche</li> </ul>	
	Dépenses des mutuelles de santé pour la prise en charge des soins des enfants de 0-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU</li> <li>• Rapports du programme de recherche</li> </ul>	
	Paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées de santé	Comptes nationaux de la santé / Revue des dépenses en santé	

...

...

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
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"> <li>• Rapports d'activités et financiers des agences et opérateurs CSU</li> <li>• Rapports d'évaluation à mi-parcours et <i>ex post</i></li> <li>• Rapports du programme de recherche</li> <li>• Audits</li> <li>• Études spécifiques</li> </ul>	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 validation des données : factures, indicateurs de financements basés sur les résultats – 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		

...

...

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
<b>Interventions stratégiques</b>			
Contribution directe au financement de la CSU (gratuité, 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 I3S/CSU/ Financement de la santé			

Source : Auteurs ; I3S.

## Liste des sigles et abréviations

ABG	Aide budgétaire globale
AFD	Agence Française de Développement
AMO	Assurance maladie obligatoire
APD	Aide publique au développement
BASE	Bureau d'appui santé environnement
COS	Comité d'orientation et de suivi
CSU	Couverture santé universelle
EDS	Enquête démographie santé
EF	Expertise France
FBR	Financement basé sur les résultats
I3S	Initiative solidarité-santé-Sahel
IPM	Institut de prévoyance médicale
IRD	Institut de recherches pour le développement
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
ONG	Organisation non-gouvernementale
SM(N)I	Santé maternelle (néonatale) et infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
UTM	Unité technique de la mutualité





## Dernières publications de la série

Les numéros antérieurs sont consultables sur le site : <http://editions.afd.fr>

Previous publications can be consulted online at: <http://editions.afd.fr>

- N° 70 Évaluation de l'aide au développement de la France au Vietnam (2005-2015)  
Evaluation of French development aid in Vietnam (2005-2015)
- N° 69 Évaluation du CIS Énergie 2012-2016  
Evaluation of the CIS Energy 2012-2016
- N° 68 Améliorer la compétitivité des exploitations familiales au Cameroun : quels impacts ?
- N° 67 Évaluation et capitalisation transversale de la FISONG Biodiversité et Développement
- N° 66 Impact du forfait obstétrical en Mauritanie
- N° 65 Évaluation des projets agricoles financés par l'AFD en Afghanistan (2005-2014)  
AFD Agriculture Programs in Afghanistan (2005-2014)
- N° 64 Évaluation du cadre d'intervention sectoriel (CIS) sécurité alimentaire en Afrique subsaharienne 2013-2016 de l'AFD
- N° 63 Comment contribuer au renforcement des droits de l'homme ?
- N° 62 Évaluation du cadre d'intervention sectoriel (CIS) éducation, formation et emploi 2013-2015  
Evaluation of AFD's Sectoral Intervention Framework (SIF) on Education, Training and Employment, 2013-2015
- N° 61 Évaluation du projet de développement du Parc national du Limpopo  
Limpopo National Park Development Project
- N° 60 Evaluation du Programme national de développement participatif (PNDP) – C2D Cameroun
- N° 59 Contribution de l'AFD au Fonds de partenariat pour les écosystèmes critiques (CEPF)
- N° 58 Agroécologie : évaluation de 15 ans d'actions d'accompagnement de l'AFD  
Agroecology: Evaluation of 15 years of AFD Support
- N° 57 Évaluation des interventions de l'AFD dans les secteurs sanitaire et médico-social en Outre-mer
- N° 56 Évaluation des activités de Coordination SUD dans le cadre de la convention AFD/CSUD 2010-2012
- N° 55 Étude d'évaluation et d'impact du Programme d'appui à la résorption de l'habitat insalubre et des bidonvilles au Maroc
- N° 54 Refining AFD's Interventions in the Palestinian Territories: Increasing Resilience in Area C
- N° 53 Évaluation des lignes de crédit de l'AFD octroyées à la Banque Ouest Africaine de Développement (2000-2010)
- N° 52 Évaluation stratégique de projets ONG dans le domaine de la santé
- N° 51 L'hydraulique pastorale au Tchad
- N° 50 Réhabilitation des marchés centraux
- N° 49 Bilan des évaluations décentralisées réalisées par l'AFD en 2010 et 2011
- N° 48 Étude sur la facilité d'innovation sectorielle pour les ONG (FISONG)
- N° 47 Cartographie des prêts budgétaires climat de l'AFD
- N° 46 Méta-évaluation des projets « lignes de crédit »
- N° 45 Bilan des évaluations de projets réalisées par l'AFD entre 2007 et 2009
- N° 44 Impacts des projets menés dans le secteur de la pêche artisanale au Sénégal
- N° 43 L'assistance technique résidente – Enseignements tirés d'un appui au secteur de l'éducation en Mauritanie
- N° 42 Évaluation partenariale des projets d'appui à la gestion des parcs nationaux au Maroc
- N° 41 AFD Municipal Development Project in the Palestinian Territories
- N° 40 Évaluation ex post de 15 projets ONG à Madagascar
- N° 39 Analyse croisée de vingt-huit évaluations décentralisées sur le thème transversal du renforcement des capacités
- N° 38 Étude des interventions post-catastrophe de l'AFD
- N° 37 La coopération française dans le secteur forestier du Bassin du Congo sur la période 1990-2010
- N° 36 Suivi de la réalisation des objectifs des projets de l'AFD : état des lieux
- N° 35 Cartographie des engagements de l'AFD dans les fonds fiduciaires sur la période 2004-2010
- N° 34 Addressing Development Challenges in Emerging Asia: A Strategic Review of the AFD-ADB Partnership  
Final Report, Period covered: 1997-2009