



CTB SÉNÉGAL

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

RAPPORT

EVALUATION FINALE DU PROGRAMME D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DE LA MICRO- ASSURANCE SANTE AU SENEGAL 1 & 2

DATE: OCTOBRE 2012

CONSULTANT: AEDES

CODE NAVISION: SEN 07 019 11 (PAMAS 1)

SEN 08 022 11 (PAMAS 2)

CODE DGCD: 3003272 (PAMAS 1)

3005551 (PAMAS 2)



Table des matières

Liste des acronymes et abréviations.....	7
Résumé opérationnel.....	10
1 Introduction.....	16
1.1 Présentation succincte de l'intervention.....	16
1.2 Objectifs et contexte de l'évaluation finale.....	16
1.3 Méthodologie de l'évaluation finale.....	17
2 Historique et contexte.....	18
2.1 Contexte historique de l'intervention.....	18
2.2 Contexte socio-économique.....	20
2.3 Contexte politique et institutionnel.....	21
2.4 Logique de l'intervention.....	23
3 Suivi des recommandations de l'évaluation à mi-parcours.....	24
3.1 Recommandations pour la SMCL.....	24
3.2 Recommandations pour l'intervention.....	25
3.3 Recommandations au niveau régional et périphérique.....	26
3.4 Recommandations pour le siège de la CTB.....	26
3.5 Pour la Coopération Belge.....	27
3.6 Autres recommandations.....	27
4 Mise en œuvre et réalisations.....	27
4.1 PAMAS 1 - Résultat 1.....	28
4.1.1 Réalisations finales.....	28
4.1.2 Enseignements tirés.....	33
4.2 PAMAS 1 - Résultat 2.....	34
4.2.1 Réalisations finales.....	35
4.2.2 Enseignements tirés.....	38
4.3 PAMAS 1 - Résultat 3.....	39
4.3.1 Réalisations finales.....	39
4.3.2 Enseignements tirés.....	44
4.4 PAMAS 1 - Résultat 4.....	45
4.4.1 Réalisations finales.....	45
4.4.2 Enseignements tirés.....	47
4.5 PAMAS 2 - Résultat 1.....	48
4.5.1 Réalisations finales.....	48
4.5.2 Enseignements tirés.....	49
4.6 PAMAS 2 - Résultat 2.....	50
4.6.1 Réalisations finales.....	50
4.6.2 Enseignements tirés.....	51
4.7 PAMAS 2 - Résultat 3.....	51
4.7.1 Réalisations finales.....	51
4.7.2 Enseignements tirés.....	53
4.8 Contribution du suivi scientifique aux réalisations du projet.....	54
5 Evaluation de l'intervention.....	56
5.1 Critères de base.....	56
5.1.1 Pertinence.....	56
5.1.1.1 Pertinence par rapport aux politiques et stratégies nationales et régionales.....	56
5.1.1.2 Pertinence par rapport aux politiques de développement, stratégies et priorités de la Belgique.....	56
5.1.2 Efficience.....	57
5.1.2.1 Respect du calendrier des activités et des dépenses.....	57
5.1.2.2 Respect des engagements pris par les deux parties.....	58
5.1.2.3 Qualité des activités.....	59
5.1.3 Efficacité.....	59
5.1.3.1 Degré d'atteinte des objectifs spécifiques, en référence aux indicateurs.....	59
5.1.3.2 Influence du projet ou de facteurs externes sur la réalisation des OS.....	61
5.1.3.3 Réponse du projet aux problèmes, besoins et priorités des bénéficiaires.....	62
5.1.3.4 Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux résultats du projet.....	63
5.1.4 Durabilité.....	63
5.1.4.1 Contribution du projet à la durabilité de l'intervention.....	63
5.1.4.2 Capacité des intéressés à assurer la continuation des activités.....	64
5.1.4.3 Adéquation des efforts de capacity building à la durabilité du projet.....	65
5.1.4.4 Maîtrise par les bénéficiaires des solutions et approches proposées.....	65
5.1.5 Cohérence.....	66
5.1.5.1 Cohérence avec des projets avec objectifs similaires soutenus par la Belgique.....	66
5.1.5.2 Cohérence avec d'autres projets de la zone de concentration soutenus par la Belgique.....	66
5.1.5.3 Pistes d'intégration avec le volet demande du PAODES.....	68
5.1.6 Impact.....	69
5.1.6.1 Effets ressentis par les bénéficiaires, institutions des partenaires et groupes non-ciblés.....	69

5.1.6.2	Nature des changements et relation avec la présence du projet	69
5.1.6.3	Perception uniforme des changements induits par les parties prenantes	71
5.1.6.4	Contribution des changements à la réalisation de l'objectif global	71
5.2	Thèmes transversaux.....	72
5.2.1	Egalité entre femmes et hommes.....	72
5.2.1.1	Balance de genre dans les institutions mutualistes	72
5.2.1.2	Intégration du genre dans les statistiques des mutuelles	72
5.2.1.3	Sensibilisation aux problématiques de genre	72
5.2.2	Environnement	72
5.2.2.1	Amélioration de l'environnement des mutuelles.....	72
5.2.2.2	Projets de champs collectifs	72
5.2.2.3	Promotion d'une utilisation rationnelle de l'énergie.....	72
5.2.3	Economie sociale	73
5.2.3.1	Fonction d'économie sociale des mutuelles de santé.....	73
5.2.3.2	Renforcement de la solidarité interpersonnelle.....	73
5.2.3.3	Expression des attentes de la population	73
5.2.4	Droits des enfants	73
5.2.4.1	Assurance Maladie Elève	73
5.2.4.2	Education et prévention sanitaire pour les enfants	73
5.2.4.3	Promotion de la santé maternelle et infantile.....	73
5.3	Critères-HARMO	73
5.3.1	Harmonisation	73
5.3.1.1	Existence et fonctionnalité d'un cadre d'échange et de concertation.....	73
5.3.1.2	Points focaux mutuelles au sein des Régions Médicales	74
5.3.2	Alignement	74
5.3.2.1	Alignement sur les stratégies de développement nationales	74
5.3.2.2	Alignement sur les systèmes et procédures nationales	75
5.3.2.3	Renforcement des capacités de gestion	75
5.3.2.4	Alignement de la direction et du personnel.....	75
5.3.3	Gestion axée sur les résultats de développement.....	75
5.3.3.1	Focalisation des deux partenaires et du dialogue sur les résultats dans toutes les phases du projet	75
5.3.3.2	Coordination par la CAFSP des efforts de monitoring et évaluation	76
5.3.4	Responsabilité mutuelle	76
5.3.4.1	Information transparente, compréhensible et régulière sur les avancées de l'intervention.....	76
5.3.4.2	Rapportage par les structures partenaires des réalisations du projet auprès des autorités nationales, locales et aux bénéficiaires	77
5.3.4.3	Fonctionnement de la SMCL	77
5.3.5	Appropriation.....	78
5.3.5.1	Leadership et coordination du programme par l'institution partenaire	78
5.3.5.2	Renforcement des capacités de leadership de l'institution partenaire	78
6	Pratiques à conserver	79
6.1	Structure & Personnel de l'intervention	79
6.1.1	Ancrage dans les bureaux même du partenaire.....	79
6.1.2	Ancrage au niveau méso avec une équipe mixte et homogène	79
6.1.3	Ancrage au niveau micro via les Assistants Technique Régionaux	80
6.2	Gestion des ressources)	80
6.2.1	Modification progressive des modalités d'exécution vers des contrats d'exécution au partenaire ...	80
6.3	Planification & Mise en œuvre.....	80
6.3.1	Stimuler le renforcement du dialogue et de la concertation inter-acteurs.....	80
6.3.2	Approche participative et stimulation de l'appropriation	81
6.3.3	Planification ascendante et autonomie de décision des institutions partenaires au niveau décentralisé.....	81
6.4	Monitoring & Evaluation	81
6.4.1	Harmonisation des indicateurs et outils de collecte.....	81
6.4.2	Plateforme de partage d'information via la cartographie numérisée.....	81
6.4.3	Stimuler l'autonomisation des partenaires sur le monitoring et l'évaluation.....	82
6.5	Documentation & Rapportage	82
6.5.1	Documentation continue des processus de mise en œuvre.....	82
7	Enseignements tirés.....	83
7.1	Pour l'intervention.....	83
7.1.1	Nécessité du renforcement institutionnel en vue d'un dialogue effectif entre offre et demande	83
7.1.2	La formation des prestataires a été essentielle dans leur adhésion aux principes mutualistes.....	83

7.1.3	Intérêt d'une approche aux niveaux macro, méso et micro	83
7.1.4	La stimulation du dialogue interpartenaires peut mener a des externalités positives.....	83
7.1.5	Le PAMAS a permis une conscientisation à large échelle de l'importance des questions sociales dans la gestion de services sanitaires	83
7.1.6	Plusieurs Unions de Mutuelles ont acquis une réelle autonomie et la capacité de développer des initiatives originales.....	84
7.1.7	Le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Fonds d'Indigence a permis la démonstration du niveau de collaboration entre acteurs de l'offre, de la demande et collectivités locales.....	84
7.1.8	Il semble possible de développer des mécanismes de ciblage communautaire des plus vulnérables intégrant l'ensemble des acteurs concernés	84
7.1.9	Nécessité de relever le paquet de service, l'attractivité des mutuelles et leur base d'adhésion.....	84
7.1.10	Nécessité d'une action parallèle de renforcement qualitatif de l'offre de soins.....	85
7.1.11	Les approches expérimentées au niveau régional peuvent servir de laboratoire pour les approches nationales	85
7.1.12	Besoin d'augmenter la fonctionnalité des organes de concertation sur les questions stratégiques majeures.....	85
7.1.13	Le principe de « prudence raisonnée » ne doit pas empêcher la prise de position stratégique et leur mise en œuvre	85
7.1.14	Besoin d'une meilleure anticipation des risques stratégiques liés au programme ou au contexte .	86
7.1.15	Il est nécessaire que les acteurs du suivi scientifique soient en mesure d'apporter un soutien entre leurs visites	86
7.1.16	Nécessité d'adapter le support en fonction des capacités des instances en vue de stimuler le développement	87
7.1.17	Difficulté de perception au sein de la population de la mutuelle comme une protection contre le risque plutôt que comme le préfinancement de services.	87
7.1.18	Besoin d'anticiper le risque de voir les Unions de mutuelles et les futurs BRASU se transformer en service externe des Régions Médicales.....	87
7.2	Pour l'instance partenaire.....	87
7.2.1	Besoin de renforcer la cohérence entre les différents mécanismes supportés par la CAFSP.....	87
7.2.2	Besoin de transposer les projets politiques en stratégies opérationnelles et en lignes de financement	88
7.2.3	Développer une approche intégrée de soins de santé centrés sur le patient dans le mouvement sur la Couverture Maladie Universelle	88
7.2.4	Il est nécessaire de s'assurer que les organes de concertation adressent réellement les questions stratégiques.....	88
7.2.5	La CAFSP doit progressivement détacher sa planification de celle de ses partenaires pour renforcer son leadership et développer et mettre en œuvre des visions propres au Sénégal.....	88
7.3	Pour la SMCL.....	89
7.3.1	Utiliser l'expertise des assistants techniques à titre consultatif	89
7.3.2	Discuter des questions stratégiques majeures pouvant influencer sur le succès et la viabilité du programme en plus des questions de suivi administratif et financier.	89
7.4	Pour la Représentation de la CTB.....	89
7.4.1	Besoin d'adapter les modalités d'exécution en vue d'améliorer la réactivité du programme et sa rapidité d'exécution.	89
7.4.2	Besoin de s'assurer d'un bon niveau de dialogue et de coordination entre les différents programmes supportés par la CTB au Sénégal.....	89
7.4.3	Besoin de renforcer la communication entre les programmes et le chargé de programme CTB.	89
7.5	Pour la CTB-Bruxelles.....	90
7.5.1	Accélérer les réponses aux questions techniques émanant des projets.	90
7.5.2	Trouver des modalités permettant d'alléger la charge de travail administrative et financière.....	90
8	CONCLUSIONS.....	90
8.1	Principales conclusions.....	90
8.1.1	Pertinence.....	90
8.1.2	Efficience.....	91
8.1.3	Efficacité.....	91
8.1.4	Durabilité.....	92
8.1.5	Cohérence.....	93
8.1.6	Impact	94
8.1.7	Harmonisation	94
8.1.8	Alignement	94
8.1.9	Gestion axée sur les résultats de développement.....	95
8.1.10	Responsabilité mutuelle	95
8.1.11	Appropriation	96

8.2	Recommandations	96
8.2.1	Portant sur la période allant jusqu'à la fin du projet.....	96
8.2.2	Portant sur la période consécutive à la fin du projet.....	96
8.2.3	Portant sur une autre phase ultérieure éventuelle.....	96
9	Liste des annexes	98

Sénégal

Rapport Evaluation à mi-parcours

Programme d'appui au développement de la Micro-assurance santé au Sénégal 1 & 2

N° d'intervention DGCD:	PAMAS 1: 3003272 PAMAS 2: 3005551
Code Navision CTB:	PAMAS 1: SEN 07 019 11 PAMAS 2: SEN 08 022 11
Partenaire institutionnel:	Ministère de la Santé et de la Prévention
Durée de l'intervention:	PAMAS 1: 48 mois PAMAS 2: 36 mois
Durée de la Convention Spécifique:	60 mois
Date du démarrage de l'intervention:	PAMAS 1: Janvier 2009 PAMAS 2: Juin 2010
Contribution du Sénégal:	PAMAS 1: EUR 113.224 PAMAS 2: EUR 448.500
Contribution de la Belgique:	PAMAS 1: EUR 2.500.000 PAMAS 2: EUR 1.500.000
Contribution totale:	EUR 4.561.724
Secteurs d'intervention:	24040 - Finances/Banques - Intermédiaires financiers du secteur informel et semi formel / microcrédits 16010 - Infrastructure sociale - Services sociaux 12110 - Santé - Politique de la santé et gestion administrative

Résumé: Le but principal de cette évaluation finale est l'appréciation de la performance du "Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé" (PAMAS) au Sénégal, une intervention de la coopération bilatérale belgo-sénégalaise qui est répartie en deux projets et trois volets: (i) appui institutionnel à la Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (PAMAS 1), (ii) renforcement des mutuelles de santé et de leurs structures faitières dans les régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack (PAMAS 1), et (iii) la mise en place de mécanismes de garantie (PAMAS 2). Par rapport aux résultats attendus, le PAMAS 1 a réalisé des avancées relativement satisfaisantes au niveau central, régional et périphérique et a créé des conditions favorables pour une accélération du développement des mutuelles de santé pilotes à l'avenir, et particulièrement sous le volet demande du programme PAODES. De nombreux échanges ont eu lieu entre CAFSP et CTB sur les questions de fonds de garantie. Il a été décidé d'un commun accord de se concentrer sur le concept de fonds d'équité. Cela a retardé la mise en œuvre. L'approche de fonds d'équité proposée par le PAMAS rencontre un fort intérêt au niveau national. Il pourrait contribuer à cadrer le future Fonds National de Solidarité en Santé.

Equipe d'évaluation: Mathieu Noirhomme et Abdou Salam Fall (AEDES)

Liste des acronymes et abréviations

AEDES	Agence Européenne pour le Développement et la Santé
AMEL	Assurance Maladie Elève
ASSRMKF	Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick
ASUFOR	Association(s) des Usagers de Forage
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant(s) Technique(s) National(aux)
ATR	Assistant(s) Technique(s) Régional(aux)
BIT	Bureau International du Travail
BRASU	Bureau(x) Régional(aux) d'Assurance Santé Universelle
CACMU	Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CNC	Cadre National de Concertation
CRC	Cadre Régional de Concertation
CTB	Coopération Technique Belge
CTR	Comité Technique Régional
DECAM	Décentralisation et Extension de la Couverture en Assurance Maladie
DPES	Document de Politique Economique et Sociale
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTF	Document(s) Technique(s) et Financier(s)
ECD	Equipe(s) Cadre(s) de District
FNSS	Fonds National de Solidarité Santé
HIVA	Hoger Instituut Voor Arbeid – KUL (Belgique)
KUL	Katholieke Universiteit Leuven (Belgique)
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAGOSAN	Programme d'Appui à la Gouvernance Sanitaire
PAMAS	Programme d'Appui au développement de la Micro-Assurance Santé
PAMIF	Programme d'Appui à la Micro Finance

PAODES	Programme d'Appui à l'Offre et la Demande de Soins
PEPAM	Programme d'Eau Potable et Assainissement pour le Millénaire
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
RM	Région(s) Médicale(s)
SIMGE	Système intégré des mécanismes de garantie et d'équité
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNPS/GR	Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion du Risque
UM	Union(s) de Mutuelles
USAID	United States Aid for International Development

Résumé opérationnel

L'évaluation finale du PAMAS s'est déroulée du 11 au 25 octobre 2012 et a été conduite par le cabinet AEDES avec le concours de Mathieu Noirhomme et du Dr Abdou Salam Fall.

Le PAMAS est un Programme d'Appui au développement de la Micro Assurance Santé au Sénégal mis en place dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine pour un budget total de 4 millions d'euros. Il est divisé en deux volets : le PAMAS 1 appuie le renforcement institutionnel des mécanismes d'assurance santé avec des interventions aux niveaux central, régional et périphérique tant au niveau des institutions de l'offre que des institutions mutualistes ; le PAMAS 2 se concentre sur la mise en place de mécanismes de garantie permettant aux mutuelles de santé de consolider leur assise financière et de favoriser l'accès aux soins des populations vulnérables.

De manière générale, le PAMAS a atteint de **bons résultats sur toutes les questions touchant au renforcement institutionnel** et à l'amélioration de la coordination entre institutions sanitaires et institutions mutualistes. Toutefois, il n'a **pas encore réussi à traduire ce renforcement en amélioration de la protection des usagers contre le risque maladie et d'amélioration de l'accès aux soins**, notamment en raison de la lenteur de développement des approches mutualistes. Les taux d'adhésion aux mutuelles sont restés globalement les mêmes, en raison notamment des difficultés inhérentes à toute approche mutualiste sur le court terme. Ceci devra figurer aux priorités du PAODES. Le lancement d'un fonds d'équité mi-2012 permet par contre d'espérer une protection accrue des ménages indigents à l'avenir. La mise en œuvre du programme est détaillée dans le chapitre 4 et résumée dans les lignes suivantes, par niveau d'intervention.

- Au **niveau central**, la visibilité et la fonctionnalité de la CAFSP sont fortement renforcés : la CAFSP assume ses fonctions de concertation et participe activement à des initiatives externes ; elle a supporté la réorganisation institutionnelle de l'offre et la demande au niveau décentralisé ; et a pris une position centrale au niveau national dans l'harmonisation des outils de gestion, de collecte de données et de suivi-évaluation, matérialisés dans la cartographie numérisée.

On regrette toutefois un leadership trop modéré, qui traduit la coexistence de différentes visions au niveau national (JEMOA, BIT, MSAS, autres). Cela aboutit sur un manque de débat sur les questions stratégiques majeures (ex : coexistence et conflit potentiels entre modèles mutualistes différents) et le manque de développement de politiques et documents d'orientation nationaux.

- Au **niveau périphérique**, les indicateurs au niveau structurel sont également très satisfaisants : chaque Région Médicale est aujourd'hui dotée d'un point focal mutuelle qui assume ses fonctions en concertation avec les Unions de Mutuelles ; le niveau de connaissance des acteurs régionaux et de district est

nettement amélioré et permet un dialogue avec la demande ; les équipes cadres de région et de district maîtrisent les outils développés sur les mutuelles et contribuent aux supervisions ; les conventions cadres et conventions spécifiques sont signées ; les Cadres Régionaux de Concertation sont tenus de manière régulière avec l'ensemble des acteurs concernés.

- Les **mutuelles et Unions de mutuelles** ont bénéficié d'un important renforcement structurel et ont une bien meilleure compréhension de leurs fonctions. Ce renforcement est passé par des investissements en infrastructure, réhabilitation, bureautique et informatique et la dotation d'un Assistant Technique Régional par RM ; des cycles de formations adaptés aux besoins ; une harmonisation des indicateurs et outils de gestion et de suivi ; et un rôle assumé d'encadrement et de supervision par les Unions de Mutuelles qui s'élargit à des initiatives propres indépendantes du programme.

Cependant, la viabilité des mutuelles reste discutable en raison de leur faible base d'adhésion et d'une incapacité à assumer leur frais d'investissement et gros entretien ; il n'y a pas eu d'amélioration notable des taux d'adhésion ; la qualité des services (sur laquelle le PAMAS ne peut avoir d'impact) reste insuffisante ; les services offerts par les mutuelles s'arrêtent au premier échelon ; et les Unions n'ont pas encore la crédibilité suffisante pour assumer une activité de plaidoyer en faveur du patient, en raison notamment de leur faible représentativité.

- Le PAMAS a connu des **difficultés à initier des approches susceptibles d'augmenter la base d'adhésion des populations aux mutuelles**, qui se manifestent dans un degré de réalisation insuffisant des résultats 4 du PAMAS I et 3 du PAMAS II. Le PAMAS s'est principalement concentré sur le développement d'un fonds d'équité lancé mi-2012. L'option de la coassurance (potentiellement subventionnée) n'a pas été retenue, malgré son potentiel d'accroître le paquet de services, qui représente une des barrières majeures à l'adhésion. En dehors de cela, le PAMAS a travaillé à la poursuite d'initiatives supportées précédemment (notamment l'AMEL qui a triplé sa base d'adhésion).

A noter que le fonds d'équité lancé en juin 2012 présente – outre ses premiers résultats opérationnels encourageants – un test fructueux de collaboration entre les différents acteurs concernés par la protection sociale en santé (régions médicales et districts, unions de mutuelles, mutuelles, services d'action sociale des collectivités locales, et population). Tous les engagements formels (manuels, conventions, dotations, etc.) ont été respectés.

L'**atteinte des critères** est détaillée dans le chapitre 5, reprise dans les conclusions du chapitre 8 et résumée ci-dessous.

- **Pertinence.** Le PAMAS affiche un excellent niveau de pertinence par rapport aux politiques sénégalaise et belge.
- **Efficience.** Il s'est avéré efficace sur toutes questions touchant au développement institutionnel et de renforcement des compétences, avec un excellent taux de décaissement en fin de programme. Les lignes relatives aux

subventions sous le PAMAS 2 ne sont décaissées qu'à hauteur de 20%.

- **Efficacité.** De manière globale, les indicateurs démontrent un bon degré d'atteinte des indicateurs de processus (renforcement institutionnel, concertation, renforcement des capacités). Toutefois, les indicateurs d'impact pour les mutualistes (bénéficiaires finaux de l'objectif général) sont quasi inchangés.
- **Durabilité.** Les institutions sont fonctionnelles à tous niveaux, et montrent un bon degré d'appropriation des approches, ce qui donne une indication positive de la durabilité. Cela dépend toutefois du maintien de certains petits budgets de fonctionnement. La durabilité de l'intervention au niveau des populations dépendra de l'extension de la base d'adhésion et du renforcement de la qualité de l'offre. La question est donc renvoyée sur la mise en œuvre du PAODES.
- **Cohérence.** Le degré de cohérence du PAMAS avec les autres programmes belges est relativement faible. On déplore un manque de concertation avec le PAODES et le PAGOSAN (placée sous la responsabilité du PAODES), alors que les programmes ont des influences réciproques. Les causes sont multiples et dépassent le seul cadre du PAMAS. La représentation doit stimuler une coordination inter-projets à l'avenir.

La cohérence avec des programmes d'autres partenaires devra être renforcée. La note conceptuelle sur le DECAM (appliqué par Abt Associates et l'OMS) n'a pas encore été validée par la CAFSP en raison du manque d'importance accordée aux Unions Régionales. L'effort d'harmonisation devra être soutenu sous le PAODES / Demande dans le cadre des BRASU..

- **Impact.** L'impact du programme est excellent sur toutes les questions institutionnelles. Un dialogue offre-demande existe aujourd'hui qui était hors de portée au démarrage du PAMAS. A noter que les cadres de concertation restent trop consensuels : il serait nécessaire aujourd'hui de mettre sur la table les « sujets qui fâchent » afin d'anticiper les risques de conflits futurs.

L'impact sur les populations (indicateurs de l'objectif général) aura été quasi nul. La continuation du programme sous le PAODES ouvre des opportunités.

- **Thèmes transversaux.** Les thèmes transversaux ont été pris en compte dans la mesure de leur pertinence pour le PAMAS. L'élément le plus marquant est l'action d'économie sociale auquel le PAMAS a contribué.
- **Harmonisation.** Le PAMAS a permis des avancées considérables en termes de concertation aux trois niveaux du programme. La concertation avec les PTF gagnerait à porter plus sur les questions stratégiques.
- **Alignement.** Le PAMAS est aligné sur les priorités nationales du Sénégal. Il respecte les procédures légales en vigueur dans le pays. Il a fortement contribué à relever les capacités aux trois niveaux d'intervention.
- **Gestion axée sur les résultats** de développement. Le planning du PAMAS est intégré dans le plan d'action de la CAFSP. Les deux partenaires assurent un suivi

commun régulier de l'ensemble des activités.

- **Responsabilité mutuelle.** Les deux parties ont rempli leur engagement tout au long du projet. Ils fournissent tous deux régulièrement les informations nécessaires à l'appréciation de l'évolution du programme.
- **Appropriation.** Le PAMAS a contribué au renforcement structurel de la CAFSP qui est aujourd'hui une structure visible et reconnue au Sénégal. La CAFSP devrait pouvoir se détacher du planning de ses PTF pour affirmer un leadership plus fort.

L'équipe d'évaluation a relevé une série de **pratiques dans la mise en œuvre du programme qui pourraient être conservées** à l'avenir, tel que détaillé dans le chapitre 6 : conserver un triple ancrage aux niveaux macro, méso et micro avec une assistance technique appropriée ; stimuler le principe de contrats d'exécution quand les conditions du partenaire le permettent ; stimuler le renforcement du dialogue et de la concertation inter-acteurs ; favoriser une approche participative dans le développement du programme pour favoriser son appropriation ; stimuler les initiatives propres en favorisant l'autonomie de décision ; poursuivre l'harmonisation des indicateurs et outils de collecte ; offrir des plateformes de partage d'information extensibles au niveau national via la cartographie numérisée ; stimuler l'autonomisation des partenaires sur le monitoring et l'évaluation ; étendre les principes de documentation continue des processus de mise en œuvre.

Les **enseignements tirés du PAMAS** sont discutés dans le chapitre 7 et résumés ci-dessous :

- **Pour l'intervention :** Nécessité du renforcement institutionnel en vue d'un dialogue effectif entre offre et demande ; La formation des prestataires a été essentielle dans leur adhésion aux principes mutualistes ; Intérêt d'une approche aux niveaux macro, méso et micro ; La stimulation du dialogue interpartenaires peut mener à des externalités positives ; La visibilité du programme peut susciter des initiatives au niveau national ; Le PAMAS a permis une conscientisation à large échelle des questions sociales dans la gestion des services sanitaires ; Plusieurs Unions de Mutuelles ont acquis une réelle autonomie et la capacité de développer des initiatives originales ; Difficulté de perception au sein de la population de la mutuelle comme une protection contre le risque plutôt que comme le préfinancement de services ; Le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Fonds d'équité a permis la démonstration du niveau de collaboration entre acteurs de l'offre, de la demande et collectivités locales ; Il semble possible de développer des mécanismes de ciblage communautaire des plus vulnérables intégrant l'ensemble des acteurs concernés ; Les approches expérimentées au niveau régional peuvent servir de laboratoire pour les approches nationales ; Il est positif que les acteurs du suivi scientifique soient en mesure d'apporter un soutien entre leurs visites ; Nécessité d'une subvention pour relever le paquet de service, l'attractivité des mutuelles et leur base d'adhésion ; Nécessité d'une action parallèle de renforcement qualitatif de l'offre de soins ; Besoin d'augmenter la fonctionnalité des organes de concertation sur les questions stratégiques majeures au niveau central ; Le principe de « prudence raisonnée »

ne doit pas empêcher la prise de position stratégique et leur mise en œuvre ; Besoin d'une meilleure anticipation des risques stratégiques liés au programme ou au contexte ; Nécessité d'adapter le support en fonction des capacités des instances en vue de stimuler le développement ; Besoin d'anticiper le risque de voir les Unions de mutuelles se transformer en service externe des Régions Médicales.

- **Pour l'instance partenaire** : Besoin de renforcer la cohérence entre les différents mécanismes supportés par la CAFSP ; Besoin de transposer les projets politiques en stratégies opérationnelles et en lignes de financement ; Développer une approche intégrée de soins de santé centrés sur le patient dans le mouvement sur la Couverture Maladie Universelle ; Il est nécessaire de s'assurer que les organes de concertation adressent réellement les questions stratégiques ; La CAFSP doit progressivement détacher sa planification de celle de ses partenaires pour renforcer son leadership et développer et mettre en œuvre des visions propres au Sénégal.
- **Pour la SMCL** : Utiliser l'expertise des assistants techniques à titre consultatif ; Discuter des questions stratégiques majeures pouvant influencer sur le succès et la viabilité du programme en plus des questions de suivi administratif et financier.
- **Pour la représentation de la CTB** : Besoin d'adapter les modalités d'exécution en vue d'améliorer la réactivité du programme et sa rapidité d'exécution ; Besoin de s'assurer d'un bon niveau de dialogue et de coordination entre les différents programmes supportés par la CTB au Sénégal ; Besoin de renforcer la communication entre les programmes et le chargé de programme CTB.
- **Pour la CTB-Bruxelles** : Accélérer les réponses aux questions techniques émanant des projets ; Trouver des modalités permettant d'alléger la charge de travail administrative et financière des AT.

Les **recommandations** faites pour la fin du programme et la continuité des activités sous le PAODES volet demande sont incluses dans la deuxième section du chapitre 8 et résumées ci-dessous.

- Besoin de rapprocher les programmes PAMAS et PAODES actuels.
- Besoin de planifier la transition des activités du PAMAS au PAODES.
- La CAFSP doit commencer dès maintenant à renforcer son leadership et oser aborder les questions stratégiques majeures.
- Le PAODES devra poursuivre le soutien institutionnel initié par le PAMAS auprès des institutions mutualistes et des organes de concertation.
- La question de la subvention des cotisations devra être abordée en priorité.
- Il est primordial de poursuivre les activités du fonds d'équité.
- Le PAODES doit améliorer la qualité de l'offre dans l'ensemble des régions.
- Il faut veiller à une synergie offre-demande, ce qui a manqué en 2012.

- Le PAODES devra stimuler une approche conjointe nationale sur le développement des mutuelles de santé pour éviter les frictions opérationnelles.
- La démarche de capitalisation est positive et doit être étendue à d'autres sujets.
- Les designs des approches doivent pouvoir être remis en cause.
- Le processus d'harmonisation des indicateurs doit être généralisé.
- La communication aux populations doit porter sur la notion de sécurisation face au risque, et non sur le préfinancement des soins

1 Introduction

1.1 Présentation succincte de l'intervention

Le Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal (PAMAS) est une intervention dans le domaine de l'économie sociale, un des domaines retenus dans le Programme Indicatif de Coopération (PIC) 2007-2009 négocié entre les gouvernements de la République du Sénégal et du Royaume de Belgique. Le PAMAS intervient dans le cadre de la Stratégie nationale de protection sociale en apportant un appui à la mise en œuvre du Plan stratégique de développement des mutuelles de santé dans quatre régions médicales (Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine).

Deux conventions spécifiques ont été élaborées, une pour chaque composante:

- Composante "Appui institutionnel à la cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et renforcement des mutuelles de santé ainsi que de leur structure de coordination régionale dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine" (PAMAS 1); la Convention Spécifique a été signée en octobre 2008 pour une durée de 60 mois, la contribution belge s'élève à 2,5 millions d'euros et la durée de mise en œuvre est de 48 mois (janvier 2009-décembre 2012);
- Composante "Financement des mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins des populations vulnérables dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine" (PAMAS 2); la Convention Spécifique a été signée en décembre 2009 pour une durée de 48 mois, avec une contribution belge de 1,5 millions d'euros et une durée d'implémentation de 36 mois (janvier 2010-décembre 2012). Elle a démarré effectivement en juin 2010.

Au total, la contribution belge est de 4 millions d'euros et la contribution sénégalaise de 561.724 euros. Le montant de la contribution belge est principalement implémenté en cogestion, avec une partie limitée en régie, et un volet en contrat d'exécution avec la CAFSP pour la mise en œuvre du Fonds d'Equité.

1.2 Objectifs et contexte de l'évaluation finale

Conformément aux termes de référence, l'objectif de l'évaluation finale est « d'apprécier la contribution du projet PAMAS 1 et 2 dans l'amélioration d'un accès financier durable à des soins de qualité aux populations des régions de Fatick, Kaffrine, Diourbel et Kaolack ». Elle peut être déclinée dans les points suivants :

1. Analyser la stratégie du programme et ses deux volets en rapport avec son cadre logique (étude de tous les documents disponibles liés au projet).
2. Etudier :
 - Le degré de réalisation des résultats attendus et de progression vers les objectifs fixés, au regard des indicateurs du cadre logique.

- Les orientations stratégiques et méthodologiques suivies (efficacité + pérennité/durabilité).
 - Les modalités de mise en œuvre au regard des critères de base (pertinence, efficience, efficacité, durabilité, cohérence, impact), des critères HARMO pour renforcer l'efficacité (harmonisation, alignement, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle, appropriation) et des thèmes transversaux (égalité de genre, environnement, droits des enfants).
 - Le fonctionnement et l'organisation du projet.
3. Répondre aux questions relatives aux critères d'évaluation. La proposition du cabinet AEDES soulignait à ce sujet l'importance du qualitatif et les indicateurs de processus. Sur un programme touchant au développement du mouvement mutualiste, il est probablement illusoire d'attendre des progrès considérables sur la durée du projet en termes d'adhésion, de soins délivrés, de chiffre d'affaires ou tout autre indicateur quantitatif. L'évaluation doit par contre permettre de mettre en évidence le développement de capacités professionnelles, d'institutions (central, régional, district) et de relations interinstitutionnelles et personnelles qui permettront de continuer à renforcer le développement du mouvement mutualiste.
 4. Inventorier les leçons apprises et formuler des recommandations concrètes destinées à optimiser les appuis belges aux problématiques du renforcement de la demande de soins et du financement de la santé. Elle doit particulièrement contribuer à formuler des propositions d'adaptation et de réorientation de la mise en œuvre du programme PAODES sous son volet demande.

1.3 Méthodologie de l'évaluation finale

L'évaluation finale a été conduite du 11 au 25 octobre 2012 par le cabinet AEDES, avec le concours de Mathieu Noirhomme, expert belge en renforcement du système de santé et financement de la santé, et Pr Abdou Salam Fall, professeur sénégalais de sociologie et consultant sur de nombreux programmes au Sénégal et dans la sous-région.

La méthodologie d'évaluation s'est déclinée sur l'étude de documents clés (voir liste en annexe 7), des entretiens avec les acteurs clés et bénéficiaires des deux programmes (voir liste des personnes rencontrées en annexe 6) et des visites sur le terrain. Tout au long du processus, une approche participative a été privilégiée.

- Briefing : le chef de mission, Mathieu Noirhomme, a rencontré Sébastien Coppieters le 9 octobre au siège de la CTB à Bruxelles, en vue de cadrer les objectifs de la mission, s'accorder sur la démarche méthodologique et les priorités de l'évaluation, et passer en revue les principaux documents relatifs au programme. Une seconde réunion de briefing a eu lieu à la représentation de la CTB à Dakar le 11 octobre.
- Analyse et exploitation documentaire : L'équipe d'évaluation a consulté les

documents politiques et stratégiques du gouvernement sénégalais et de la coopération belge, notamment l'évaluation à mi-parcours, les rapports du suivi scientifique de la KUL, les résultats des enquêtes et études réalisées, ainsi que les rapports d'activité.

- Entretiens avec les principaux acteurs : Des entretiens ont été organisés avec tous les acteurs clés de la mise en œuvre du projet, au niveau central, intermédiaire et périphérique.
- Missions de terrain : Des missions de terrain ont eu lieu aux niveaux central, intermédiaire et périphérique pour collecter les données et pour constater les réalisations faites dans la mise en œuvre du projet, ainsi que pour recueillir les opinions et les avis des acteurs impliqués et des partenaires de terrain. Un membre de l'équipe d'assistants techniques était présent à l'ensemble des visites. Le partage des observations de l'équipe d'évaluation avec les responsables du PAMAS a été systématique durant toute la durée de la mission. Ces échanges ont aidé l'équipe d'évaluation à aller en profondeur dans le diagnostic des conditions d'atteinte des résultats.

Afin d'optimiser la fiabilité des résultats, les informations ont été triangulées au maximum. Les conclusions et recommandations préliminaires ont été faites à deux niveaux :

- Un atelier de restitution a été organisé à Kaolack le 22 octobre en présence des assistants techniques du projet. Il était basé sur le format de l'aide-mémoire. Les remarques ont été intégrées dans une version corrigée et servi à la rédaction de l'aide-mémoire (voir annexe 8)
- Un second atelier de restitution a été organisé à la représentation de la CTB à Dakar en présence de la représentante, du directeur de la CAFSP et des membres principaux du programme. L'aide-mémoire a été soumis à cette occasion. Les commentaires ont été intégrés dans la rédaction du présent rapport.

Par ailleurs, un dernier débriefing s'est tenu suite à la mission au siège de la CTB avec Mathieu Noirhomme et Sébastien Coppieters, Conseiller OPS.

2 Historique et contexte

2.1 Contexte historique de l'intervention

De façon synthétique, le PAMAS 1 appuie les mutuelles de santé au sens large pour un renforcement des mécanismes d'assurance santé, et le PAMAS 2, se concentre sur la mise en place de mécanismes de garantie permettant aux mutuelles de santé de consolider leur assise financière et de contribuer à la prise en charge des groupes vulnérables en accord avec les principes de politique nationale.

La coopération bilatérale entre le Sénégal et la Belgique a débuté officiellement par la signature de l'Accord Général en 1968. Le 19 octobre 2001 les partenaires bilatéraux ont

signé une nouvelle Convention Générale, qui a comme objectif prioritaire de favoriser le développement humain durable et qui se concrétise par des programmes indicatifs de coopération. La phase actuelle de la coopération belgo-sénégalaise est la suite de différents programmes d'appui qui portent sur une concentration sectorielle et géographique.

Le PAMAS fait partie d'un front cohérent d'appuis de la coopération belge sur les dernières années aux régions d'intervention (bassin arachidier). Dans le domaine de la santé, divers projets se sont succédés, dont l'ARMD sur la région de Diourbel, l'ASSRMKF appuyant aussi les régions de Kaolack, Fatick et Kaffrine, et les actuels PAGOSAN (Programme d'Appui à la Gouvernance en Santé) et PAODES (Programme d'Appui à l'Offre et la Demande de Soins), intégrant le Programme Santé Belgique-Sénégal, qui étendent leurs appuis sur les 4 régions précédentes et la région de Thiès.

Par rapport à ces programmes santé, Le PAMAS est une intervention dans le domaine de l'économie sociale, un des domaines retenus dans le Programme indicatif de coopération (PIC) 2007-2009 négocié entre les gouvernements de la République du Sénégal et du Royaume de Belgique. Il permet de faire la transition entre l'ASSRMKF et le PAODES sous son volet demande.

Le PAMAS est composé de trois volets, et scindé en deux projets (PAMAS 1 et 2) pour des raisons de plafond budgétaire. A la demande du ministère de la Santé et de l'Action Sociale, l'appui devait porter sur :

- [1] Volet 1 : appui institutionnel à la Cellule d'appui au financement de la santé et le partenariat (CAFSP), qui est chargée de la coordination du Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé;
- [2] Volet 2 : renforcement des mutuelles de santé et des organismes de micro-finance développant un volet de micro-assurance santé, ainsi que de leurs structures de coordination régionale dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack;
- [3] Volet 3 : le développement de mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins des groupes vulnérables.

Le premier volet du programme, tel que décrit dans la fiche d'identification, envisageait l'appui au niveau central à la CAFSP. Deux missions de formulation se sont déroulées en juillet-août 2007 (avec une version provisoire du dossier technique et financier (DTF) et en janvier 2008 pour préciser les préalables et la mise en place de cet appui institutionnel à la CAFSP. La fiche d'identification du deuxième volet du programme d'appui relatif au renforcement des mutuelles de santé a été élaborée en juillet 2007, mais le Comité de Contrôle de Qualité a décidé en octobre 2007 de consolider les deux volets dans un seul programme d'appui dans toute la zone d'intervention de la coopération belge (Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack), avec un DTF approuvé finalement en juin 2008. La Convention Spécifique du PAMAS 1 a été signée en octobre 2008 et le projet a démarré le 1 janvier 2009.

Le troisième volet du programme d'appui qui porte sur le financement des mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins de la population vulnérable a été identifié en juillet 2007, formulé lors de deux missions en juin et septembre 2009 et finalisé dans un

DTF approuvé en novembre 2009. La Convention Spécifique du PAMAS 2 a été signée en décembre 2009 et le projet a démarré officiellement en janvier 2010, et effectivement en juin 2010 avec le recrutement d'un ATN.

Le PAMAS se focalise sur la demande de soins de santé en bénéficiant des résultats atteints par rapport à l'offre de soins appuyée par le projet "Appui aux systèmes de santé des régions médicales de Kaolack et Fatick" (ASSRMKF), qui s'est terminé en décembre 2010. Le lien entre l'offre et la demande de soins était déjà inscrit dans la composante de l'ASSRMKF "qualité de la demande" mais devait être complété et renforcé par le PAMAS. Alors que le développement de la micro-assurance maladie ne figure pas stricto sensu dans son cadre logique, le projet ASSRMKF a pourtant contribué à la création d'une assurance maladie « élèves » (AMEL). Une synergie entre le PAMAS et le "Projet d'appui au secteur de la micro-finance" (PAMIF) avait aussi été envisagée dès le départ, en lien avec l'inscription du PAMAS comme un projet d'économie sociale en accord avec le PIC. Toutefois elle n'a pu être concrétisée pour des raisons exposées dans ce rapport (principalement modification de la législation relative à la micro-finance empêchant la grande majorité des micro-assurances santé de développer une activité de micro-finance).

Le PAMAS préfigure également une partie des interventions à supporter sous le PAODES. Le volet offre du PAODES a débuté en janvier 2012. Le volet demande doit commencer en janvier 2013. Il contient, outre les activités relatives aux mutuelles, un ensemble d'interventions relatives au renforcement de la demande de soins de santé et la mise en place de BRASU !.

2.2 Contexte socio-économique

Le Sénégal, à l'instar de plusieurs pays en développement, est confronté à de nombreux défis liés à l'accessibilité aux soins de santé.

Le ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national était estimé en 2005 à 50,8% par la Banque Mondiale¹. Les régions de Kaolack et Diourbel sont parmi les régions de très forte pauvreté et celle de Fatick parmi celles de forte pauvreté. La couverture en Poste de Santé est en moyenne de 1 pour 11.000 habitants et de 1 Centre de Santé pour 200.000 Habitants. 58% de la population rurale vit à moins de 30 minutes d'un Centre de Santé. Sur les 920 PS, plus de 200 ne disposent pas de capacité pour accueillir les accouchements dans des conditions minimales de sécurité. La mortalité maternelle est de 434 pour 100.000 naissances vivantes en 2005. Selon les estimations, on compte un médecin pour 22.460 habitants, un infirmier pour 10.381 et une sage-femme pour 17.219 habitants. Mais sur les 413 médecins recensés dans la fonction publique, 309 soit près des trois-quarts exercent à Dakar qui ne compte que 2,4 millions d'habitants, soit moins de 22 % de la population totale.

Les systèmes de protection sociale existant dans le pays ne permettent pas à cette population d'accéder aux services sociaux essentiels tels que la santé. Les structures de

¹ <http://donnees.banquemondiale.org/pays/senegal>, accédé le 30 octobre 2012
CTB, Agence belge de développement
Evaluation finale

santé publique sont utilisées de façon préférentielle par la population. Les prix élevés des services de santé sont cependant une des principales causes de non-recours aux services de santé. En 2001 et 2002, les ménages ont consacré plus de 2% de leurs dépenses totales pour la santé (60% pour les médicaments, 30% pour les services médicaux extra hospitaliers et près de 10% pour les services hospitaliers).

Une réflexion engagée par la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) pour l'accélération de la mise en œuvre de la stratégie d'extension de la couverture du risque maladie, a permis de noter que le nombre de personnes couvertes par un système de sécurité sociale reste très faible actuellement au Sénégal. La plupart des rapports officiels et études de référence concordent sur un taux de couverture qui peine à dépasser les 15% depuis 2001. Une étude menée par le Bureau international du Travail (BIT) en 2007 constate également que "les travailleurs ruraux et ceux de l'économie informelle (70 à 80% de la population) ne bénéficient d'aucune forme de protection sociale organisée, sauf ceux qui sont membres d'une mutuelle de santé". Ainsi, avec les mutuelles de santé, la couverture nationale du risque maladie est portée à 20% (CNS 2005), mais avec une couverture ne portant que sur les petits risques pour les mutuelles de santé communautaires.

2.3 Contexte politique et institutionnel

Le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) élaboré en 2002 constitue le cadre de référence en matière de politique économique et de lutte contre la pauvreté. Il vise, sur un horizon de 15 ans, à réduire de moitié la pauvreté au Sénégal. Son évaluation et ses mises à jour successives dans l'élaboration du DSRP II 2006-2010 et dans le Document de Politique Economique et Sociale (DPES) 2011-2015 réaffirment l'engagement du Sénégal vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD) et la construction d'une stratégie efficace de protection sociale

Le gouvernement a également élaboré la Stratégie Nationale de Protection Sociale et de gestion de risques (SNPS/GR) : elle vise à réduire l'impact des chocs qui menacent directement la vie des populations, notamment les groupes les plus vulnérables. L'objectif de cette stratégie est de faire passer le taux en assurance maladie de 20 à 50% d'ici 2015 en étendant de manière équitable les instruments de protection sociale. Ceci se reflète notamment dans le Plan stratégique de développement des mutuelles de santé et dans la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie (SNECRM)

Concernant plus spécifiquement le secteur de la santé, la politique sanitaire du Sénégal pour la période de 2004-2008 est décrite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) – Phase II : 2004-2008 qui est un réajustement du PNDS après évaluation des acquis et changements durant sa première phase quinquennale, et le PNDS 2009-2018 qui consacre une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Le nouveau plan repose sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et

curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion. Le suivi de la mise en œuvre se fait à travers le Cadre de Dépenses Sectorielles à moyen Terme (CDSMT).

Au sujet des mutuelles de santé, le MSAS réfléchit depuis plusieurs années à un projet de loi portant création d'un Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) ainsi qu'à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion des mutuelles intitulée Décentralisation et Extension de la Couverture en Assurance Maladie (DECAM). Par ailleurs, le Sénégal a adhéré à l'initiative internationale de l'UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale qui doit être traduite en des règlements d'exécution dans la structure juridique sénégalaise.

La CAFSP a été créée dans ce contexte. Elle comprend 4 unités : macroéconomie et santé ; développement de l'assurance-maladie, appui à la décentralisation dans le secteur de la santé ; promotion du partenariat et de la contractualisation. Le PAMAS se focalise principalement sur l'unité « assurance-maladie ». La réforme gouvernementale consécutive aux élections présidentielles de 2012 devrait conduire à transformer la CAFSP en Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU) rattachée directement auprès du cabinet du ministre, avec un transfert des trois autres unités sous d'autres directions du ministère. Toutefois les attributions et mandats de la CACMU n'étaient pas encore connus à la période de l'évaluation finale.

La CAFSP est devenue ces dernières années (notamment avec le soutien du PAMAS) le point d'ancrage institutionnel de toute initiative touchant au développement du mouvement mutualiste en santé. Les principaux intervenants dans le secteur sont la CTB, Abt Associates (sous financement USAID), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le BIT (actif jusque 2010, et de retour sur les questions en 2012).

Deux approches principales coexistent à l'heure actuelle dans les réflexions du MSAS. (1) Une approche du haut vers le bas illustrée par le PAMAS, qui table sur le renforcement institutionnel des structures faitières des mutuelles et des mutuelles existantes pour renforcer leur professionnalisation et améliorer leur capacité à négocier avec les partenaires et répondre aux besoins des populations. (2) une approche du bas vers le haut illustrée par le DECAM qui vise à stimuler la création de mutuelles pour obtenir « une mutuelle par collectivité locale » et stimuler leur fédération progressive. Cette dernière approche est soutenue par Abt Associates et l'OMS. A noter qu'il n'existe pas de document officiel cadrant la stratégie du DECAM. Une note conceptuelle existe mais n'a jamais été validée par la CAFSP en raison d'absence de consensus, notamment sur les questions d'unions régionale et / ou départementale.

La question se déclinera bientôt dans la coexistence de l'approche DECAM avec la stratégie des Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle (BRASU) inscrite au programme du PAODES Demande. Le sujet a régulièrement été abordé par l'équipe du PAMAS avec l'ensemble des acteurs depuis le démarrage du PAODES début 2012. Plusieurs questions se posent à ce sujet, notamment sur le renforcement d'une approche top-down (face à l'approche bottom-up du DECAM) ; le leadership des BRASU sur organes aux niveaux district et local ; l'ancrage des BRASU (régions, UM) ; le ciblage géographique limité ; le nombre d'études à mener et les délais de mise en œuvre.

Depuis peu également, le BIT a lancé une réflexion nationale sur le développement d'un Socle de Protection Sociale sénégalais, en lien avec les orientations de leur siège à Genève, intégrant une réflexion sur l'assurance-maladie. Les actions relatives au Sénégal en sont encore au stade d'analyse de situation mais devraient se développer sous peu. La CAFSP et le PAMAS sont partie intégrante du processus.

2.4 Logique de l'intervention

Le PAMAS est divisé en deux volets : le PAMAS 1 appui le renforcement institutionnel des mécanismes d'assurance santé avec des interventions aux niveaux central, régional et périphérique tant au niveau des institutions de l'offre que des institutions mutualistes ; le PAMAS 2 se concentre sur la mise en place de mécanismes de garantie permettant aux mutuelles de santé de consolider leur assise financière et de favoriser l'accès aux soins des populations vulnérables.

L'objectif global est formulé comme suit et est commun aux deux volets du programme : « Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine »

L'objectif spécifique du PAMAS 1 est le suivant : « La demande de soins est mieux structurée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, et les acteurs clés aux niveaux macro, méso et micro renforcés ». Il donne lieu aux résultats attendus suivants :

- Résultat 1 : « la CAFSP a la capacité d'assurer ses fonctions relatives à la promotion, au suivi et à l'encadrement des MAS, ainsi que l'ensemble de ses fonctions régaliennes à l'échelle du pays »
- Résultat 2 : « Les Régions Médicales et les Equipes Cadre de District participent activement au dialogue offre-demande, et favorisent le développement du mouvement mutualiste »
- Résultat 3 : « Les institutions mutualistes existantes et émergentes sont renforcées, contribuent à l'amélioration de la couverture d'assurance maladie, et représentent les intérêts des patients »
- Résultat 4 : « Le développement des initiatives innovantes a permis aux systèmes de micro assurance santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion, et d'élargir leurs bases d'adhésion et leurs paquets de prestations »

L'objectif spécifique du PAMAS 2 est le suivant : « Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence ». Il donne lieu aux résultats attendus suivants :

- Résultat 1 : « Les processus de mise en place, de gestion et de pérennisation du

Fonds de Garantie sont définis »

- Résultat 2 : « L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS est effective »
- Résultat 3 : « Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels »

Le cadre logique, ses indicateurs et les hypothèses le sous-tendant ont déjà été discutés lors de l'évaluation à mi-parcours. Les indicateurs de résultats du PAMAS 1 ont par ailleurs été révisés suite à la première mission de suivi scientifique et adoptés jusqu'à la fin du programme. En accord avec le siège de la CTB, cela n'appelle plus spécialement de commentaire au stade de l'évaluation finale.

3 Suivi des recommandations de l'évaluation à mi-parcours

Les recommandations formulées par la revue à mi-parcours et la réponse qui leur a été donnée sont exposées ci-dessous.

3.1 Recommandations pour la SMCL

« La SMCL devrait développer des passerelles plus soutenues avec le Comité technique régional (...) pour mieux alimenter sa réflexion sur certaines questions de fond relativement à la viabilisation des MS à travers un schéma national plus adapté. »

→ Le Comité Technique Régional réunit les partenaires clés du PAMAS tous les trimestres pour discuter des activités planifiées et réalisées et analyser les décisions techniques à prendre par l'équipe opérationnelle. Les réunions du Comité Technique permettent de préparer les décisions à soumettre à la Structure Mixte de Concertation Locale tous les semestres. L'agenda est respecté et la relation entre CTR et SMCL est fonctionnelle. Cette relation du CTR au SMCL n'implique pas forcément de retour.

L'équipe d'évaluation finale souligne un manque de négociation et de prise de position dans le PAMAS sur une série de questions stratégiques majeures, mais la SMCL n'est pas le premier organe concerné et sa relation avec le CTR n'est pas en cause.

« La SMCL doit veiller au renforcement de la synergie dans le pilotage des interventions de la CTB : PAMAS, PAGOSAN, PAODES (unité permanente de coordination) »

→ Cette question relève plus du mandat de la Représentation que de la SMCL. Il était prévu que le PAODES soit en charge de la coordination des trois programmes. Peu d'actions formelles ont été prises en ce sens. De même, une Unité Permanente de Coordination devrait être créée au niveau du MSAS au sein d'une des directions concernées (CAFSP, CASPNDS, Direction de la Santé). En l'absence de consensus, le Secrétaire Général du MSAS a pris le rôle de

manière formelle. En raison de l'étendue de ses fonctions au sein du MSAS, il peut difficilement être en mesure d'impacter sur les questions de synergie.

3.2 Recommandations pour l'intervention

« Le positionnement des unités techniques de la CAFSP dans la mise en œuvre du PAMAS demande à être renforcé pour favoriser un portage plus soutenu (...) une participation forte des quatre unités dans le projet PAMAS et des interactions plus formelles sont indispensables pour créer une meilleure orientation de la CAFSP dans son rôle de promoteur de l'assurance-maladie. »

→ Le mandat du PAMAS se focalise sur l'appui à l'Unité Assurance Maladie, dont le PAMAS a grandement renforcé les capacités et la visibilité. Certaines interventions de support aux autres unités techniques ont été menées. La recommandation relève plus du leadership interne de la CAFSP que de l'intervention PAMAS. Par ailleurs, la recommandation sera bientôt rendue caduque, du fait de la transformation de la CAFSP en CACMU, qui implique un ancrage des trois autres unités techniques dans d'autres directions du MSAS.

« Le système de coordination entre l'équipe centrale (au sein de la CAFSP) et l'équipe opérationnelle (à Kaolack) demande à être amélioré pour garantir plus de visibilité et d'efficacité dans les interventions (...) »

→ Les équipes de Dakar et de Kaolack ont des contacts réguliers, avec un minimum d'une rencontre physique tous les quinze jours, à l'occasion d'une visite terrain, d'un atelier ou autre. Cela permet de régler les sujets d'actualité et les questions techniques. La coordination est donc acceptable sans être parfaite. Il manque d'opportunités pour échanger sur les questions stratégiques majeures et accélérer le processus de décision. Les équipes de Kaolack souhaiteraient un cadre d'échange formel à ce sujet.

« Une plus forte proactivité est attendue de la part de la CAFSP pour la mise en place des prérequis de l'application du règlement UEMOA (...), la CAFSP [devrait] mieux préparer les mutuelles de santé à être en conformité avec les préconditions du règlement UEMOA »

→ La CAFSP est en train de travailler à l'inscription des mutuelles au registre national, conformément aux exigences du règlement UEMOA. Le circuit administratif est complexe, ce qui ralentit le processus. La mission d'évaluation finale constate également une lenteur de la CAFSP dans la traduction de principes en actions et textes d'orientation, qui se manifeste entre autres sur ce sujet-ci.

« (...) la CAFSP (...) a l'autorité de sensibiliser et entreprendre un plaidoyer au niveau national pour améliorer la disponibilité des médicaments génériques. »

→ Le sujet a souvent été souligné par la CAFSP ainsi que lors des discussions de la SMCL. Le problème est complexe et dépasse de loin l'autorité de la CAFSP ou l'influence d'un programme comme le PAMAS.

3.3 Recommandations au niveau régional et périphérique

« (...) *Un accompagnement [des mutuelles et de leurs structures faïtières] au quotidien pour mettre en œuvre leur plan d'action et le plan de communication serait souhaitable (...).* »

→ L'équipe d'évaluation finale considère cette recommandation relativement inappropriée. Selon nos observations, le PAMAS a fait un excellent travail d'accompagnement des mutuelles et Unions de Mutuelles à ce sujet. L'élaboration des plans d'action est supportée depuis 2010 avec un besoin d'accompagnement décroissant au fur et à mesure que l'autonomie des acteurs nationaux augmente. Un plan d'action national et quatre plans régionaux cohérents ont été établis en avril 2010 et déclinés en outils et budgets jusqu'au niveau des mutuelles.

« *Capitalisation des bonnes pratiques et réplication potentielle dans la zone d'intervention (...).* »

→ A nouveau, cette recommandation ne se reflète pas dans les observations de l'équipe d'évaluation finale. Le PAMAS a tout au long du programme investi sur une documentation et capitalisation des expériences avec notamment : l'étude sur la taxation de l'eau, l'évaluation de l'AMEL, l'évaluation de la tarification forfaitaire, l'étude sur la sélection des indigents, l'étude sur les différentes expériences de fonds d'indigence au Sénégal, l'étude sur les raisons d'adhésion ou de non-adhésion aux mutuelles de santé, l'étude sur la perception de la mutualité par les prestataires, et la capitalisation en cours sur le processus de mise en œuvre du fonds d'équité. Les projets de couplage MAS / MIF ont dû être abandonnés pour des raisons évoquées dans ce document.

3.4 Recommandations pour le siège de la CTB

« *Améliorer la réactivité sur les propositions soumises pour validation, comme le manuel SIMGE (...).* »

→ Le problème reste effectivement entier, et contribue à expliquer les retards pris dans le choix des options opérationnelles pour le fonds de garantie, et dans l'octroi du contrat d'exécution relatif. Cette remarque va de pair avec une recommandation de la mission d'évaluation finale de veiller à anticiper et tempérer les contraintes inhérentes aux modalités d'exécution pour améliorer la réactivité aux besoins concrets dans les régions.

« *Les ressources disponibles pour le suivi scientifique perlé doivent être utilisées de*

manière efficiente (...). »

→ Cette recommandation est relativement inappropriée. Elle se réfère probablement à une indisponibilité temporaire de l'assistance technique, pour des raisons discutées et approuvées par l'ensemble des acteurs du programme. Les AT du PAMAS soulignent par ailleurs leur satisfaction sur la qualité du support apporté et l'engagement de la consultante envers le programme, y compris en dehors des visites terrain.

3.5 Pour la Coopération Belge

« Ensemble avec l'Etat Sénégalais, la Coopération Belge pourrait se pencher sur une réflexion sur le futur de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé à base communautaire (...). »

→ C'est exactement la nature du PAMAS et de sa prolongation dans le PAODES : dépasser le stade des mutuelles communautaires pour arriver à des modèles fédérés, solidifiés par une large base d'adhésion et véhiculant différentes sources de financement. La Coopération Belge est donc dans cette dynamique. Le fait que l'élargissement ne se soit pas encore opéré est lié à une diversité de facteurs évoqués dans ce document, et à adresser sous le PAODES.

3.6 Autres recommandations

« (...) le plaidoyer pour une approche intégrée de l'égalité des sexes dans les stratégies et plans d'action des mutuelles de santé devrait s'exprimer au niveau national (...), au niveau régional (...) et au niveau local (...) »

→ Des efforts en faveur de l'égalité des sexes ont été consentis par le programme (voir infra). Ce n'est pas énorme, mais il apparaît difficile de faire beaucoup plus à ce sujet dans un programme touchant sur le développement du mouvement mutualiste. Des indicateurs de sexe ont également introduits dans les indicateurs au niveau des mutuelles.

4 Mise en œuvre et réalisations

Les enseignements et réalisations ci-dessous sont basés principalement sur les entretiens menés durant l'évaluation, l'examen des rapports d'activités trimestriels et annuels des deux projets, les rapports de suivi scientifique, les compte-rendu des Structures Mixtes de Concertation Locale (SMCL) et autres documents produits par le projet.

L'ensemble des indicateurs (objectif général, spécifique, et indicateurs de résultat) ont été pris en compte de manière transversale. Un tableau résumant les réalisations face aux indicateurs de résultat est présenté à la fin de chaque résultat.

4.1 PAMAS 1 - Résultat 1

Le premier résultat attendu du PAMAS 1 est formulé comme suit : *"la CAFSP a la capacité d'assurer ses fonctions relatives à la promotion, au suivi et à l'encadrement des MAS, ainsi que l'ensemble de ses fonctions régaliennes à l'échelle du pays"*.

4.1.1 Réalisations finales

Activité 1.1 - Doter la CAFSP des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires au soutien à la coordination transversale de ses activités, et aux activités relatives au développement des mutuelles de santé en particulier.

Un Assistant Technique International (ATI) est en support à la CAFSP depuis le démarrage du programme (janvier 2009). Un coordonnateur adjoint a été nommé en appui de la coordinatrice (puis du coordonnateur) de la CAFSP pour favoriser le suivi des activités du PAMAS, avant de prendre lui-même le poste de coordonnateur depuis avril 2012. Cela s'est traduit par une implication moindre du coordonnateur dans le programme. Les progrès engrangés par le PAMAS, notamment au niveau des capacités institutionnelles au niveau décentralisé, ont permis d'y faire face. Toutefois il serait souhaitable d'assurer la disponibilité du coordonnateur (éventuellement adjoint) dans le cadre du POADES / demande.

La CAFSP est aujourd'hui une cellule fonctionnelle, rassemblant un ensemble de compétences connexes en un seul lieu, capable de remplir ses missions et de maintenir les relations institutionnelles nécessaires, particulièrement sur les questions d'assurance maladie. Pour ce faire, elle a bénéficié tout le long du programme d'un soutien du PAMAS en matière d'équipement et de budget de fonctionnement adapté à ses besoins.

Elle a désormais une bonne visibilité au sein du MSAS et à l'échelle nationale, même si son isolement géographique par rapport aux autres directions du MSAS nuit fortement aux interactions.

Elle souffre d'une certaine instabilité au niveau des ressources humaines, exogène au PAMAS. Deux membres de l'unité Assurance Maladie ont quitté leur fonction en 2011. Par ailleurs, la direction de la CAFSP a changé successivement en décembre 2011 et avril 2012 pour des causes externes. Cela devra être résolu. Le turnover et le manque de personnel qualifié pourraient poser problème.

Par ailleurs, seule l'unité Assurance Maladie de la CAFSP a connu des avancées majeures sur la durée du programme. La plupart des activités phares des trois autres unités (pas concernées directement par le PAMAS) tardent à se concrétiser.

Activité 1.2 - Elaborer des plans d'action annuels portant sur les cinq axes d'intervention de la CAFSP, en concertation avec les partenaires de la CAFSP, selon les lignes dressées par la Stratégie nationale de protection sociale et de gestion des risques (SNPS-GR).

La CAFSP organise chaque année un atelier de revue et planification annuelle. L'ensemble de ses partenaires est invité pour revoir les activités réalisées, et déterminer

conjointement les priorités, activités futures et sources de financement.

Ces consultations mènent chaque année à l'élaboration d'un Plan de Travail Annuel aux alentours du mois de décembre. Celui-ci fait systématiquement l'objet d'une évaluation à mi-parcours vers juin-juillet. Il est relativement bien suivi par les partenaires.

En pratique, priorité est donnée dans la planification à l'unité Assurance Maladie. Le PAMAS a cependant supporté certains ateliers menés par les autres unités de la CAFSP.

Activité 1.3 - Stimuler la recherche de solutions innovantes pour améliorer la réponse de l'offre de soins aux intérêts et attentes de la demande de soins, en partenariat avec les différents services du MSP.

La CAFSP n'a pas réellement réussi à stimuler des initiatives nouvelles pour améliorer la réponse de l'offre à la demande, peut-être en raison d'un ancrage trop éloigné des prestataires.

D'une part, elle a continué à soutenir des initiatives existantes, telles que le programme de tarification forfaitaire initié par l'ASSRMKF dans le district sanitaire de Sokone, qui a été supporté et évalué par le PAMAS.

D'autre part, elle a encadré un vaste programme de formation des prestataires pour améliorer leur connaissance et leurs perceptions face à la mutualité. Même s'il ne s'agit pas d'une initiative « innovante », cela fut probablement l'un des facteurs importants favorisant l'augmentation drastique des conventions entre mutuelles et prestataires de soins. L'équipe d'évaluation a pu constater elle-même un bon niveau de connaissance et d'appréciation des principes mutualistes au sein des acteurs de l'offre. Le détail des formations prodiguées est précisé dans les sections suivantes.

Activité 1.4 - Superviser et soutenir les acteurs opérationnels en charge du support aux MAS.

La CAFSP a apporté un soutien important aux acteurs opérationnels en matière de formation, de supervision, et d'accompagnement. Cela a fortement contribué au renforcement des institutions aux trois échelons du projet et au développement de mécanismes de coordination efficaces.

La CAFSP a appuyé les Unions de mutuelles dans leur méthodologie de supervision des mutuelles de santé. Depuis mi-2011, des supervisions trimestrielles sont coordonnées par les UM, au sein d'équipes conjointes mêlant RM, UM, ATN et CAFSP. La supervision est articulée autour d'un guide de supervision établi avec le support de la consultante du suivi scientifique. C'est une avancée majeure par rapport à la situation précédente où la CAFSP n'était pas en mesure d'avoir de données sur les mutuelles de santé.

Les acteurs opérationnels ont également bénéficié de cycles de formation en 2010, 2011 et 2012 pour renforcer leurs capacités de planification annuelle, de requête et suivi budgétaire. Les Unions font depuis 2010 leur planification en lien avec les mutuelles. La CAFSP a organisé également (avec l'appui financier de la CTB) des formations groupées sur la protection sociale (avec la COOPAMI) et sur le suivi évaluation de programmes

auxquelles les différents acteurs ont participé (MCD, mutualistes, ARD, points focaux des mutuelles).

Le PAMAS n'avait pas de mandat spécifique en faveur des collectivités locales (contrairement au DECAM qui y ancre fortement son action). Ils ont toutefois été intégrés à plusieurs niveaux. Le projet a organisé des cadres de concertation dans les 4 régions sous la présidence des gouverneurs de régions auxquels tous les élus locaux étaient invités. Le projet a également permis de renforcer les collaborations, notamment dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du fonds d'équité, mais on ne peut pas réellement parler de renforcement de capacité à leur égard. Les ARD sont invités à chaque Comité technique. Signalons également qu'un représentant du ministère chargé de la décentralisation et des collectivités locales est membre de la SMCL.

Activité 1.5 - Documenter la pertinence du projet via la standardisation des outils et la collecte d'indicateurs comparables entre les trois régions médicales.

Le PAMAS a permis la généralisation d'un guide de supervision standardisé sur les zones d'intervention du projet, basé sur une série de données standards relatives à la fonctionnalité des mutuelles de santé.

Le projet utilise les indicateurs et outils de suivi-évaluation nationaux des mutuelles de santé tels que conçus précédemment en 2008 en partenariat avec l'ensemble des partenaires concernés. Ces indicateurs et outils sont donc également d'application en dehors des zones PAMAS.

Il n'existe cependant pas encore de tableau standard de présentation et compilation des données. Chaque union de mutuelle utilise un format qui lui est propre. En conséquence, aucune compilation n'est faite par la CAFSP. Elle serait cependant possible au sein des zones PAMAS. Cela se reflète également dans les données d'adhésion fournies à l'équipe de l'évaluation finale. Ces données ne permettent pas pour le moment de tirer de conclusions sur l'évolution globale des taux d'adhésion en raison d'imprécisions sur une partie des mutuelles². A noter que des améliorations sont attendues sous peu : le dernier comité technique a retenu le principe d'un format standard de présentation des données dans les régions appuyées par le PAMAS.

La plateforme de Cartographie Numérisée développée en 2011-2012 présente un potentiel important de standardisation des données au niveau national. Elle a été présentée aux partenaires à deux reprises dans les cadres nationaux de concertation (janvier et avril 2012) et a rencontré un grand intérêt, qui pourrait ouvrir la possibilité d'une extension à l'échelle nationale. Elle est placée sous le leadership de la CAFSP. Le défi principal réside maintenant dans la régularité et l'exactitude des données complétées, collectées et supervisées à tous les échelons du système.

Activité 1.6 - Dynamiser l'animation du Cadre National de Concertation (CNC), et

² Les tableaux finaux d'adhésion aux mutuelles contiennent de nombreux zéros, soit au début (2009-2010) soit à la fin (2011-2012) du programme, sans qu'il soit clair si cela se réfère à des données manquantes (parce que non collectée, mal remplies) ou nulle (parce que mutuelle inexistante / ayant cessé son activité)

participation à d'autres fora.

Le Cadre National de Concertation est tenu de façon régulière depuis le démarrage du projet. Il commence à atteindre sa vitesse de croisière, ce qui se reflète dans l'importance des contenus débattus. (Cartographie Numérisée, création de la Fédération Nationale des Mutuelles de Santé conformément à la réglementation UEMOA, autres).

Le CNC a permis également en 2012 une présentation globale des résultats annuels des UM dans le pays. Malgré des défauts persistants dans la comparabilité des données (voir activité 1.5), cela témoigne d'efforts conjoints en faveur de plus de communication et de transparence.

Il reste cependant du chemin à faire et certaines questions stratégiques majeures ne sont pas encore traitées. Le CNC peut contribuer à poursuivre la réflexion sur la recherche d'une approche nationale harmonisée en matière de développement des micro-assurance santé. Le CNC pourrait également être un levier technique pour faire avancer certaines stratégies présentées comme centrales, et qui pourtant manquent de document de référence, telles que le FNSS (étude de faisabilité en cours sur le fonds d'étude CTB).

La CAFSP contribue également à d'autres fora de réflexion touchant aux questions d'assurance maladie et de protection sociale. Elle participe à la plateforme « Providing for Health » (P4H) qui vise à harmoniser les interventions des partenaires techniques et financiers dans le développement de systèmes de protection sociale. Elle contribue au comité interministériel du Fonds National de Solidarité Santé. Elle participe activement aux travaux sur le Socle de Protection Sociale coordonnés par le ministère du Travail avec l'appui du BIT, et contribue à l'élaboration de politiques publiques (volet protection sociale du Document de Politique Economique et Sociale) ou aux traductions nationales de conventions internationales (UEMOA). Enfin, elle a eu un rôle clé dans la dernière mission conjointe annuelle du MSAS qui portait sur la couverture du risque maladie dans les régions soutenues par le PAMAS.

Activité 1.7 - Accompagner le renforcement des compétences des membres de la CAFSP nécessaires à la mise en œuvre de son plan d'actions.

Outre l'appui technique continu apporté par l'ATI au sein de la CAFSP, le PAMAS a supporté de manière régulière un grand nombre de formations et de participation à des conférences pour les membres de la CAFSP. Cela inclut notamment parmi les dernières activités en dates des formations groupées avec la COOPAMI (INAMI), sur le financement de la santé et protection sociale (2011), des formations au financement basé sur la performance au CESAG (formation management), une participation à l'atelier de Marrakech d'octobre 2012 sur l'équité dans la couverture maladie universelle, et une formation groupée sur le suivi évaluation des projets (2012) etc.

Activité 1.8 - Alimenter les débats et orientations sur les politiques de santé et de protection sociale au niveau central via l'analyse comparative des différentes expériences de MAS soutenues dans les trois régions.

La visibilité de la CAFSP a fortement augmenté avec le soutien du PAMAS. Elle est aujourd'hui en mesure de contribuer pleinement aux débats au niveau national.

Le Cadre National de Concertation est devenu sous le leadership de la CAFSP un organe central de concertation au Sénégal pour faire remonter les problématiques relatives au mouvement des mutuelles de santé. Cela représente une avancée manifeste, même si un impact plus prononcé sur les orientations et politiques est encore attendu.

La CAFSP participe de plus à d'autres fora centraux sur la thématique des mutuelles de santé qui offrent d'autres opportunités d'échanges et d'influence, telles que les débats sur l'UEMOA, les travaux de la Concertation Nationale initiée par le Président, ou les travaux sur le Socle de Protection Sociale placés sous la direction du Ministère du travail avec l'appui du BIT.

Certaines initiatives supportées par la CAFSP ont d'ores et déjà une audience nationale, voire internationale. Le fonds d'équité a été adopté par Abt Associates, et a fait l'objet de présentations au niveau national et à la conférence de Marrakech. La Cartographie Numérisée intéresse nombre de partenaires et pourrait potentiellement préfigurer une harmonisation des indicateurs et des méthodes de collecte. Il est possible que d'autres programmes plus modestes, comme l'AMEL ou DJOBI (un projet d'utilisation de la téléphonie mobile dans des zones reculées), rencontrent l'intérêt de partenaires à l'avenir.

Enfin, la mission annuelle conjointe interpartenaires 2012 a été l'occasion d'offrir une vitrine pour les activités du PAMAS, en se concentrant sur les approches de micro-assurances santé supportées par le projet dans ses zones de concentration.

Synthèse des réalisations du résultat 1 face aux indicateurs

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'équipe d'évaluation finale
La CAFSP est renforcée en ressources matérielles, humaines et managériales	La CAFSP est aujourd'hui fonctionnelle et visible. Certains aspects méthodologiques et la permanence des ressources humaines doivent encore être améliorée
La CAFSP (en collaboration avec les autres services concernés des Ministères) assure la coordination des interventions des différents acteurs impliqués dans le développement des MAS	La CAFSP assure un niveau correct de coordination, mais les interactions avec autres unités de la CAFSP et autres directions MSAS sont encore trop faibles.
Assurant la tutelle des MAS, la CAFSP participe activement à la définition et la mise en œuvre des politiques publiques (intersectorielles, intra-sectorielles) liées au développement des MAS et de la protection sociale	La CAFSP est devenu l'acteur politique central sur les questions de MAS. Elle coordonne ou participe à des fora (y compris initiatives externes). Elle devrait toutefois affirmer un leadership plus appuyé dans la définition des orientations nationales.

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'équipe d'évaluation finale
Des mécanismes de planification, de coordination et de suivi de MAS sont fonctionnels au niveau central (Ministère), intermédiaire (Régions Médicales et Unions de mutuelles) et périphérique (mutuelles et districts)	Les mécanismes de coordination fonctionnels aux niveaux régional et périphérique, permettent un niveau de dialogue inter-acteurs inexistant auparavant et sont largement appréciés par les participants.
Un système de suivi-évaluation de la dynamique mutualiste est mis en place et fonctionnel permettant de planifier et de coordonner et de suivre l'évolution des MAS	Les indicateurs et mécanismes de suivi-évaluation ont été harmonisés et adoptés par l'ensemble des acteurs. La cartographie numérisée en offre une application supplémentaire. On attend toutefois encore leur traduction en tableaux de synthèse comparatifs.

4.1.2 Enseignements tirés

Les activités soutenues par le PAMAS et la CAFSP sont en ligne avec les orientations nationales (FNSS, réflexion sur les fonds de garantie en lien avec les engagements UEMOA, SNPS/GR, autres).

La collaboration entre le PAMAS et la CAFSP s'est concentrée avec succès sur la construction de structures et d'institutions capables de soutenir le mouvement mutualiste aux niveaux national et décentralisé avec des outils et méthodes appropriés (harmonisation des outils et indicateurs, planification, coordination, encadrement et supervision, autres). Il y a aujourd'hui un très bon niveau de coopération reconnu par l'ensemble des acteurs rencontrés (RM, prestataires, UM, mutuelles, collectivités locales) qui s'est notamment matérialisé dans la conception et la mise en œuvre du fonds d'équité (résultat 3 du PAMAS 2). Il est maintenant temps d'utiliser cette architecture pour l'augmentation des adhésions et de la protection des populations contre le risque maladie.

A contrario, le PAMAS et la direction du projet se sont montrés prudents sur les stratégies de subvention et les innovations en matière de mécanismes assurantiels et de cotisation. Le fonds de garantie n'a été lancé que mi-2012, sur une version limitée au fonds d'équité (voir le résultat 3 du PAMAS 2). La recherche de stratégies innovantes s'est principalement concentrée sur des stratégies préexistantes (ex ; AMEL, tarification forfaitaire) ou classiques (formation). La pertinence de ces stratégies n'est pas en question, mais il y aurait probablement eu moyen d'aller plus loin avec les mécanismes de garantie sur des innovations permettant d'augmenter la base d'adhésion.

L'appui du PAMAS a permis de fortement augmenter la visibilité et l'impact de la CAFSP sur le développement et la coordination du mouvement mutualiste. Ceci s'est concentré sur l'unité assurance maladie, sans spécialement générer une dynamique interne à la CAFSP sur les autres unités qui aurait permis des synergies. De telles synergies étaient évidemment tributaires de la dynamique interne des autres unités, moins forte que sur l'unité assurance maladie. Ceci permet de supposer que l'impact positif observé est encore dépendant d'une aide externe.

Dans la même idée, la planification de la CAFSP est encore trop largement dépendante des budgets disponibles auprès de ses partenaires. Il serait souhaitable que la CAFSP exprime à l'avenir un leadership plus appuyé sur ses orientations stratégiques. Cela explique notamment la coexistence au sein de la CAFSP de stratégies de développement des mutuelles qui pourrait être contre-productive à terme.

L'isolement géographique de la CAFSP réduit les interactions avec les autres directions du ministère et la rend moins attractive aux autres, malgré la bonne reconnaissance dont elle fait l'objet.

La focalisation du PAMAS sur la demande de soins a réduit son influence sur les questions touchant à la qualité de l'offre, qui représente pourtant l'une des causes majeures de non-adhésion aux mutuelles. C'est un problème lié à une question de design (lié au PIC), et non de qualité de mise en œuvre par les acteurs du PAMAS. La combinaison avec un appui sur l'offre de soins sous le PAODES pourrait permettre de l'adresser. A noter cependant que les formations prodiguées au niveau de l'offre et le renforcement de la dynamique participative a permis de créer une coopération active entre offre et demande (voir résultat 2).

Il serait nécessaire de diffuser largement le panel de connaissances développé par le PAMAS au sein des différentes études, procédures, indicateurs, programmes de formation développés par le programme. La création d'un site internet par la CAFSP pourrait faciliter cette fonction. L'idée avait été soutenue par le PAMAS, mais n'a pu se réaliser en raison du manque d'un spécialiste sur le sujet au sein de la CAFSP.

Il devient urgent de terminer l'harmonisation des indicateurs avec un format de présentation standard au moins dans les zones PAMAS pour pouvoir développer une compilation des données des mutuelles. Un minimum serait d'avoir une vision globale claire de l'évolution globale des adhésions aux mutuelles dans les zones de concentration. Un tableau standard de présentation et compilation doit être partagé et mis en œuvre par toutes les UM. A terme ceci pourrait s'étendre au niveau national, notamment via des outils comme la cartographie numérisée

Les exigences de la CTB impliquent une charge de travail administrative et financière importante en regard des ressources humaines disponibles. Cela va au détriment d'une bonne utilisation des compétences techniques des experts en présence, et principalement de l'assistant technique international. Il serait positif que la CTB trouve les arrangements adéquats pour permettre aux experts techniques d'exploiter leurs compétences techniques au bénéfice du projet.

4.2 PAMAS 1 - Résultat 2

Le deuxième résultat est formulé comme suit : *"les régions médicales et les équipes cadre de district participent activement au dialogue offre-demande, et favorisent le développement du mouvement mutualiste"*.

4.2.1 Réalisations finales

Activité 2.1 - Doter les régions médicales (RM) des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires à créer des conditions favorables au développement des mutuelles de santé et à renforcer une culture de management horizontal.

Le PAMAS a fortement contribué à renforcer les Régions Médicales (RM) et Equipes Cadres de District (ECD) dans les quatre régions du programme.

Le MSAS a nommé des points focaux mutuelles de santé dans chaque RM, qui jouent depuis 2010 un rôle actif dans le dialogue entre RM, UM et mutuelles de santé. Le PAMAS les a dotés du matériel informatique et bureautique nécessaire à leur activité.

Les Médecins Chefs de Région et les points focaux ont été formés aux principes mutualistes lors de sessions de formations conjointes (avec UM et mutuelles) et lors d'une formation organisée au CIDR en France

Ceci se traduit dans une meilleure adhésion aux questions mutualistes qui se manifeste non seulement dans les discours des MCR et points focaux, mais aussi plus concrètement dans la participation des UM aux réunions de coordination trimestrielles au niveau régional, la participation des mutuelles aux réunions de coordination mensuelles au niveau des districts, et la participation active de l'ensemble des acteurs (MCR, UM, points focaux, autres PTF) aux Comités Techniques qui se tiennent chaque trimestre de manière tournante dans une région différente.

Activité 2.2 - Accompagner le renforcement des compétences des responsables financiers sur les questions de financement et d'accès aux soins, et appui au médecin-chef dans le management des RM.

Les responsables financement ont été remplacés par des points focaux mutuelles dès le démarrage du projet. La fonction de responsable financement dépend de la réorganisation du MSAS qui est encore en discussion.

Les points focaux et les MCR ont bénéficié de plusieurs programmes de formation conjoints, et d'un renforcement dans leur capacité de supervision (notamment une formation de deux semaines des quatre MCR à la gestion des systèmes de micro-assurance santé au Centre International de Développement et de Recherche en France).

Les points focaux participent activement aux différents événements liés à l'activité mutualiste depuis 2010 (supervisions, formation, réunions techniques, etc.). Ils prennent part également aux formations sur les principes mutualistes des équipes cadres de district et aux infirmiers chefs de poste des centres de santé.

Activité 2.3 - Améliorer la réponse des structures sanitaires aux attentes et besoins de la population en termes d'accès aux soins.

Le PAMAS a organisé des focus group dans les quatre régions et dans les districts sanitaires sur la perception des prestataires face au mouvement mutualiste. L'ensemble des prestataires et des équipes cadres ont également bénéficié des programmes de

formation conjoints sur la mutualité.

Ceci s'est traduit concrètement par une forte augmentation des conventions cadres entre UM et RM, entre mutuelles et structures sanitaires, ainsi que certaines conventions spécifiques (ex : convention entre UM et pharmacies). Certaines mutuelles n'ont toutefois toujours pas de conventions.

Les indicateurs ne permettent cependant pas d'affirmer que cela se soit traduit en une amélioration concrète de l'accès aux soins des patients mutualisés. En cause notamment, le blocage de l'information sanitaire des structures au MSAS qui perdure depuis plusieurs années suite à un conflit entre ministère et syndicats. Les indicateurs collectés par les mutuelles ne permettent pas non plus d'évaluer l'impact en termes d'accès aux soins.

Activité 2.4 - Intégrer des indicateurs relatifs au MAS dans le système de collecte de données et soutenir l'interprétation des résultats.

Cette activité n'a pu être réalisée en raison du blocage de l'information sanitaire mentionnée ci-dessus.

Il est prévu d'intégrer les données relatives aux mutuelles au sein du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) à l'avenir, quand le SNIS redeviendra fonctionnel.

A noter pour rappel que des liens entre autorités sanitaires et mutuelles existent toutefois, notamment via les programmes de supervision conjointe des mutuelles auxquelles les points focaux prennent part. Mais les indicateurs collectés ne permettent pas d'établir de constat sur l'utilisation des services sanitaires.

Activité 2.5 - Stimuler l'émulation entre MAS et offre de soins via des plateformes de communication et de coordination avec les institutions mutualistes et les autres partenaires (Enquête Démographique et de Santé - EDS, partenaires, collectivités locales, autres secteurs).

Deux plateformes de coordination se réunissent de manière régulière. D'une part le Comité Technique Régional convoqué par le projet et présidé par le MCR qui offre une structure de suivi du projet, et discute de la planification des activités et de leur exécution sur le terrain. D'autre part le Cadre Régional de Concertation convoqué par le gouverneur et présidé par le MCR.

Par ailleurs, le processus de coordination entre offre et demande a dépassé le seul cadre du PAMAS et mené à des initiatives externes positives, notamment sous l'influence des points focaux. Depuis 2011, chaque MCR invite les UM aux réunions périodiques de concertation régionale sur les questions de santé, ainsi qu'aux ateliers de revue et planification annuelle de l'activité sanitaire de la région. Ces collaborations s'appliquent également dans certains districts. Par ailleurs, plusieurs unions ont maintenant leur siège au niveau de la région médicale (Diourbel et Fatick). Certaines mutuelles sont également installées dans les structures de santé même (Passi, Ngerane Fass, Ker Layenne,

Mbirkilane).

Activité 2.6 - Documenter l'impact du mouvement mutualiste sur les comportements et perceptions de l'offre de soins.

Une étude faisant l'état des lieux des mutuelles de santé dans les 4 régions appuyées a été réalisée le troisième trimestre de 2009. Le PAMAS a développé également deux études sur le mouvement mutualiste : une étude sur les relations entre prestataires et mutuelles et leur perception face au mouvement mutualiste (2010) ; et une étude sur les raisons des populations d'adhérer ou de ne pas adhérer aux mutuelles de santé (2011)

D'autres études ont été menées dans la même lignée, notamment une étude sur l'assurance maladie élève (AMEL), et une étude sur la tarification forfaitaire.

Ces études ont notamment abouti sur la nécessité de former les prestataires au mouvement mutualiste et d'élaborer des plans de communication. Ces deux activités figurent parmi les actions décisives du PAMAS sur l'intégration croissante de la logique mutualiste dans la logique sanitaire.

Activité 2.7 - Identifier les possibilités de synergies avec d'autres programmes ou secteurs, et concevoir les stratégies de mise en œuvre.

Le PAMAS a eu une collaboration active avec l'ASSRMKF, mais a rencontré des difficultés à établir des liens avec les autres programmes soutenus par la coopération belge.

Les principaux liens effectifs sont relatifs aux programmes précédents et suivants, à savoir la continuité des projets AMEL et de tarification forfaitaire hérités de l'ASSRMKF, et la création d'une continuité des activités liées à la santé entre l'ASSRMKF et le PAODES Demande (malgré un PIC excluant la santé des secteurs de concentration).

Le PAMAS a tenté de développer des activités de couplage entre micro-assurance santé et micro financer avec le PAMIF, mais le projet a été avorté suite à un changement de législation imposant des conditions drastiques aux mutuelles désireuses de développer une activité de micro finance.

Il a également étudié la possibilité d'une collaboration avec le PEPAM pour développer un système de cotisation à la mutuelle via une taxation sur l'eau auprès des ASUFOR, qui a été abandonné suite à la fin du PEPAM.

A noter que tant le PEPAM que le PAMIF n'ont, d'après les responsables du PAMAS, pas manifesté de volonté active de collaboration. Une des raisons tient notamment au fait que la création de synergies avec d'autres programmes comme le PAMAS n'était pas inscrite dans leurs DTF respectifs (tous deux antérieurs au PAMAS).

Quelques réunions ont également été tenues avec des mutuelles de santé professionnelles et autres associations en vue d'une création de synergie, sans aboutir sur des projets concrets.

Synthèse des réalisations du résultat 2 face aux indicateurs

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'équipe d'évaluation finale
Chaque équipe cadre de région (ECR) dispose d'un responsable chargé des questions de financement de la santé dont les attributions sont clairement définies et inscrites dans l'organigramme de la région médicale et des districts	Les points focaux sont en place au niveau des RM et de certains districts. Ils contribuent activement à l'ensemble des activités et leur contribution est largement appréciée.
Les ECR et les équipes cadre de district (ECD) sont capables et participent activement au développement des mutuelles de santé au sein de leurs propres structures (notamment, faciliter les relations prestataires mutualistes/mutuelles, respect des conventions)	Les MCR, les MCD et les points focaux témoignent aujourd'hui d'une bonne compréhension et une appropriation de la dynamique mutualiste. Ils contribuent activement à l'ensemble des mécanismes de concertation et planification. La plupart incluent désormais les instances mutualistes dans leurs propres réflexions stratégiques et exercices de planification.
Intégration des données relatives aux mutuelles de santé dans le guide du monitoring au niveau de la zone d'intervention du projet	L'outil de suivi pour les MS a été mis en place. Les processus de supervision sont améliorés et gérés conjointement par les instances partenaires. La cartographie numérisée est en place et offre un excellent produit d'appel pour l'harmonisation. Il faut toutefois encore accompagner la qualité des supervisions. Par ailleurs, l'intégration des données mutualistes dans le SNIS n'est pas encore possible en raison du blocage persistant des données sanitaires.
Le partenariat entre prestataires et mutuelles de santé est renforcé à travers des conventions (cadres de préférence) dont le contenu est suivi et respecté par les parties prenantes	Les conventions cadres et spécifiques sont maintenant signées avec la majorité des structures. La finalisation doit encore être terminée.
Des cadres de concertation au niveau régional sont mis en place et permettent d'améliorer le dialogue et la coordination entre acteurs concernés par le développement des mutuelles	Des cadres de concertation régionale sont mis en place dans les 4 régions médicales et ont nettement amélioré la coordination et les processus de planification d'après l'ensemble des acteurs.

4.2.2 Enseignements tirés

Un des grands succès du PAMAS est d'avoir réussi à créer une collaboration et un dialogue actif entre institutions de l'offre (RM, ECD, prestataires) et institutions mutualistes (UM, mutuelles). Les plateformes de communication et coordination sont fonctionnelles (CRC, Comité Technique). L'ensemble des acteurs rencontrés témoignent d'une bonne compréhension et d'une adhésion à la logique mutualiste et apprécient le

dialogue établi. Ils sont aujourd'hui relativement autonome du PAMAS et de la CAFSP dans leurs fonctions, ce qui s'illustre notamment à travers des initiatives dépassant le cadre du projet (ex : participation des UM aux revues et planification annuelle des activités de santé).

Cependant le dialogue reste concentré sur les questions organisationnelles et structurelles (planification, formation, etc.). Les différentes plateformes de concertation n'ont toujours pas amené à des débats sur des questions stratégiques pour l'accès aux soins des patients, telles des négociations sur la qualité de l'offre, ou le relevé de cas critiques constatés par les mutuelles et les UM. Ceci est notamment à mettre en lien avec le faible impact du programme en termes de base d'adhésion, qui fait que le mouvement mutualiste ne représente pas encore une masse critique de patients pour les prestataires. La décision de ne pas engager d'AT médecin-conseil (pour des raisons justifiées par le programme et validées en SMCL) a par ailleurs empêché les Unions d'avoir la crédibilité technique nécessaire aux négociations.

Le fait de généraliser les activités conjointes a été un facteur de rapprochement entre acteurs de l'offre et de la demande selon les personnes rencontrées dans les régions. Il s'agit entre autres de programme de formation, d'ateliers de réflexion, et d'activités de supervisions, d'encadrement et de planification communs.

L'impact du PAMAS sur l'offre de soins est principalement limité à des questions de perception, ce qui est nécessaire, mais pas suffisant (la qualité reste en fin de projet un des principaux facteurs de non-adhésion aux mutuelles selon les acteurs rencontrés). Cela est inhérent à la concentration du PAMAS sur la seule demande de soins. Il y a très probablement besoin d'une action conjuguée sur les déterminants de la qualité de l'offre. Le PAODES ouvre cette opportunité.

Le PAMAS a fait des efforts de création de synergie vers d'autres programmes, mais n'a reçu que peu de réponse en retour, lié notamment à l'absence d'activités spécifiques en ce sens dans les autres projets. Même si le DTF des autres programmes est finalisé, il serait nécessaire que la représentation et les SMCL respectives des autres programmes puissent inclure les activités de collaboration inter-programmes sur l'agenda des programmes partenaires.

Par contre, le PAMAS a clairement permis de servir de pont entre ASSRMKF et PAODES, en offrant un biais économie sociale entre deux programmes de santé.

4.3 PAMAS 1 - Résultat 3

Les activités pour le troisième résultat attendu sont les suivantes : « *les institutions mutualistes existantes et émergentes sont renforcées, contribuent à l'amélioration de la couverture d'assurance maladie et représentent les intérêts des patients* ».

4.3.1 Réalisations finales

Activité 3.1 - Apporter aux structures faitières et aux mutuelles existantes et émergentes le support humain, matériel et méthodologique nécessaire à leur

développement et à leurs fonctions de représentation.

Le PAMAS a soutenu avec succès le développement des quatre Unions de Mutuelles et des 16 mutuelles pilotes.

Les UM ont été dotées du matériel bureautique et informatique nécessaire. Des formations idoines ont été prodiguées (voir activité 3.2). Toutes les instances des Unions ont été mises en place (AG, CA, réunion de bureau exécutif).

Depuis janvier 2012, un AT régional a été posté en renforcement dans chaque Union. Il s'agit de profils de niveau universitaire qui s'occupent de la mise en place du fonds d'équité (financé sous le PAMAS 2) et de l'appui aux AT nationaux dans le suivi PAMA 1 des activités mutualistes (supervisions, encadrement, suivi des indicateurs, standardisation).

Les mutuelles pilotes ont toutes été dotées de matériel informatique et bureautique. Sept mutuelles ont été totalement réfectionnées et possèdent actuellement un vrai bureau. Les sièges de cinq autres mutuelles sont en cours de construction. Les quatre mutuelles restantes doivent encore remplir les conditions pour se voir dotées d'un siège (avoir une situation financière saine et disposer d'un terrain où construire le siège). Des formations ont été délivrées aux équipes des mutuelles (voir activité 3.2).

Les ATN et ATR jouent un rôle important dans l'appui opérationnel et méthodologique des UM et des mutuelles via les activités d'encadrement et de supervision, et une approche participative de développement des stratégies intégrant l'ensemble des acteurs impliqués dans le mouvement mutualiste.

Activité 3.2 - Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compétences nécessaires à leurs fonctions de gestion et de promotion du mouvement mutualiste.

Tous les présidents des UM ont suivi un nombre important de formations : formation groupée, université d'été, formation sur outils de suivi évaluation, plans de communication, formation informatique, utilisation de la cartographie, etc.

Les mutualistes ont bénéficié de nombreux programmes de formation adaptés à leurs besoins : financement de la santé et mutuelle, formation aux indicateurs et outils de gestion, formation informatique, accompagnement dans l'élaboration d'un plan de communication.

Les UM et les mutuelles ont également été conviées aux restitutions des études menées par le PAMAS, et impliquées dans le développement de nouvelles stratégies (ex : fonds d'équité),

Enfin, l'accompagnement de proximité assuré par les ATN et les ATR offre des opportunités additionnelles de renforcement des capacités.

Activité 3.3 - Développer progressivement les structures faitières vers la présence

d'au moins une Union de Mutuelles et un Cadre régional de Concertation par Région Médicale.

Les UM sont en place et opérationnelles dans chaque région depuis 2010, avec du personnel formé, des organes appropriés (AG, CA, bureau exécutif) et apte à encadrer les mutuelles et fournir les données de suivi de manière régulière.

Le dernier Cadre Régional de Concertation a été mis en place à Kaffrine en 2011.

Les structures faitières ont maintenant acquis une autonomie dans le suivi et l'encadrement des mutuelles. Elles coordonnent elles-mêmes les activités de supervision conjointes. L'harmonisation des indicateurs et outils et la mise en œuvre de la cartographie numérisée va permettre de déterminer si elles arrivent effectivement à remplir leurs fonctions. Des renforcements de capacité sont encore requis mais le résultat actuel est sans pareil avec la situation au début du projet.

Activité 3.4 - Participer activement au développement et à l'animation de plateformes de communication et de coordination avec les prestataires et les autres partenaires (collectivités locales, bailleurs, autres secteurs).

Les plateformes d'échanges sont actives et régulières et permettent un échange avec l'ensemble des acteurs concernés par le mouvement mutualistes.

Des réunions de coordination sont organisées par les autorités sanitaires toutes les trimestres au niveau des régions, et tous les mois au niveau des districts, avec la participation des UM et/ou des mutuelles.

Le Cadre Régional de Concertation réunit l'ensemble des acteurs concernés par le mouvement mutualiste (UM, RM, collectivités locales, PAMAS, autres PTF) de manière tournante dans chaque région. La périodicité devrait être trimestrielle, elle tend à être plutôt semestrielle.

Le Comité Technique du PAMAS se tient régulièrement et sert de base de travail pour les observations remontées par l'ATI au niveau de la SMCL.

Activité 3.5 - Développer avec les Unions de Mutuelles une campagne de promotion des mutuelles, et de communication sur les services de santé, les modalités d'accès, les avantages et les tarifs.

Le plan de communication au niveau national est mis en place, décliné en plans régionaux pour chaque région et en plan local pour chaque mutuelle qui dispose de son budget de communication avec différentes réalisations (activités communautaires, messages radio, etc.). Différents outils généraux ont été développés (dépliants, T-shirt, casquettes, cahiers pour les élèves de l'AMEL).

Une stratégie de communication spécifique sur l'offre des services de santé en tant que telle avait été initiée par l'ASSRMKF (via affichage des tarifs, circuit du malade etc.). Le PAMAS a développé le volet demande sur la première année du projet (coïncidant avec

la dernière année de l'ASSRMKF) mais n'a jamais repris à son actif la communication sur le volet offre qui n'était pas dans son mandat. Le PAODES intégrera par contre certainement une communication sur offre et demande.

Activité 3.6 - Supporter les UM dans le suivi de l'activité des mutuelles, l'interprétation des résultats et la traduction de l'analyse en actions.

Comme évoqué précédemment, les UM ont reçu un support important du PAMAS pour développer leurs activités de suivi, via notamment la standardisation des outils et indicateurs, des formations sur leur utilisation, un accompagnement par les ATN et ATR lors des supervisions etc. Elles ont maintenant pris le leadership sur l'organisation des supervisions.

Les données sur les mutuelles sont collectées régulièrement. Par contre l'interprétation des résultats et leur traduction en action n'en est encore qu'à ses débuts. Cela demande encore un accompagnement de proximité pour renforcer les capacités. Développer des capacités d'interprétation est un processus assez complexe, il n'est pas surprenant que le PAMAS ne soit pas encore parvenu à mener les UM à ce stade.

Activité 3.7 - Renforcer les capacités de négociation des institutions mutualistes dans leur rôle de représentation et de défense des patients face à l'offre de soins.

La généralisation progressive des conventions entre mutuelles et prestataires démontre un rapprochement formel, qui se traduit également dans une ouverture croissante des acteurs de l'offre face au mouvement mutualiste.

Il n'y a par contre pas réellement de représentation des intérêts des patients par rapport à l'offre de soins, bien que les interactions entre prestataires et mutualistes soient fréquentes au sein des différents organes de concertation. L'option d'affecter un ATN médecin conseil pour discuter des cas critiques et mettre au point des indicateurs d'alerte a été reportée au profit d'un prolongement du poste ATN d'économiste de la santé pour poursuivre le développement structurel des institutions mutualistes. Le poste de médecin conseil est d'ores et déjà dans la planification du PAODES.

Par ailleurs, l'ATI et les ATN ont préféré ne pas ouvrir la porte à la critique aux prestataires, alors qu'eux-mêmes sont partiellement victimes de défaillances du système de santé (ex : approvisionnement en médicaments). En l'absence d'un médecin conseil, il était difficile de développer une négociation technique à laquelle les prestataires auraient pu adhérer sans générer de frustration. Il a été jugé préférable de renforcer d'abord la démarche de collaboration et de participation, qui a engrangé des résultats intéressants

Activité 3.8 - Documenter l'impact du projet sur les connaissances, préférences et comportements de la demande de soins.

Une étude a été réalisée en 2011 par le Cabinet IGA sur les perceptions de la population sur les mutuelles de santé et les raisons d'adhésion / non-adhésion aux mutuelles.

L'étude programmée sur les dépenses des ménages n'a pas été faite car déjà réalisée sous l'ASSRMKF.

Par ailleurs, un état des lieux des mutuelles de santé en termes de fonctionnalité et de couverture dans les quatre régions médicales avait été effectué durant le dernier trimestre 2009.

Activité 3.9 - Créer des incitants pour stimuler une émulation des MAS vers le développement de mutuelles de grande taille.

Il n'y a pas réellement eu de programmes d'incitants pour le développement de mutuelles de grande taille. Conformément au DTF, l'idée était de donner des incitants aux mutuelles dépassant un seuil X d'activité (qualitatif ou quantitatif) pour créer une émulation entre mutuelles et les amener à faire preuve de créativité pour développer leur base d'adhésion.

Les seuls appuis qui auraient pu favoriser cela portent sur des appuis structurels (en matière d'infrastructures, d'équipements, de formations et autres) mais ils ne peuvent être considérés comme des incitants. Aucune mutuelle de grande taille n'a pu être atteinte à la fin du projet.

Synthèse des réalisations du résultat 3 face aux indicateurs

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'EMP
Le fonctionnement des mutuelles pilotes et unions de mutuelles est renforcé à travers la formation et la dotation de matériel	Le fonctionnement des unions régionales des mutuelles de santé est renforcé. La nomination de gestionnaire et d'ATR améliore nettement leurs fonctions. Plusieurs mutuelles ont toutefois encore des difficultés de gestion et nécessitent un accompagnement rapproché.
Au niveau des mutuelles pilotes dans les 4 RM, le nombre d'adhérents et de bénéficiaires évolue positivement	Le système de suivi ne permet pas encore de donner des chiffres compilés. La qualité des données s'est nettement améliorée en 2012 et demande à être poursuivie. Il semble toutefois que l'impact en termes d'adhérents et de bénéficiaires soit resté marginal, à l'exception de l'AMEL
Les mutuelles de santé appuyées par le PAMAS démontrent des indices positifs de viabilité fonctionnelle et d'efficacité	La viabilité des mutuelles reste discutable en question en raison d'une faible adhésion et de progrès à concrétiser sur les capacités gestionnaires
Les préoccupations des mutualistes sont portées par les mutuelles et les unions de mutuelles auprès des prestataires de soins et des autres partenaires des mutuelles à travers des plateformes de communication/concertation	Malgré des progrès importants en matière de concertation, la représentation des intérêts des patients n'est pas encore assurée. Il faudra l'activer par la suite, et l'accompagner d'une fonction de médecin conseil.

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'EMP
Les unions de mutuelles assurent l'encadrement et l'appui technique nécessaire au développement des mutuelles (en collaboration avec les autres partenaires)	Les UM ont aujourd'hui une relative autonomie dans l'organisation du suivi et de l'encadrement des mutuelles, en partenariat avec les RM et autres acteurs. L'activité doit encore être soutenue.
Les outils de suivi et de gestion sont harmonisés et utilisés au niveau des mutuelles et permettent périodiquement aux unions de collecter les données et de les analyser	La collecte de données d'une manière standardisée et régulière est en cours, mais il y a besoin d'un appui plus intense dans la collecte, le suivi et l'analyse comparative
Les unions jouent leur rôle d'interlocuteur et d'intermédiaires entre les mutuelles et les autres acteurs (sanitaires, autres partenaires, etc.) et sont reconnus comme légitimes pour le faire	Les UM assument aujourd'hui leur rôle de représentation et sont reconnues comme telles par les instances de l'offre et par les mutuelles.
Des mesures liées à la pérennisation (y compris financière) des mutuelles et des unions sont identifiées et mises en place	Les mutuelles sont encore des structures fragiles, de part leur faible base d'adhésion et le soutien encore nécessaire sur les capacités de gestion. Les UM ont progressé et nécessitent surtout un appui en fonctionnement.

4.3.2 Enseignements tirés

Le constat général est relativement similaire aux résultats 1 et 2. Le PAMAS a atteint de très bons résultats sur toute la construction structurelle et institutionnelle des mutuelles et de leurs structures faitières, mais n'a pas réussi à le traduire en actions menant à une augmentation du nombre d'adhérents et / ou de leur fréquentation des structures.

Travailler sur le structurel et l'institutionnel était nécessaire pour permettre une offre de service mutualiste, mais cela n'a pas suffi à augmenter l'attractivité des mutuelles. Cela appelle à des actions complémentaires sur les raisons pour lesquels la population n'adhère pas.

La faible qualité des soins est considérée au sein du PAMAS comme un facteur important inhibant le développement de la base d'adhésion des mutuelles (en parallèle avec l'absence de soins hospitaliers dans le paquet mutualiste). Les acquis de l'ASSRMKF n'ont pas suffi alors qu'il y avait effectivement une logique à renforcer la qualité de l'offre avant de s'attaquer à la demande. L'approche combinée prévue sous le PAODES pourrait peut-être permettre de travailler sur les deux volets.

La question de la communication et de la sensibilisation est très fréquemment évoquée pour expliquer les faibles taux de cotisations. Le PAMAS a investi sur le sujet. Toutefois la question essentielle est probablement de commencer par proposer une offre attractive aux populations, ce qui ramène aux questions d'offre de soins et de paquet mutualiste.

Les UM sont maintenant des structures relativement autonomes assurant leurs fonctions d'encadrement et d'appui. Les mutuelles ont été renforcées et ont nettement gagné en visibilité. Le système reste cependant relativement dépendant d'une aide extérieure pour

toute une série de frais de fonctionnement. Egalement, on ne peut prétendre à une viabilité des mutuelles tant que leur base d'adhésion stagne aux niveaux actuels.

Avoir une concertation active entre prestataires et mutualistes ne suffit pas à assurer une représentation des intérêts de la demande. Le dialogue au sein des organes de concertation ne porte pas sur les interférences et demande et offre, mais sur des questions de fonctionnement, formations et autres. Des questions comme le paquet de services, la relation soignant-soigné, la transparence dans la gestion etc. ne sont pas abordées.

Les acteurs du PAMAS ont préféré ne pas risquer de nuire à la relation entre prestataires et mutualistes si les revendications relatives aux intérêts des patients étaient mises en débat. Ceci d'autant plus dans un cadre où l'offre peut elle-même être victime d'éléments exogènes (par exemple : défaillance de l'approvisionnement en médicaments)

4.4 PAMAS 1 - Résultat 4

Le quatrième résultat est formulé comme suit : "le développement des initiatives innovantes a permis aux systèmes de micro assurance santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion et d'élargir leurs bases d'adhésion et leur paquet de prestations".

4.4.1 Réalisations finales

Activité 4.1 - Concevoir et mettre en œuvre des stratégies de couplage micro-assurance santé et micro-finance

Malgré les efforts consentis, il a été impossible de créer des synergies entre mutuelles de santé et micro-finance autres que les systèmes préexistants, en raison principalement d'un durcissement de la législation sénégalaise sur la micro-finance. Celle-ci a amené à une réduction du nombre d'institutions de micro-finance et a quasiment rendu impossible le développement d'activités de micro-finance par les mutuelles de santé communautaires.

Activité 4.2 - Soutenir et concevoir des mutuelles avec stratégie d'adhésion groupée

La recherche de stratégie d'adhésion groupée a principalement porté sur des approches préexistantes.

L'AMEL, déjà soutenue sous l'ASSRMKF a été soutenue et renforcée avec succès par le PAMAS dans les régions de Fatick et Kaolack via des activités de renforcement des capacités et de subvention au frais de fonctionnement et aux mutuelles déficitaires. Chaque mutuelle a de plus été dotée d'une pharmacie scolaire et les enseignants ont été formés à délivrer les premiers soins. Le nombre de bénéficiaires a plus que triplé sur une période de trois ans, passant de 6.134 à 23.378 entre 2008/2009 et 2010/2011 avec des taux d'utilisation des services de santé relativement stable aux alentours de 120% sur les

trois années. Un rapport d'évaluation de l'expérience AMEL a été produit en avril 2012.

Le PAMAS a étudié la possibilité de créer des mécanismes d'adhésion groupée financée via l'exploitation commune de champs collectifs par les populations intéressées, principalement dans la région de Kaffrine. Le projet n'a pas abouti et n'a pas fait l'objet d'une documentation formelle.

Le PAMAS a également réfléchi à l'extension d'une stratégie de financement des cotisations via une taxation sur l'eau de boisson qui a été développée à l'initiative de la mutuelle Bokk Faj dans un village de la région de Kaffrine en collaboration avec l'ASUFOR. Une étude a été produite à ce sujet en novembre 2011, mais n'a pas conduit à une réplique de l'approche qui aurait demandé du personnel additionnel pour assurer le suivi de l'approche.

Activité 4.3 - Suivre les pilotes et sélectionner l'approche à soutenir pour le développement d'une mutuelle professionnelle de grande taille

Suite à l'analyse situationnelle des mutuelles de santé menée début 2010 dans les quatre régions, le PAMAS a sélectionné quatre mutuelles pilotes par région médicale sur base d'une série de critères liés à son fonctionnement, ses instances, et sa couverture de la population.

Ces mutuelles ont bénéficié d'un suivi rapproché par les équipes du PAMAS, et de supports importants en matière d'infrastructure, de matériel informatique et bureautique, et de renforcement des capacités.

Toutefois, le projet n'est pas encore parvenu à transformer ces appuis en dynamique de développement de mutuelles de grande taille. Les mutuelles pilotes et les autres mutuelles non supportées dans les quatre régions continuent à afficher des bases d'adhésion et des résultats similaires.

Le PAMAS n'a pas non plus à proprement parler sélectionné une « approche à soutenir » pour le développement de mutuelle de grande taille. Les principales approches envisagées restent celles considérées pour les mécanismes d'adhésion groupées (ce qui pourrait en soi être un vecteur de croissance de la base d'adhésion), à savoir l'AMEL, la taxation sur l'eau et les champs collectifs.

Activité 4.4 - Clarifier le design d'une mutuelle professionnelle de grande taille

Cette activité aurait supposé une analyse comparative sur les déterminants de la performance des différentes stratégies sous l'activité 4.3, permettant d'opter pour le(s) modèle(s) à suivre et de définir les modalités de mise en œuvre.

Des projets comme l'AMEL et le fonds d'équité pourraient potentiellement être vecteur de croissance d'une mutuelle. D'autres approches peuvent avoir un potentiel de croissance important, telles que la subvention des cotisations pour étendre l'offre mutualiste aux services hospitaliers qui a été envisagée – mais non retenue – dans le cadre du fonds de garantie.

Des approches similaires devraient logiquement être soutenues sous le PAODES (notamment sous ses résultats 7 sur le développement d'assurance santé de grande échelle et 8 sur le système de cofinancement des assurances santé).

Synthèse des réalisations du résultat 4 face aux indicateurs

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'équipe d'évaluation finale
Des initiatives innovantes sont proposées par les mutuelles (y compris pilotes)/unions, accompagnées (notamment en termes de pérennité et de pertinence) et mises en place en collaboration avec le PAMAS	Pas d'avancée significative observée, outre le soutien continu (et fructueux) aux AMEL.
Par rapport aux autres mutuelles (n'étant pas considérées comme pilotes ou n'appliquant pas des initiatives innovantes), les initiatives innovantes permettent d'observer une meilleure performance en termes de gestion	La performance s'améliore via notamment les formations et l'encadrement, mais on ne constate pas encore de différence manifeste par rapport aux mutuelles non-pilotes.
Par rapport aux autres mutuelles (n'étant pas considérées comme pilotes ou n'appliquant pas des initiatives innovantes), les initiatives innovantes permettent d'observer un élargissement de la base d'adhésion	En dehors de l'AMEL, il n'y a pas eu de concrétisation d'initiatives portant sur la base d'adhésion. D'après les informations disponibles, celle-ci est sensiblement similaire à la situation au début du projet.
Par rapport aux autres mutuelles (n'étant pas considérées comme pilotes ou n'appliquant pas des initiatives innovantes), les initiatives innovantes permettent d'observer un élargissement par rapport au paquet de soins	Pas d'avancée significative observée, si ce n'est des projets (non encore concrétisés) d'extension du paquet à l'initiative des UM de Kaolack et Kaffrine.
Des initiatives innovantes sont proposées par les mutuelles (y compris pilotes)/unions, accompagnées (notamment en termes de pérennité et de pertinence) et mises en place en collaboration avec le PAMAS	Pas d'avancée significative observée

4.4.2 Enseignements tirés

Le DTF du PAMAS posait des ambitions fortes pour un projet de quatre ans qui ont été difficiles à rencontrer. Le PAMAS a globalement concentré son activité (avec succès) sur le renforcement structurel et institutionnel des acteurs et de leur dialogue. Il a par contre eu du mal à développer les stratégies opérationnelles permettant d'étendre la base d'adhésion et le paquet de services proposé par les mutuelles. L'appareillage institutionnel est aujourd'hui en place, il sera impératif que le PAODES l'active en direction des usagers, notamment via les mécanismes de subvention de paquet de services prévus à son agenda.

Ce constat s'applique principalement sur ce résultat. L'analyse de l'ensemble des indicateurs est relativement faible : il n'y a pas réellement eu d'initiative innovante mise en œuvre à l'exception des préexistantes ; les mutuelles pilotes sont renforcées et ont bien intégré les nouveaux outils, mais cela ne se traduit toujours pas en augmentation de la base d'adhésion ni en élargissement du paquet de soins, et ces mutuelles ne sont pas encore en mesure d'initier des approches d'extension à soutenir par le PAMAS.

De manière générale, il semblerait que le seuil critique d'adhésion ne soit pas encore atteint et nuise à l'attractivité des mutuelles pour les populations non-adhérentes. Il est souhaitable que le PAODES capitalise sur le PAMAS et continue à soutenir les stratégies d'adhésion groupées (AMEL, taxation sur l'eau) et surtout développe une approche active de subvention ciblée permettant d'augmenter l'attractivité des mutuelles. La subvention des cotisations pour étendre l'offre mutualiste aux services hospitaliers, couplée avec une approche parallèle sur le renforcement de la qualité des services, apparaît comme une option privilégiée pour l'équipe d'évaluation.

4.5 PAMAS 2 - Résultat 1

Le premier résultat du PAMAS 2 est formulé ainsi: « *Les processus de mise en place, de gestion et de pérennisation du Fonds de garantie sont définis* ».

4.5.1 Réalisations finales

Activité 1.1 - Mener un exercice de capitalisation d'expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie de mutuelles communautaires

Une étude sur la capitalisation des expériences en matière de mise en place de mécanismes de garantie a été réalisée en mai 2010 au niveau national et de la sous-région. Elle semble constituer une première en la matière au Sénégal.

En parallèle, un système de recouvrement collectif des cotisations via une taxation sur l'eau (un programme initié par une mutuelle dans une communauté rurale de Kaffrine) a été documenté, avec une perspective d'une dynamique intersectorielle mêlant projet hydraulique à développement des mutuelles, via une collaboration avec le programme PEPAM. Il n'a finalement pas abouti.

Activité 1.2 - Définir les investissements et le mode de fonctionnement du mécanisme de garantie

Des ateliers de réflexion ont été organisés au niveau des quatre régions médicales pour donner les résultats de l'étude de capitalisation, les affiner, et impliquer les acteurs régionaux dans l'élaboration du mode d'organisation et de fonctionnement des mécanismes de garantie et l'identification des personnes vulnérables et indigentes ciblées par le fonds d'équité. Le manuel de procédures pour le "système intégré des mécanismes de garantie et d'équité" (SIMGE) a été élaboré, en collaboration avec un bureau d'études sénégalais, et présenté lors d'un atelier à Kaolack.

Durant le second semestre 2011, le SIMGE a fait l'objet de nombreux échanges entre le projet, la CAFSP et le siège de la CTB à Bruxelles en vue de sa validation et de l'obtention de l'avis de non-objection. Il a été décidé d'octroyer à la CAFSP un contrat d'exécution pour la mise en œuvre du fonds d'équité pour une première tranche de 200.000€. Au final, l'accord d'exécution a été signé et le budget a été délivré en juin

2012.

Activité 1.3 - Mettre en place un processus de Recherche Action.

Une démarche de recherche action a été élaborée en collaboration avec la consultante du suivi scientifique et a été lancée en parallèle au lancement du fonds d'équité pour documenter tout le processus de mise en œuvre et d'adaptation au contexte. Une documentation rigoureuse peut servir au ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans le développement du fonds de solidarité et plus largement dans les stratégies de couverture maladie universelle.

Synthèse des réalisations du résultat 1 face aux indicateurs

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'équipe d'évaluation finale
Le cahier de charge du Fonds de garantie est disponible et validé	Le manuel de procédure est aujourd'hui approuvé et mis en œuvre dans le développement du fonds d'équité.
Un protocole de RA est mis en œuvre	Une approche de capitalisation a été développée en partenariat étroit avec le suivi scientifique.

4.5.2 Enseignements tirés

Le processus de conception du SIMGE a été mené de manière participative avec l'ensemble des acteurs de la zone. Ceci a permis une forte appropriation et une bonne compréhension du mécanisme par l'ensemble des acteurs rencontrés durant la mission d'évaluation finale.

L'ancrage du fonds d'équité sur les mutuelles de santé a le potentiel d'étendre la base d'adhésion de ces dernières. Cependant, cet objectif est contrecarré par le plafond imposé au nombre d'indigents (pourcentage en fonction du nombre d'adhérents total de la mutuelle). A noter que ce plafond a été décidé en concertation avec la consultation du suivi scientifique, et prévoit une révision du pourcentage en fonction des résultats obtenus.

Le DTF donnait une vision floue et très inclusive des mécanismes à inclure sous le fonds de garantie (coassurance, réassurance, assistance financière, fonds d'équité). Il y avait probablement là un manque de priorisation qui a compliqué la prise de décision et n'a pas favorisé la mise en œuvre.

Le principe de la subvention des gros risques compris dans le mécanisme de coassurance avait un potentiel important d'extension du nombre d'adhérents aux mutuelles. En effet, l'absence de soins hospitaliers est l'une des deux causes majeures systématiquement évoquées durant la mission d'évaluation pour expliquer les faibles taux d'adhésion. Un mécanisme de subvention était probablement plus facile et rapide à lancer qu'un fonds d'équité. Cela demandait essentiellement une sélection des services hospitaliers à couvrir, une valorisation relative, et l'organisation du circuit financier de

« matching fund » auprès des mutuelles et / ou Unions de Mutuelles. Il est possible de faire plus détaillé, mais au risque d'un retard de mise en œuvre et, partant, de bénéfices pour les patients. Tout système est imparfait. Un système de monitoring aurait permis d'adapter le matching fund en fonction des coûts réels.

4.6 PAMAS 2 - Résultat 2

Le second résultat du PAMAS 2 est exprimé comme suit : « *L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS est effective* ».

4.6.1 Réalisations finales

Activité 2.1 - Identifier les paquets de soins éligibles

Une étude sur l'identification des paquets de soins et les méthodes de ciblage des groupes prioritaires (indigents) a été développée au 1er semestre 2011 et la version finale a été dévoilée en décembre 2011. Elle vient en complément de la capitalisation des expériences réalisée en 2010.

Le paquet de soins retenu pour les fonds d'équité est le même que le paquet de soins des mutuelles, dans un souci d'équité horizontale.

Activité 2.2 - Identifier les groupes cibles prioritaires: les populations vulnérables et indigentes

Les groupes cibles prioritaires (indigents et groupes vulnérables) ont été identifiés dans le SIMGE de février 2011, qui mettait déjà en avant une stratégie d'identification articulée sur un ciblage communautaire et validée par une enquête sociale. Les critères ont été spécifiés dans l'étude sur l'identification des paquets de soins et les méthodes de ciblage des groupes prioritaires de décembre 2011. L'étude a également donné une simulation du nombre d'indigents dans les quatre régions, et proposé des cibles chiffrées. L'identification a effectivement démarré en juillet 2012 et devrait appeler à des mises à jour, avec un objectif de 25.000 indigents enrôlés avant la fin de l'année.

Activité 2.3 - Définir les mécanismes de mise en commun de ces paquets.

Les mécanismes de mise en commun des paquets sont évoqués dans le SIMGE.

En pratique, la mise en commun de différents mécanismes n'a pas eu lieu d'être, en raison de l'abandon (provisoire) des mécanismes de réassurance, coassurance et prise en charge des gros risques.

Il n'y a pas non plus à proprement parler de mise en commun des sources de financement, puisque l'intégralité du fonds d'équité est actuellement financée par une subvention PAMAS. Le modèle attire l'attention au niveau du gouvernement et des partenaires et pourrait potentiellement attirer d'autres sources de financement à l'avenir.

A noter que certaines Unions de Mutuelles (Kaolack, Kaffrine) travaillent de leur côté à un projet autonome de mise en commun d'une partie des cotisations des mutualistes pour financer les soins hospitaliers au niveau régional.

Synthèse des réalisations du résultat 1 face aux indicateurs

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'équipe d'évaluation finale
Les paquets de soins éligibles (incidences, ses coûts unitaires)	Le paquet de soins est identifié depuis l'étude dévoilée en décembre 2011
Les groupes cible prioritaires sont identifiés	Les groupes cibles sont identifiés et les critères spécifiés depuis l'étude dévoilée en décembre 2011
Les mécanismes de mise en commun sont fonctionnels pour ces groupes cible	Il n'y a pas de mécanisme de mise en commun, en raison de la focalisation sur le fonds d'équité et du financement exclusif par le PAMAS.

4.6.2 Enseignements tirés

Le ciblage de groupe prioritaire suppose un arbitrage entre les besoins et les budgets nécessaires. Dans le cadre du fonds d'équité, le nombre d'indigents identifiés est largement en deçà de la population estimée lors de l'étude. Ces restrictions ont été discutées et validées avec la consultante du suivi scientifique. L'acceptabilité sociale de l'exclusion que cela engendre devrait également faire partie des thématiques abordées dans le cadre de la capitalisation.

Le choix de calquer le paquet de service du fonds d'équité sur celui des mutuelles induit un potentiel de faire adhérer des ex-indigents au système mutualiste. Cela implique également les mêmes restrictions, notamment en termes de paquet de services, et donc un impact réduit en termes d'accès aux soins et de protection contre le risque maladie des indigents. Cela appelle à plus forte raison pour une extension de l'offre de services au niveau hospitalier pour l'ensemble des bénéficiaires (mutualisés et indigents)

4.7 PAMAS 2 - Résultat 3

Le troisième résultat du PAMAS 2 est formulé comme suit : "*les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels*".

4.7.1 Réalisations finales

Activité 3.1 - Acquérir les équipements et véhicules pour le fonctionnement du FG et des sous-fonds de garantie (SFG).

Le principe de « sous-fonds de garantie » au niveau régional a finalement été abandonné. Le financement de l'ensemble du programme est géré par la CAFSP à partir du niveau central, sous contrat d'exécution (voir infra).

La CAFSP a été dotée d'un véhicule dans le cadre du fonds d'équité. Huit motos devaient être fournies pour chaque UM et service régional d'action sociale, mais le dossier a été annulé par le ministère de la Santé et de l'Action Sociale faute de proposition conforme. Au moment de l'évaluation, il était prévu que le PAMAS procède à l'achat en cogestion.

Activité 3.2 - Recruter et former les ressources humaines et identifier les ressources techniques et financières

Les UM ont chacune été dotées d'un Assistant Technique Régional (ATR) de niveau bac + 4/5 avec une expérience pertinente en matière de mutuelle, avec le matériel bureautique et informatique afférent. Il est prévu qu'ils soient repris sous le PAODES. A noter que leurs fonctions s'étendent également à l'encadrement et au suivi des mutuelles de santé.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et de l'Action Sociale a nommé un point focal mutuelle de santé dans chaque Région Médicale. Ils sont impliqués dans toutes les activités touchant au fonds d'équité et aux mutuelles de santé, y inclus les processus d'identification et de suivi.

Les services régionaux de l'action sociale dans les quatre régions ont également été dotées d'un matériel informatique complet (ordinateur + imprimante) dans le cadre du fonds d'équité.

Le contrat d'exécution pour la mise en œuvre du Fonds d'Equité a finalement été conclu entre la CTB et la CAFSP en juin 2012, ce qui a permis de lancer les processus d'identification et de prise en charge des indigents. La première dotation porte sur un montant de 200.000€. Il est convenu que d'autres dotations soient accordées sur le reliquat du budget (800.000€) dans le cadre du volet Demande du PAODES.

Activité 3.3 - Mettre en place le FG couvrant les zones de concentration ainsi que le système de suivi/évaluation

Parmi les quatre mécanismes de garantie envisagés dans le DTF, le seul à avoir été mis en place sur la durée du projet est le fonds d'équité. Il a été lancé mi-2012, avec un système d'identification impliquant la communauté et une vérification par des acteurs externes sur des critères socio-économiques. Le système implique l'ensemble des acteurs concernés (représentants de la population, mutualistes, ATR, points focaux mutuelles, services d'action sociale etc.)

Le système de suivi-évaluation a été lancé au même moment, marqué également par une collaboration large entre ATR, points focaux, et services d'action sociale.

Au moment de l'évaluation, le fonds d'équité touchait 4600 individus sur 23 mutuelles, issus de ménages jugés indigents. Les chiffres de fréquentation des structures n'étaient pas encore disponibles. L'objectif annoncé est de toucher 25.000 indigents à la fin 2012.

Synthèse des réalisations du résultat 1 face aux indicateurs

Indicateurs au niveau du résultat	Appréciation par l'EMP
Le Fonds de garantie et ses structures déconcentrées sont fonctionnels conformément à ses mandats	Le fonds d'équité est lancé depuis mi-2012. Il a permis de tester avec succès le niveau de collaboration inter-acteurs. Les résultats concrets pourront être évalués dans les mois à venir.
Sa réalimentation est assurée à un niveau acceptable tenant compte du protocole de RA	La réalimentation est actuellement dépendante de la CAFSP sous financement PAMAS, avec un contrôle du RAF. Les mutuelles n'ont pas la capacité de l'alimenter. Les perspectives potentielles (notamment sous le FNSS) restent encore incertaines.

4.7.2 Enseignements tirés

Impliquer l'ensemble des acteurs dans toutes les phases de développement du système de fonds d'équité a permis une appropriation et une adhésion large. Cela se manifeste concrètement tant dans la connaissance que les acteurs expriment du système, que dans leur implication dans les processus d'identification et de suivi-évaluation.

La nomination de personnes ressources au sein des UM et des RM (respectivement les ATR et les points focaux mutuelles) renforce la démarche collaborative des différents intervenants du mouvement mutualiste et des fonds d'équité. Cela s'est manifesté concrètement dans une collaboration saluée par tous les acteurs rencontrés dans les processus d'identification du fonds d'équité, et de suivi et encadrement du mouvement mutualiste et des fonds d'équité.

Les procédures internes à la CTB peuvent jouer un rôle dans les retards de mise en œuvre. Ce fut le cas pour le fonds d'équité, avec d'une part le processus de non objection du manuel de procédure (second semestre 2011) et d'autre part le consensus sur l'accord d'exécution (premier semestre 2012).

Confier la gestion du fonds d'équité à la CAFSP pourrait entraîner une charge administrative non négligeable, qui pourrait nuire à la réactivité et potentiellement à la viabilité du fonds (par exemple en cas de retard de paiement). Cela est particulièrement vrai pour le suivi des paiements à l'acte (tickets modérateurs). A noter que la vérification des factures des mutuelles par les ATR devrait permettre de nettement alléger le travail de la CAFSP. Dans tous les cas, la charge administrative devra être documentée, et prise en compte dans des ajustements futurs du fonds d'équité.

L'extension périodique de la liste d'indigents suppose un travail additionnel de validation des listes préalablement établies au sein des communautés. Ce travail s'étendra périodiquement à la vérification du statut des personnes inscrites comme indigents (et qui pourraient avoir amélioré leur situation socioéconomique). Ceci pourrait représenter une charge de travail importante, avec un risque de perte d'adhésion des acteurs régionaux soutenant l'approche. Ceci devra également être suivi, et éventuellement adapté dans une version ultérieure du fonds.

Le projet de fonds d'équité a à peine démarré qu'il atteint déjà une audience nationale et internationale. Mme la Ministre du MSAS en a largement fait la promotion lors d'un atelier sur le financement de la santé à Marrakech en octobre 2012. S'il est positif de voir un tel accueil politique, il serait prudent que les autorités attendent l'atteinte de résultats concrets avant de pousser la communication. Il est en effet plus que probable que la mise en œuvre mettra en évidence des failles dans le design et les services offerts aux patients, qu'il faudra corriger.

4.8 Contribution du suivi scientifique aux réalisations du projet

Le suivi scientifique a été conduit par l'institut HIVA avec la contribution de Bénédicte Fonteneau. Il visait à appuyer la bonne exécution du PAMAS 1 et 2 par des missions ponctuelles et par de l'appui à distance, dans le but d'augmenter l'impact de l'intervention du projet tant au niveau local que national. Les termes de référence de l'assistance technique perleée prévoient 4 points d'appui :

- Planification, définition des indicateurs pertinents, et suivis des activités des deux interventions
- Participation/appui à la réflexion sur la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais
- Réalisation de certains appuis techniques spécifiques ; comme par exemple la délimitation précise du Fond de garantie dans le contexte du projet, définition des indicateurs pertinents pour une supervision régulière des unions et des mutuelles et élaboration d'un guide de supervision opérationnel
- Formation continue du personnel de la CAFSP, des assistants techniques de la CTB et de tout acteur actif dans le domaine de la micro assurance santé.

Globalement, les attentes face au suivi scientifique ont été respectées. Les principaux points d'action sont détaillés ci-dessous.

Une première mission a eu lieu en octobre – novembre 2010. Elle s'est principalement concentrée sur une révision des aspects de suivi-évaluation du programme et une reformulation des indicateurs en fonction. Ceci a permis d'aboutir notamment sur (1) une liste d'indicateurs pour le suivi des mutuelles de santé, relevant les principaux aspects de viabilité fonctionnelle ; (2) une révision des indicateurs du cadre logique du PAMAS 1, mettant l'accent sur les changements et avancées au niveau des acteurs et institutions. Certaines critiques ont été émises lors de l'évaluation à mi-parcours, jugeant les indicateurs comme restant encore trop axés sur le qualitatif et difficilement objectivable. Cela est cependant relativement inhérent à l'appréciation d'une dynamique de développement des mutuelles et de renforcement institutionnel.

Une seconde mission a eu lieu en octobre 2011. Elle portait principalement sur le suivi de la mission précédente (indicateurs et utilisation) et sur la réflexion relative au fonds d'équité sous le PAMAS 2. Sur le premier sujet, elle a souligné le besoin d'autonomisation des structures partenaires (CAFSP, UM) dans les procédures de suivi-

évaluation sur lequel des progrès manifestes ont été constatés par la suite et lors de l'évaluation finale (voir notamment activité 3.6), malgré des capacités d'interprétation encore trop réduites. Sur le second sujet, la mission de suivi a supporté la traduction opérationnelle dans les activités du PAMAS des études sur les paquets de prestation et ciblage des populations vulnérables. Le processus a continué à être suivi lors des missions suivantes et via un appui à distance. La mission a également souligné une série de points d'attention dans l'harmonisation entre PAMAS et autres projets belges (PAODES et PAGOSAN), sans que cela n'ait été suffisamment suivi dans la concertation entre projets (voir notamment le critère de cohérence en 5.1.5)

La troisième mission a eu lieu en mars 2012. Elle a principalement abouti sur le cadrage d'une approche de capitalisation du processus de mise en œuvre du fonds d'équité, ses perceptions et impacts, qui semble particulièrement importante aujourd'hui vu l'engouement croissant du MSAS et de certains partenaires (Abt Associates) face à l'approche. Elle soulignait également les risques induits par le modèle de fonds d'équité développé par le projet (capacités des mutuelles à gérer le programme et sélection adverse, dérives potentielles des mécanismes d'identification envisagés). Par ailleurs, elle faisait également le point sur les avancées au niveau de la stratégie de suivi-évaluation. Elle soulignait des besoins importants de renforcement des capacités des structures partenaire (UM), notamment au niveau de la conformité des données et de l'interprétation, malgré une prise de leadership sur le processus. Elle revenait enfin sur des points d'attention sur la transition avec le PAODES qui restent en question aujourd'hui. La coordination entre programmes CTB a été placée sous la responsabilité du PAODES. En pratique, peu d'actions ont été menées en ce sens

La quatrième mission s'est tenue en juillet-août 2012. Elle s'inscrivait principalement en suite des appuis précédents, via une revue de l'état d'avancement du suivi-évaluation, un premier bilan du fonds d'équité et de la capitalisation, et une réflexion sur les futurs BRASU dans le cadre de la transition avec le PAODES. La question centrale des BRASU dans la transition entre le PAMAS et le PAODES a souvent été soulevée par le projet, sans avancée notable à ce stade. Une mission additionnelle serait prévue pour janvier 2013.

Les équipes d'assistants techniques (nationaux et international) affichent de manière générale une grande satisfaction face à l'appui apporté. Il s'est adapté à l'évolution des besoins ressentis au fur et à mesure de l'avancement du programme. La combinaison d'appui sur le terrain et de support à distance s'est révélée importante pour relever les forces et faiblesses de la mise en œuvre, fixer les priorités et ajuster la mise en œuvre de certaines stratégies en relation avec les avancées des équipes d'AT et des partenaires.

5 Evaluation de l'intervention

5.1 Critères de base

5.1.1 Pertinence

5.1.1.1 Pertinence par rapport aux politiques et stratégies nationales et régionales

Le PAMAS s'inscrit en ligne avec les politiques et stratégies soutenues par le gouvernement Sénégalais.

- Il s'intègre dans l'axe 2 du Document de Politique Economique et Sociale 2011-2015 (DPES) portant sur l'accélération de l'accès aux services sociaux de base, protection sociale et développement durable, qui appelle au renforcement de « mécanismes innovants de financement de la santé (...) y compris l'assurance maladie des populations pauvres ».
- Il s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques 2005-2015 (stratégie d'application du DPES), qui fixe un objectif de couverture en assurance maladie de 20% à 50% de la population d'ici à 2015.
- Il propose une stratégie de mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie (SNECRM).
- Il offre un exemple de mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé de 2004, dont la mise en œuvre est confiée à la CAFSP. L'ancrage institutionnel du programme est donc également en lien avec les orientations politiques.
- Il préfigure les approches de protection sociale pour les plus démunis visées par le projet de Fond National de Solidarité Santé envisagé par le gouvernement.
- Il se conforme au règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au niveau des états membres de l'UEMOA

5.1.1.2 Pertinence par rapport aux politiques de développement, stratégies et priorités de la Belgique

Le PAMAS est également conforme aux politiques de développement, stratégies et priorités de la Belgique.

- Il respecte les secteurs de concentration définis par le Programme Indicatif de Coopération (PIC) bilatérale entre les gouvernements belge et sénégalais pour la période 2007-2009 qui sortait du secteur santé pour se concentrer sur l'hydraulique et l'assainissement rural (55%) et l'économie sociale (45%).
- Son articulation autour des mutuelles de santé était stratégiquement judicieuse pour faire le lien entre deux PIC intégrant le secteur santé, matérialisés notamment par l'ASSRMKF et le PAODES.
- L'ancrage du programme aux niveaux central, régional et périphérique est en ligne avec l'approche combinée d'appui institutionnel et de renforcement

opérationnel qui caractérise la politique de coopération de la Belgique dans de nombreux pays.

- Les modalités de gestion choisies par le programme respectent l'engagement de la Belgique envers la Déclaration de Paris, à travers un partage de responsabilités et un transfert accru de gestion des ressources auprès du partenaire Sénégalais.

5.1.2 Efficience

5.1.2.1 Respect du calendrier des activités et des dépenses

Les rapports annuels des années 2010 et 2011 ainsi que les rapports trimestriels produits en 2012 donnent une bonne image du degré d'avancement des activités par rapport au cadre logique, et montre les exécutions budgétaires en détail.

Il en ressort de manière générale un bon niveau d'exécution des activités de support institutionnel et d'études programmées sur toute la durée du projet. Les activités relatives au subventionnement des services (résultat 3 du PAMAS II) sont marquées par un retard d'exécution.

Le niveau d'exécution se confirme en fin de projet.

Le tableau d'exécution du PAMAS 1 au 30 septembre 2012 affiche un taux d'exécution de 93% pour les activités en cogestion (couvrant en grosse majorité l'ensemble des résultats du projet) et de 85% pour les activités en régie. Les reliquats en cogestion sont justifiés par la poursuite des activités jusqu'au 31 décembre 2012 et n'appellent pas d'analyse plus détaillée. Les reliquats en régie sont principalement liés aux frais de personnel (consommés à 89%) et aux frais d'audit, suivi et évaluation (consommés à 54%). Le reliquat de ce dernier poste est lié à la présente mission d'évaluation et à une sous-consommation du budget de suivi scientifique consommé à 65%. Le reliquat devrait être consommé début 2013 avec une dernière mission de suivi scientifique planifiée pour janvier.

Concernant le PAMAS 2, la mission d'évaluation n'a pu avoir accès qu'aux données incluses dans le rapport annuel au 31 décembre 2011. Celui-ci montre cependant déjà un excellent taux d'exécution sur les résultats du projet à l'exception du résultat 3. Les résultats 1 et 2 affichent un taux d'exécution global de 84%, les reliquats étant liés à la mise en place du processus de recherche action (complété en 2012) et l'identification des indigents (menée en 2012). Le résultat 3 par contre, qui compte pour 94% du budget global, avait un taux d'exécution de seulement 2%, en raison des retards pris dans le lancement du fonds d'équité.

Les retards d'exécution concernant la mise en œuvre du fonds d'équité sous le PAMAS II sont liés à une conjonction de facteurs, qui sont rapidement résumés ci-dessous.

- Le PAMAS II a démarré tardivement, avec l'engagement de l'ATN en juin 2010 et la libération des budgets vers juillet-août 2010.
- Le DTF n'a pas présenté de position stratégique claire concernant le fonds de

garantie. Quatre options ont été ouvertes, sans qu'aucune ne soit privilégiée (réassurance, coassurance, cofinancement du paquet de service, fonds d'équité). Chacune de ces stratégies a des implications et un niveau de complexité différent. Cela a créé un flou conceptuel dans les attentes face au fonds de garantie.

- Le flou a été renforcé par des interprétations contradictoires entre l'utilisation de ce fonds comme dotation remboursable (selon le formulateur original) et une subvention non remboursable (selon l'attaché santé de l'ambassade).
- Durant cette période, plusieurs études ont été menées pour améliorer la connaissance des besoins de la population et des mécanismes similaires mis en place dans le pays et la sous-région (situation de l'indigence, paquet de soins, stratégie de ciblage)
- Une stratégie est arrêtée et un manuel de procédure a été rédigé, développé et validé via des ateliers régionaux, et remonté jusqu'au siège de Bruxelles en mai 2011. Le débat s'est alors relancé sur les options. Le temps de réaction aux propositions, de corrections et de révision ont allongé le processus décisionnel, et réduit progressivement les ambitions du fonds de garantie au seul fonds d'équité.
- En janvier 2012, le plafond budgétaire pour les dotations du fonds d'équité a été limité à 200.000 euros (sur un total d'un million) pour des raisons de capacité d'absorption et de procédures de validation de la CTB. La possibilité d'une seconde dotation avant la fin de l'année a été envisagée, qui ne sera au final jamais activée.
- L'accord d'exécution n'est accordé qu'en juin 2012, notamment en raison d'un refus du coordonnateur précédent d'accepter le principe de double signature. La période intermédiaire est mise à profit pour informer et sensibiliser les parties prenantes. Le processus d'identification se lance en juin et les premiers bénéficiaires commencent à bénéficier des services en septembre.

5.1.2.2 Respect des engagements pris par les deux parties

Globalement, les deux parties ont respecté les engagements pris dans les délais requis. A l'exception du budget de subvention de un million sous le PAMAS 2, (report 800.000) le taux d'exécution à la période de l'évaluation était excellent.

Tous les investissements matériels et les mises à disposition de locaux ont été effectués conformément au calendrier.

Tant la partie belge que sénégalaise ont respecté dans la mesure de leurs capacités leurs engagements en termes de ressources humaines. Les causes de non-respect sont liées à des causes exogènes et ont été gérées de concert, notamment : certains aléas ont retardé l'engagement de l'ATN du PAMAS II ; deux changements de direction à la tête de la CAFSP entre fin 2011 et mi-2012 ; l'absence de nomination d'un nouveau responsable délégué du projet après la promotion du responsable délégué comme coordonnateur. le

réfèrent micro-assurance santé de la CAFSP est parti à la retraite à la fin 2011 (et a intégré entre temps un poste chez ABT ASSOCIATES/USAID) ; il a été décidé en SMCL de ne pas engager de médecin-conseil au poste d'ATN et de prolonger le poste d'économiste de la santé en raison d'un pouvoir insuffisant de négociation des mutuelles et de leurs Unions.

Les budgets de fonctionnement ont été affectés conformément au calendrier.

5.1.2.3 Qualité des activités

Le PAMAS est parvenu à initier un processus de construction participative d'un modèle mutualiste, basé sur un renforcement de la représentativité des institutions mutualistes, et le soutien à un dialogue actif entre offre et demande. C'est indéniablement un atout du programme à conserver.

Toutes les activités relatives au renforcement institutionnel des institutions aux trois niveaux d'intervention ont rencontré un degré de qualité très satisfaisant.

- Les formations se sont ciblées sur les points de faiblesses des parties en présence et ont permis le développement d'une vision et compréhension commune sur le mouvement mutualiste par les acteurs de l'offre et de la demande. L'équipe d'évaluation a pu apprécier la qualité de leurs connaissances.
- Les dotations en infrastructures et équipements reflètent une vision raisonnée des besoins réels des structures pilotes et structures faitières.
- Les études ont permis de développer une meilleure connaissance du contexte. Des ateliers de partage ont systématiquement été organisés avec les parties en présence.

Les activités de concertation sont un des grands succès du PAMAS. Le PAMAS a permis de passer d'une situation où seules quelques unions peinaient à établir un dialogue, à une situation où la concertation entre offre et demande est devenue naturelle. Outre les comités de concertation et comités techniques initiés par le programme, la collaboration s'étend des activités de supervision conjointes, des processus de planification annuels conjoints, et une collaboration active sur le fonds d'équité.

Au niveau central, le PAMAS a permis d'initier le Cadre National de Concertation, qui se réunit à périodicité régulière et traite des sujets d'importance croissante. On déplore toutefois l'absence de débat autour de certaines questions stratégiques cruciales, comme les différences entre les différentes approches mutualistes coexistantes qui pourraient entraîner des frictions opérationnelles à l'avenir.

5.1.3 Efficacité

5.1.3.1 Degré d'atteinte des objectifs spécifiques, en référence aux indicateurs

Pour rappel, les objectifs spécifiques des deux volets du programme et les indicateurs relatifs étaient formulés comme suit :

Objectif spécifique	Indicateurs relatifs
PAMAS 1 : « La demande de soin est mieux structurée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, et les acteurs clés au niveau macro, méso et micro renforcés »	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence et fonctionnalité des structures mutualistes et cadres de concertation aux différents niveaux. - La couverture assurance santé (quantitatif et qualitatif) de la population dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine - La satisfaction des usagers et des prestataires par rapport au mouvement mutualiste et à l'administration sanitaire
PAMAS 2 : « Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables, en collaboration avec l'Etat et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence. »	<ul style="list-style-type: none"> - Existence et fonctionnalité des structures mutualistes selon les normes et cadres de concertation aux différents niveaux - Couverture en MAS (quantitative et qualitative) de la population dans la zone de concentration - Satisfaction des usagers et des prestataires par rapport au mouvement mutualistes et à l'administration sanitaire. - Les mécanismes de garantie et leurs structures sont fonctionnels et contribuent à la prise en charge des groupes cible et pour des risques de référence

De manière globale, les indicateurs démontrent un **bon degré d'atteinte des indicateurs de processus** :

- Les structures du mouvement mutualiste existent aux trois niveaux et sont fonctionnelles.
- L'ensemble des acteurs rencontrés au niveau de l'offre de soins et des mutuelles affiche de manière unanime une très grande satisfaction par rapport aux renforcements structurels apportés et au développement de collaborations et d'interactions concrètes entre acteurs, qui étaient auparavant inexistantes. Ceci donne également une indication de la fonctionnalité des structures.

Toutefois, la grande majorité des **indicateurs d'impact pour les mutualistes** (bénéficiaires finaux de l'objectif général) sont **globalement au même niveau** qu'au démarrage du projet :

- La couverture en micro-assurance santé est sensiblement la même qu'au démarrage du programme (pas d'augmentation notable de la base d'adhésion) ;
- Les mécanismes de garantie commencent à peine à se mettre en œuvre, avec une focalisation exclusive sur le fonds d'équité dans un premier temps

- La satisfaction des usagers, bien que non évaluée, n'a probablement pas évolué de façon notable. Si cela avait été le cas, nous pourrions en voir une traduction dans les taux d'adhésion.

Il faut apporter trois précisions à ce constat : (1) les taux d'adhésion pourraient évoluer positivement suite aux améliorations structurelles lors de la prochaine période d'inscription aux mutuelles, qui s'opèrera pour la plupart des mutuelles entre octobre et décembre 2012 ; (2) il est encore trop tôt pour évaluer les impacts du fonds d'équité, lancé à la mi-2012 ; (3) il n'est pas surprenant que les approches mutualistes prennent du temps à se traduire en augmentation de la base d'adhésion, au vu des leçons internationales en la matière.

5.1.3.2 Influence du projet ou de facteurs externes sur la réalisation des OS

La plupart des réalisations positives du programme sont attribuables au PAMAS, et à l'intérêt et la collaboration des acteurs, tant au niveau des institutions mutualistes que des institutions de l'offre. La préexistence de certains réseaux d'Unions de mutuelles (Kaolack et Kaffrine) a été un facteur facilitant et se traduit aujourd'hui dans un niveau de développement et surtout d'initiative plus avancé que dans les autres régions.

Le constat mitigé du programme en termes d'impact sur la population peut s'expliquer par une série de facteurs endogènes et exogènes détaillés ci-dessus.

Lenteur inhérente à la dynamique mutualiste. La littérature scientifique a largement documenté les difficultés à faire croître les taux d'adhésion dans les mécanismes mutualistes. Le DTF lui-même fixe l'horizon de l'engagement de la CTB à une dizaine d'années. Il n'est pas étonnant que le PAMAS n'ait pas généré d'augmentation massive, même si l'on aurait pu espérer voir déjà le début d'une croissance. Une des raisons tient probablement dans le fait que l'approche reste encore à l'heure actuelle basée sur un modèle de mutuelles communautaires, avec un début de fédération des pratiques au sein des Unions. On reste loin de mécanismes d'assurances de grande taille avec cofinancement.

Lenteur du processus décisionnel et influence des modalités de gestion. Comparativement à l'ASSRMKF, de nombreux observateurs externes (prestataires, médecins chef), ont souligné une réactivité moindre et une lenteur dans la prise de décision. Cela est notamment attribuable à l'absence d'ATI dans les régions (unité de gestion basée à Dakar et non à Kaolack comme sous l'ASSRMKF), qui contraint les ATN sur place à obtenir un feu vert pour toute question d'importance. Ceci aura été particulièrement marquant sur le PAMAS 2 où une multitude d'acteurs sont intervenus dans le processus de décision. Peu de mesures correctives ont été activées, qu'ils s'agissent d'adaptation des modalités de gestion ou de régularité de réunions de coordination internes au programme.

Qualité variable du DTF. Le DTF était de qualité variable et présentait un flou sur certaines options, particulièrement concernant le PAMAS 2. Aucun choix stratégique n'était priorisé entre fonds d'équité, assistance financière, coassurance ou réassurance. Les options étaient présentées en un seul paquet, alors qu'il s'agit de mécanismes

différents, ne présentant pas la même complexité, et nécessitant chacun des mécanismes spécifiques. Il subsistait également une incertitude quant à la nature d'une partie du fond disponible (subvention ou prêt remboursable). Tout cela a complexifié la réflexion, entraîné l'intervention de différents niveaux de décision, et ralenti l'atteinte des résultats.

Abandon temporaire du principe de cofinancement des cotisations. L'absence de soins hospitaliers dans le paquet de services des mutuelles est citée comme une des raisons majeures pour ne pas adhérer à la mutuelle, en parallèle avec une insatisfaction par rapport à la qualité des services (principalement perçue à travers les ruptures de stock de médicaments génériques). D'un point de vue stratégique, stimuler la coassurance via une subvention appropriée (pour étendre le paquet de services proposé par les mutuelles aux soins hospitaliers) était probablement l'option majeure pour augmenter la base d'adhésion. Le fonds d'équité ne change rien au paquet de services, n'augmente pas l'attractivité des mutuelles, et la première version de la stratégie limite délibérément le nombre de bénéficiaires potentiels. Sans nier les raisons ayant conduit à ce choix, il est raisonnable de penser qu'il a nuit à l'atteinte des indicateurs de résultats, particulièrement sous le PAMAS II et le résultat 4 du PAMAS I.

Périodes de renouvellement des adhésions à la mutuelle. Il est nécessaire de tempérer le degré d'atteinte des indicateurs de résultats sur les questions d'utilisation des services et d'élargissement de la base d'adhésion. En effet, la plupart des mutuelles collectent les adhésions de leurs membres sur la période d'octobre à décembre. Il est donc possible que les renforcements structurels fournis par le projet se traduisent en augmentation de la base d'adhésion (et en conséquence, de la fréquentation) dans les mois suivant l'évaluation finale.

Qualité des services et approvisionnement en médicaments. Les dysfonctionnements de l'approvisionnement en médicaments impactent nettement sur la qualité perçue par la population, l'attractivité des mutuelles, et le respect par les prestataires des conventions signées avec les mutuelles. Ceci est notamment lié à des facteurs exogènes, liés aux déficiences de toute la chaîne d'approvisionnement.

5.1.3.3 Réponse du projet aux problèmes, besoins et priorités des bénéficiaires

Le PAMAS a apporté une **réponse appropriée aux besoins de l'ensemble des bénéficiaires « institutionnels »**. La mission d'évaluation a permis de constater un niveau très satisfaisant de compréhension des mécanismes mutualistes et de leur intérêt dans le rapport chez l'ensemble des acteurs, tant de l'offre que de la demande. Ils déclarent une

Cela dépasse le cadre même du PAMAS : certaines unions de mutuelles ont entrepris la conception de produits propres à leur union en concertation avec l'ensemble de leurs mutuelles ; plusieurs équipes cadre de région et de district invitent les unions à des activités sortant du strict cadre mutualiste, telles les revues et planification annuelles.

Par contre, le PAMAS n'est **pas encore parvenu à apporter de réponses aux populations des régions concernées**, (bénéficiaires finaux du programme visés par

l'objectif général), à l'exception du lancement du fonds d'équité mi-2012. De même, toute la fonction de représentation des intérêts de la demande (relevé de cas critiques) auprès des structures sanitaires est restée au point mort.

5.1.3.4 Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux résultats du projet

Le même constat s'applique en termes de satisfaction.

L'ensemble des acteurs « institutionnels » ont une vision unanimement positive des apports du PAMAS. Les principaux points mis en avant aux niveaux méso et micro portent sur le relèvement de l'infrastructure et de l'équipement, la qualité des formations, la dynamique de concertation entre institutions de l'offre et de la demande, et l'accroissement de la visibilité des mutuelles. Le niveau central insiste plus sur les questions d'harmonisation des outils et procédures, de renforcement et visibilité de la CAFSP, et des possibilités d'extension des approches à l'échelle nationale.

Ils posent un regard positif sur les potentialités d'extension de la couverture mutualiste en termes numériques. Les principales attentes par rapport aux programmes futurs portent sur une extension du paquet de service offert par les mutuelles, une amélioration de la qualité de l'offre (particulièrement en termes d'approvisionnement en médicaments) et un soutien sur les activités de sensibilisation et communication. Toutes convergent vers un objectif de croissance de la base d'adhésion, pour laquelle les appuis institutionnels opérés sont vus comme une condition nécessaire.

La satisfaction des usagers se traduit elle dans les chiffres d'adhésion. Si la mutuelle est plus visible et probablement mieux comprise aujourd'hui, elle n'en est pas plus attractive. A noter que la mission d'évaluation n'a permis de rencontrer que quelques membres de la population.

5.1.4 Durabilité

5.1.4.1 Contribution du projet à la durabilité de l'intervention

Au niveau opérationnel, la durabilité de l'intervention tient essentiellement dans sa prolongation (et extension) au sein du PAODES. Sans cela, elle serait très fortement compromise. Ce besoin d'extension figure clairement dans le DTF, qui insiste sur le besoin d'un investissement de la coopération belge plus long que la seule durée du projet PAMAS.

Les avancées sectorielles, techniques, institutionnelles et organisationnelles sont indéniables. Les **institutions sont fonctionnelles à tous les niveaux**, et montrent un bon degré d'appropriation par les acteurs nationaux comme démontré en 5.1.3. Tous les aspects méthodologiques sont acquis et maîtrisés (harmonisation des indicateurs, outils de suivi-évaluation, etc.). La **mise en œuvre reste cependant encore dépendante** de financements externes (frais de réunions, de déplacements, per diem, renouvellement des équipements informatiques, etc.) qu'il faudra très probablement poursuivre sous le PAODES. A noter que la maintenance de certains outils et activité demandera également des financements. On pense notamment à l'extension à d'autres régions de la

cartographie numérisée.

Au niveau social et d'impact sur les populations, le constat est plus mitigé. Comme on le sait, la base d'adhésion a stagné tout au long du programme. Il sera essentiel d'investir sous le PAODES sur **l'élargissement du paquet de service** et le **renforcement de la qualité de l'offre** pour atteindre une extension de la base d'adhésion et de la protection contre le risque maladie.

5.1.4.2 Capacité des intéressés à assurer la continuation des activités

Sous la réserve de financements externes (voir ci-dessus), les acteurs de la mutualité aux différents échelons montrent une bonne maîtrise des thématiques et outils pour poursuivre l'activité.

Au niveau central, la **CAFSP** apparaît maintenant à l'échelle nationale comme le **leader sur les questions d'assurance maladie et de protection sanitaire**. Plusieurs indicateurs permettent de l'affirmer : harmonisation des outils, progressivement extensible à l'échelle nationale ; tenue régulière du CNC et croissance stratégique des sujets qui y sont discutés ; rédaction de décrets présidentiels ; invitation à des fora externes (socle de protection sociale) ; intérêt généralisé pour la cartographie numérisée. Le principal risque en termes de durabilité tient en la **capacité de la CAFSP à conserver un pool de Ressources Humaines qualifié dans le domaine et adéquat**. Les changements successifs au poste de direction (trois directeurs successifs sur les 12 derniers mois) pose également question. La transformation de la CAFSP en CACMU sans que ses missions soient précisés jusqu'à ce jour peut poser des problèmes dans le court et moyen terme

Les **ECR et ECD** ont acquis une bien meilleure **compréhension des principes mutualistes et de l'intérêt d'une action conjuguée** avec la demande de soins. La dotation par l'Etat d'un Point Focal mutuelles de santé dans chaque ECR est un excellent signe dans l'engagement des équipes cadres sur le dialogue, dont la continuité de demandera pas de financement externe. La collaboration se manifeste également dans des **événements échappant à l'influence directe du PAMAS** (suivi-évaluation, formation, autres), tel la participation des UM (pour les ECR) et des mutuelles (pour les ECD) aux événements de planification des activités sanitaires.

Les **Unions Régionales et mutuelles** démontrent aussi une capacité accrue de maintenir leurs activités. **Certaines Unions** montrent une **excellente maîtrise** de la logique mutualiste (souvent développée avant le PAMAS), et prennent désormais des **initiatives** qui n'étaient pas directement dictées par le programme (projet autonome d'extension du paquet de service au niveau hospitalier, prise de leadership sur la coordination des supervisions). Il s'agit cependant principalement des Unions anciennes, telles que Kaolack ou Kaffrine, les autres devraient sans doute encore bénéficier d'un support plus appuyé. Au niveau des **mutuelles**, le niveau est inévitablement **plus variable en raison de compétences moindres** : le remplissage des indicateurs demande un accompagnement des UM, les connaissances informatiques sont souvent basiques, les capacités d'analyse et de négociation sont faibles. C'est cependant

parfaitement logique au vu de l'ancrage des mutuelles dans un environnement principalement villageois, et est **compensé par un accompagnement de proximité par les UM** dans l'architecture de l'approche.

5.1.4.3 Adéquation des efforts de capacity building à la durabilité du projet

Les efforts de capacity building ont pris plusieurs formes et ont été adaptés au niveau des différents interlocuteurs. Les médecins chefs de régions, de districts et de centres de santé ont été formés en Belgique et au Sénégal. Les Présidents d'unions régionales et leurs équipes ainsi que les points focaux mutuelles ont pris part à diverses formations et universités d'été sur la mutualité, l'économie sociale et solidaire, l'entreprenariat social. Ces renforcements de capacités ont été extrêmement appréciés par les acteurs qui les ont souvent cités. La première année du projet montrait l'urgence de former les prestataires à la mutualité.

La formation était nécessaire pour l'acquisition de compétence, particulièrement pour les équipes cadres de région, les équipes cadres de districts et les gestionnaires de mutuelles locales qui manquaient des bases techniques nécessaires.

En ce sens, les formations s'avèrent avoir été une condition nécessaire au développement d'un dialogue entre institutions de l'offre et institutions mutualistes.

5.1.4.4 Maîtrise par les bénéficiaires des solutions et approches proposées

Les principes mutualistes sont compris et intégrés dans les démarches de travail et les institutions. Les outils sont en place et opérationnels. La promotion de la mutualité doit commencer par le renforcement de ses conditions d'attractivité (paquet de service, qualité des soins). La sensibilisation peut intervenir comme stimulant pour l'adhésion d'un grand nombre de mutualistes et le renforcement de la solidarité. Le développement de mutuelles socio-professionnelles est une option additionnelle en parallèle à l'accompagnement des mutuelles communautaires vers des assurances-santé de grande taille.

Les bénéficiaires des mutuelles semblent avoir accepté l'intégration des indigents dans les mutuelles et leur prise en charge par le fonds d'équité. Il est tôt de se prononcer sur la durabilité de cette expérience émergente. La contribution des communautés et des collectivités locales aux processus de formulation et d'identification du fonds d'équité donne une indication positive du support que les programmes d'assistance sociale peuvent attendre des acteurs locaux. Il serait possible d'imaginer des systèmes de cofinancement partiel au niveau local pouvant aider à raffermir leurs liens de solidarité qui s'effritent à mesure que les conditions de vie se durcissent et que les liens d'interconnaissance se distendent. Il faudra toutefois rester réaliste sur les capacités de captation de ressources et ne pas dépasser les capacités de mobilisation des acteurs locaux.

De même, les Unions régionales de mutuelles pourraient explorer d'autres sources de sponsoring notamment auprès des collectivités locales, du secteur privé local et des

ressortissants de leurs collectivités.

5.1.5 Cohérence

5.1.5.1 Cohérence avec des projets avec objectifs similaires soutenus par la Belgique

Le PAMAS a consolidé des initiatives prises par le projet précédent de la CTB ASSMRKF notamment AMEL, assurance maladie élève qui est une expérience nouvelle porteuse d'une inclusivité des enfants et de leur protection.

L'équipe du PAMAS a expérimenté un accompagnement de proximité qui rend possible une capitalisation d'expérience dans l'analyse de la demande. Ce transfert vers le PAODES Demande faciliterait un meilleur positionnement de l'articulation offre–demande. Elle a également préparé les réponses méthodologiques pour adresser la demande de soins.

Par contre, **il n'y a pas eu de liens suffisants avec les autres programmes soutenus par la CTB**. La coordination entre PAODES, PAGOSAN et PAMAS avait été placée sous la responsabilité du PAODES. En pratique, il n'y a eu que peu de rencontres avec le PAODES, et le transfert d'activités sous son volet demande n'est pas encore anticipé. Le même constat s'applique concernant le PAGOSAN. Les équipes du PAMAS ont cherché à créer des synergies avec le PEPAM et le PAMIF, avortées en raison de différences d'agenda (la coordination avec le PAMAS n'était pas inscrite à leur DTF – rédigé précédemment) et concernant le PAMIF, de changements législatifs réduisant drastiquement les opportunités de couplage MAS/MIF.

A noter que ces défauts de coordination ont des causes multiples et ne peuvent être imputables au PAMAS seul. Ils sont largement dépendants du rôle de coordination assuré par la représentation et de la proactivité des acteurs des autres programmes dans les fonctions de coordination.

5.1.5.2 Cohérence avec d'autres projets de la zone de concentration soutenus par la Belgique

L'articulation avec les autres programmes touchant aux mutuelles de santé est un des points faibles du PAMAS.

Le projet Abt Associates/USAID est présent depuis un an dans les régions couvertes par le PAMAS et le PAODES avec un programme de support aux mutuelles de santé basé sur le DECAM. Une collaboration existe entre les deux projets. Un effort de concertation est réalisé entre les deux programmes via la participation au niveau local dans les cadres régionaux de concertation et la coexistence des deux approches au sein de la CAFSP au niveau central.

La mission d'évaluation relève cependant un potentiel risque de disharmonie et de conflit futur entre les deux approches. Cela se manifeste particulièrement au stade actuel sur les organes de coordination au niveau régional. Un acquis du PAMAS tient en la dynamisation des Unions Régionales, qui affichent aujourd'hui un niveau de capacité satisfaisant et une bonne connexion avec l'ensemble des intervenants (régions

médicales, mutuelles, collectivités locales). Le DECAM prévoit la création d'Unions Départementales avec des mandats similaires aux Unions Régionales. A terme, la coexistence de deux Unions à des échelons différents travaillant sur le support, l'harmonisation et la supervision des mêmes mutuelles pourrait générer un conflit de compétence. Cela pourrait menacer à terme la viabilité des acquis au niveau des unions régionales, le DECAM étant une des approches prônées dans la SNECRM par le gouvernement sénégalais (sans qu'il y ait réellement d'expériences opérationnelles sur le sujet).

Le problème s'est posé plus fortement sur la dernière année du projet avec l'arrivée prochaine du PAODES demande. Le sujet a régulièrement été abordé par l'équipe du PAMAS avec l'ensemble des acteurs depuis le démarrage du PAODES début 2012. Plusieurs questions se posent à ce sujet :

- Le concept de BRASU renforce l'approche top-down via une professionnalisation et une remise en question du volontariat de l'adhésion. Au niveau conceptuel donc, l'approche est à l'opposé du modèle prôné par le DECAM, ce qui est probablement la cause majeure de frictions potentielles ;
- Les BRASU ont la responsabilité de coordonner l'action d'antennes de district et locales. Cela questionne le développement bottom-up induit par le DECAM et pourrait placer tout organe à ce niveau (y inclus les unions départementales du DECAM) sous leur responsabilité.
- L'ancrage des BRASU pose question. Devrait-on les placer en appui aux régions médicales (répondant ainsi de manière décentralisée au leadership de la CAFSP) ou en appui des Unions de Mutuelles (en vue de renforcer leur mandat et redevabilité vis-à-vis des populations bénéficiaire) ? Le DTF du PAODES pencherait plutôt pour un soutien aux UM, mais cela pose une question d'acceptabilité politique
- Un grand nombre d'études ont été prévues afin d'arriver à l'opérationnalisation des BRASU. Le DTF en mentionne huit. Cela risque de retarder la mise en œuvre effective des BRASU (uniquement à partir de la troisième année du PAODES selon le DTF). Les délais de conception qu'a connu le PAMAS sur le fonds d'équité peuvent servir d'exemple à ce sujet, et laisser penser que les délais de mise en œuvre pourraient être encore plus longs. Il pourrait être préférable de limiter le nombre d'études, et de préférer une approche de « learning by doing » avec une stratégie de capitalisation cohérente pour adapter la stratégie de mise en œuvre au fur et à mesure, comme cela est prévu pour le fonds d'équité.
- Le ciblage géographique restera limité sur la durée du PAODES. Les BRASU sont une approche pilote demandant un temps d'apprentissage, ce qui est clairement mis en évidence dans le DTF. Cela semble nécessaire d'un point de vue technique, mais peut être perçu comme nuisant à l'universalité du développement mutualiste à l'échelle nationale pour les autorités politiques.

Ces préoccupations ont été discutées à plusieurs reprises par les équipes du PAMAS au

niveau régional et particulièrement au niveau central (atelier d'harmonisation du DECAM, débat au sein de la CAFSP sur la note conceptuelle du DECAM, etc.). Elles n'ont pas encore trouvé de solution. Il est nécessaire de poursuivre un dialogue technique visant à l'harmonisation et la complémentarité des deux approches au niveau central, qui devra se traduire dans les orientations opérationnelles au niveau régional.

Ce risque peut être évité si la région médicale ou ce qu'il en tiendra lieu dans le futur reste le lieu d'harmonisation des interventions et que les cadres de concertation permettent d'organiser la cohérence des interventions. La CAFSP ou CACMU devrait veiller à assurer la cohérence future des interventions.

World Vision a été présent sur la durée du PAMAS dans la région de Kaffrine. Leur soutien aux mutuelles tient surtout dans un parrainage des cotisations d'enfants. Leur retrait au courant de 2012 se traduit par une baisse des cotisations (non reprises par les familles des enfants) dans les mutuelles concernées et donc, une menace (modérée) à leur viabilité. World Vision n'a pas entamé de réel dialogue à ce sujet, ni entamé d'action préventive. Le PAMAS n'a pas mené d'autres actions préventives, en raison notamment d'un désaccord sur le concept de subvention intégrale des cotisations induit par le programme supporté par World Vision.

D'autres intervenants comme World Vision ont favorisé l'insertion des enfants qu'ils parrainent dans les mutuelles. Il reste à planifier le dépérissement de leur action de subvention des enfants parrainés et la soutenabilité pour les mutuelles ou les familles adhérentes des mutuelles de l'enrôlement continu quelques soient les tranches d'âge des enfants concernées par le parrainage.

5.1.5.3 Pistes d'intégration avec le volet demande du PAODES

Si les résultats de terrain au plan institutionnel et dans la capacité des dirigeants des mutuelles favorisent la cohérence, il reste à organiser la mise en synergie des équipes du PAMAS et celles du PAODES pour que l'expérience mise au point par le PAMAS soit mise à profit pour éviter des ruptures dans la chaîne de transmission de connaissances et de bonnes pratiques.

Les deux mois qui restent à la clôture du PAMAS devraient être mis à contribution pour systématiser l'expérience du PAMAS et organiser le transfert au PAODES en particulier sous son volet Demande.

Les pistes d'intégration entre PAMAS et PAODES doivent mettre maintenant l'accent sur le transfert de bénéficiaires et l'attractivité des mutuelles pour les populations vers un objectif de mutuelles de grande taille, tout en maintenant les efforts structurels et institutionnels réalisés par le PAMAS. Cela implique notamment les actions suivantes :

- Mettre en place des systèmes de cofinancement de la cotisation des mutualistes pour étendre le paquet de services aux soins hospitaliers, comme prévu sous le résultat 8 du PAODES et induit par le principe de coassurance figurant au PAMAS.

- Renforcer la qualité de l'offre de soins, particulièrement concernant la régularité de l'approvisionnement en médicaments
- Elargissement du Fonds d'équité à un nombre plus important de bénéficiaires. Ceci fera l'objet de discussions avec la mission de suivi scientifique lors de la prochaine mission planifiée en janvier 2013
- Assouplissement du ciblage des indigents pour tenir compte de la dynamique des phénomènes d'appauvrissement (pauvreté chronique), par exemple via des mécanismes d'identification au moment où le patient se présente à la structure sanitaire en coordination avec les mutuelles et les prestataires.
- Articulation entre Fonds d'équité et Fonds de solidarité Santé annoncé par l'Etat du Sénégal.
- Dialogue entre demande et offre : accroissement des plateaux techniques en relation avec la régionalisation de la gouvernance santé ; poursuivre la tenue régulière de comités techniques ; envisager l'intégration de l'offre privée dans la planification régionale et la gestion des données santé.
- Mise en place de système d'alerte sur les risques de rupture de médicaments dans les régions : gestion harmonisée des stocks des régions concernées, planification des approvisionnements en médicaments, mise en place de réserves des régions centres en médicaments et produits stratégiques.
- Tarification maîtrisée et mise en place de sentinelles de surveillance des tarifs.
- Renseignement décentralisé de la cartographie et sa mise à l'échelle nationale par la CACMU.
- Animation des cadres de concertation.

5.1.6 Impact

5.1.6.1 Effets ressentis par les bénéficiaires, institutions des partenaires et groupes non-ciblés

L'appréciation est globalement très positive par l'ensemble des acteurs ayant bénéficié des appuis institutionnels à tous les échelons (CAFSP, ECR, ECD, UM, MAS)

Il est plus que probable que les effets ressentis par les populations soient minimes, si ce n'est au niveau de la visibilité des mutuelles de santé. Mais il ne s'est pas traduit en adhésion. C'est à poursuivre sous le PAODES.

5.1.6.2 Nature des changements et relation avec la présence du projet

- L'appui en infrastructure est le premier élément cité. Il a été nécessaire dans la grosse majorité des cas compte tenu de la faiblesse en infrastructures (inexistence ou délabrement de sièges de mutuelles, matériel informatique et bureautique inexistant ou vétuste). Il y a probablement un peu trop de focalisation

sur ce point dans l'esprit des contreparties, mais cela était indéniablement nécessaire à la fonctionnalité des institutions. Par contre, la durabilité de certains de ces supports est forcément en question (véhicule, parc informatique)

- Les formations sont le deuxième élément cité. Elles sont positives et durables. Elles se traduisent dans l'acquisition de compétences (maîtrise de la mutualité, collecte de données, suivi et supervision, compétences informatiques) et ont permis l'émergence d'un dialogue offre – demande aux différents échelons du programme qui était inexistant auparavant. A noter que ce dialogue ne s'est toujours pas étendu à des négociations sur l'offre de service et la survenance de cas critiques en raison principalement du faible poids des mutuelles dans la fréquentation des services de santé.
- L'appui au développement du dialogue entre offre et demande est aujourd'hui institutionnalisé. La mise en place de cadres de concertation et d'échanges à diverses échelles est notoire.
- L'adhésion des prestataires aux principes de la mutualité est quasi générale. Il faudra voir à l'avenir s'il peut se traduire en des négociations constructives en faveur des patients.
- L'institutionnalisation de la démarche mutualiste dans les structures institutionnelles de santé et de protection sociale se matérialise par la désignation de points focaux dans les districts et régions médicales.
- L'harmonisation des indicateurs et des outils de collecte de données permet une vision uniforme de l'activité des mutuelles qui était impossible auparavant et a facilité la cartographie numérisée. Elle a un potentiel d'extension au niveau national. Il faudra veiller à trouver des modalités de mise à jour qui soient acceptables pour les acteurs en charge (unions de mutuelles, éventuellement collectivités locales) en fonction de leur charge de travail pour permettre un suivi régulier. .
- Des initiatives propres sont développées par les acteurs régionaux, qui apparaissent comme autant d'externalités positives du PAMAS et des preuves d'appropriation par les acteurs : invitation des instances mutualistes aux réunions de planification sanitaire, gestion autonome des supervisions par les Unions de mutuelles, développement autonome de stratégies.
- Le fonds d'équité a permis d'introduire de manière concrète la question de l'équité en santé face aux plus démunis. Elle est considérée comme un exemple de mise en œuvre tangible dans le cadre du futur FNSS. Elle a également été l'occasion de tester en situation réelle l'implication des acteurs, qui se révèle très satisfaisante. Le rapprochement institutionnel initié par le PAMAS y joue probablement un rôle important.
- L'accroissement de la base d'adhésion et de la protection des populations face au risque maladie est encore insuffisant. De même, le projet n'est pas parvenu à stimuler le développement de mutuelles de grande taille même si certaines

approches comme l'AMEL ont connu une progression favorable.

- Le report du système de coassurance pour accroître l'offre de services des mutuelles (inclus dans les quatre orientations du fonds de garantie dans le DTF) est probablement un facteur explicatif du faible impact du PAMAS sur l'accroissement des bases d'adhésion.
- Le PAMAS n'a pas suffisamment stimulé l'émergence d'approches innovantes autres que celles préexistantes (AMEL, taxation sur l'eau, tarification forfaitaire, etc.). Certaines approches d'adhésions groupées ont été envisagées (ex : champs collectifs) sans s'être traduites en réalisations concrètes sur la durée du programme.

5.1.6.3 Perception uniforme des changements induits par les parties prenantes

On observe un large consensus sur les changements induits y compris au niveau d'observateurs externes, notamment les responsables de l'action Sociale au niveau des collectivités locales. Il y a également une conscience partagée sur l'insuffisance de l'enrôlement des populations et de leur maintien dans les mutuelles. Les solutions envisagées tablent souvent sur un défaut de sensibilisation des populations, alors que le PAMAS a largement investi sur ce sujet. Le problème se situe probablement plus sur le fait que les services proposés ne correspondent pas à leurs attentes (pas d'accès à l'hôpital, ruptures de médicaments, autres). Il est urgent de donner des gages à la population à ce sujet via un accroissement du paquet de services et une amélioration de la qualité des soins.

5.1.6.4 Contribution des changements à la réalisation de l'objectif global

La contribution des changements à la réalisation de l'objectif global reste modeste à l'heure actuelle. D'après les indications que l'équipe d'évaluation a pu collecter, il ne semble pas qu'il y ait eu d'augmentation notable du nombre d'adhérent ni de leur accès aux soins, si ce n'est sous le programme de l'AMEL. Les données générées actuellement par les UM ne permettent pas d'être plus précis (pas de tableau de compilation des données, et absence de données sanitaires)

Cette situation nécessite impérativement une approche plurielle sous le PAODES pour l'amélioration de l'attractivité des mutuelles : cofinancement, extension au niveau hospitalier, renforcement de la qualité de l'offre.

L'une des rares avancées pour les bénéficiaires demeure la création du fonds d'équité. Mais, il est encore trop tôt pour évaluer l'impact. La stratégie de documentation continue de la mise en œuvre du fonds d'équité est parfaitement cohérente à ce sujet et devrait faciliter tant l'extension de l'approche dans les zones de concentration du PAODES que la réplication et adaptation du modèle dans d'autres régions du Sénégal.

5.2 Thèmes transversaux

5.2.1 Egalité entre femmes et hommes

5.2.1.1 Balance de genre dans les institutions mutualistes

Le PAMAS a surveillé le processus décisionnel au sein des unions de mutuelles et dans les mutuelles pour promouvoir la participation effective des femmes dans la gouvernance. D'après les informations collectées, le nombre de femmes dans les instances de décision se serait accru, sans que l'on dispose d'indication plus précise à ce sujet (ex : synthèse de la composition des instances par genre). Trois mutuelles (Kaolack, Mboss, Dinguiraye) ont une présidente femme alors qu'habituellement les femmes n'accédaient au mieux qu'à la fonction de trésorière. Une des unions régionales est dirigée par une femme (Kaolack). Trois élus locaux (municipales et Communautés rurales) proviennent des mutuelles durant les dernières élections locales de 2009.

5.2.1.2 Intégration du genre dans les statistiques des mutuelles

Le PAMAS a initié une distinction par genre dans les données statistiques et financières des mutuelles alors qu'initialement les statistiques n'étaient pas désagrégées selon le genre. Ceci se reflète également dans les indicateurs collectés.

5.2.1.3 Sensibilisation aux problématiques de genre

Des renforcements de capacité en genre et des sessions de formation pour promouvoir l'approche genre ont été organisées par le PAMAS, pour intégrer la question dans les stratégies et modalités de gouvernance mises en œuvre dans les institutions mutualistes.

5.2.2 Environnement

5.2.2.1 Amélioration de l'environnement des mutuelles

Dans les sièges des mutuelles construites grâce au soutien du PAMAS, des arbres ont été plantés par les populations. Les arbres sont protégés par des clôtures qui facilitent leur croissance.

5.2.2.2 Projets de champs collectifs

Le projet de cotisation groupée via d'exploitation commune d'un champ collectif s'appuie sur l'exploitation responsable de ressources naturelles communes. De même, les activités génératrices de revenus initiées par certaines mutuelles locales ont valorisé la transformation des produits locaux dans les communautés. A noter que ni l'un ni l'autre ne sont réellement des résultats du projet, mais plus des éléments du contexte.

5.2.2.3 Promotion d'une utilisation rationnelle de l'énergie

Des extraits de consignes de rationalisation d'énergie sont affichés systématiquement sur les murs des bureaux et les renseignements pris auprès du personnel montre que ces éléments de charte sont respectés. Il y a également moins d'impression et le papier est le plus souvent recyclé à l'impression de drafts.

5.2.3 Economie sociale

5.2.3.1 Fonction d'économie sociale des mutuelles de santé

Les mutuelles ont une fonction d'utilité sociale. Elles contribuent au développement de la socialité et renforce la convivialité et la cohésion sociale.

5.2.3.2 Renforcement de la solidarité interpersonnelle

Les mutuelles ont une dimension économique qui rend possible la solidarité au sein des communautés.

5.2.3.3 Expression des attentes de la population

La mutualité favorise l'expression de nouvelles formes de démocratie locale et de citoyenneté active. Les unions régionales de mutuelles deviennent des espaces dynamiques de la participation à la co-production des politiques régionales de santé et d'actions sociales.

5.2.4 Droits des enfants

5.2.4.1 Assurance Maladie Elève

L'un des succès du PAMAS est d'avoir poursuivi l'appui à la mutuelle des élèves qui s'est accrue et a fortement aidé au maintien des enfants dans les écoles et à l'amélioration du taux de réussite scolaire dans les régions concernées.

5.2.4.2 Education et prévention sanitaire pour les enfants

Les mutuelles sont des cadres d'éducation à la santé et d'apprentissage de la prévention pour les familles et leurs enfants. Des pharmacies scolaires ont été installées dans toutes les écoles appuyant l'AMEL ;

5.2.4.3 Promotion de la santé maternelle et infantile

L'adhésion à une mutuelle peut rapprocher les femmes des services de santé, et ainsi favoriser leur accès aux consultations prénatales et post natales, à l'accouchement assistés et au traitement précoce des maladies des enfants.

5.3 Critères-HARMO

5.3.1 Harmonisation

5.3.1.1 Existence et fonctionnalité d'un cadre d'échange et de concertation

Des cadres de concertation sont établis à plusieurs niveaux : national, régional et district. Il existe un Cadre National de Concertation, en collaboration avec les principaux PTF impliqués sur le sujet de la micro-assurance santé. Il est devenu au fil du programme l'organe majeur de concertation au sujet des mutuelles de santé. Il offre une vitrine aux approches PAMAS, mais permet également des discussions techniques sur un ensemble d'autres initiatives. Les Cadres Régionaux de Concertation ont été mis en place et sont devenus des creusets d'échanges entre partenaires autour des régions médicales et des districts de santé.

Si les cadres de concertation ont engendré des gains indéniables sur le rapprochement entre offre de demande de soins, il semble cependant que certaines questions stratégiques majeures touchant à l'articulation entre PTF n'y soient pas suffisamment abordées, que ce soit au niveau national ou régional.

Il est surprenant que les risques potentiels sur la viabilité des programmes liés à la coexistence de différentes approches mutualistes au sein de la CAFSP n'aient pas été abordés plus tôt. Ils nécessiteraient l'engagement de discussions techniques et possiblement de missions conjointes entre les partenaires des approches (CTB d'un côté, Abt Associates et OMS de l'autre) pour progresser vers une vision complémentaire des approches, et adaptées aux réalités spécifiques des contextes de mise en œuvre (ex : préexistence d'unions régionales relativement fonctionnelles sur les zones d'intervention du PAMAS).

Dans une moindre mesure, le PAMAS a attiré l'attention sur le retrait du programme de World Vision de parrainage des cotisations d'enfants et ses conséquences sur les bases d'adhésion des mutuelles concernées. Même si peu de solutions étaient envisageables, en dehors d'une reprise des subventions (pas à l'agenda du PAMAS), le point aurait dû être discuté et anticipé dans les fora de concertation.

Il faut également noter que les cadres de concertation n'ont pas encore permis de mettre sur la table certains points stratégiques notamment l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ou la rupture de l'approvisionnement en médicaments qui contribuent à menacer l'attractivité des mutuelles.

5.3.1.2 Points focaux mutuelles au sein des Régions Médicales

Des points focaux mutuelles ont été désignés par le ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans chaque Région Médicale et dans certaines équipes cadres de district. Ils sont en charge de l'intégration de la mutualité dans la gestion de la santé et de l'action sociale, en collaboration étroite avec les instances mutualistes, les services sociaux et les partenaires supportant les approches.

5.3.2 Alignement

5.3.2.1 Alignement sur les stratégies de développement nationales

Le PAMAS joue un rôle pionnier dans l'assurance maladie dans quatre régions comparables dans la zone centre du Sénégal. Le Gouvernement vient de s'engager à faire de la couverture maladie universelle sa principale priorité dans le domaine de la santé, tel qu'affirmé dans le discours d'investiture du Président et dans les Concertations Nationales Santé lancées à son initiative. Le PAMAS constitue un laboratoire social et institutionnel permettant d'alimenter la stratégie nationale donnant la priorité à la demande de soins.

Le fonds d'équité mis en place par PAMAS II pourrait préfigurer certaines composantes de l'initiative de Fonds National de Solidarité Santé annoncé par le Gouvernement pour développer une stratégie nationale inclusive des indigents.

5.3.2.2 Alignement sur les systèmes et procédures nationales

Les procédés de passation de marché s'alignent sur le Code de marché du Sénégal. L'audit a été fait récemment en mars-avril 2012 par un Cabinet basé à Dakar. La gestion des ressources humaines s'organise selon la réglementation du Sénégal pour le personnel local. Les critères de suivi-évaluation sont définis d'un commun accord avec la CAFSP. Par contre, le PAMAS continue à utiliser le système de comptabilité et de rapportage de la CTB, conformément aux exigences de la cogestion.

5.3.2.3 Renforcement des capacités de gestion

Le PAMAS a eu un effet positif indéniable sur le suivi-évaluation et de rapportage via l'harmonisation des indicateurs et outils de collecte d'information et les formations prodiguées et cet effet. Ces indicateurs et outils sont appropriés et gérés par les acteurs nationaux aux trois niveaux. Même si de sérieuses améliorations doivent encore être apportées (principalement complétude, qualité du remplissage, tableau de synthèse et de compilation) il est unanimement reconnu que les zones d'intervention délivrent aujourd'hui une information qu'il était impossible d'espérer auparavant, en raison d'un cadre d'indicateurs et des modalités de suivi trop faibles. Ceci pourrait préfigurer un cadre national géré par la CAFSP. Il serait également souhaitable d'intégrer certaines de ces indicateurs au système d'information sanitaire, une fois que le système sera réactivé.

Les formations, ateliers et universités d'été ont renforcé les capacités des ressources humaines sur différents sujets impactant sur l'atteinte des résultats : principes mutualistes, capacités informatiques, questions de genre, etc.

Par ailleurs, l'ensemble des stratégies a été construit de manière participative, offrant une opportunité supplémentaire d'apprentissage et de renforcement pour les participants.

Sur plusieurs sujets, les procédures de passation de marché ont été gérées directement par le partenaire, avec au besoin le support du personnel CTB.

5.3.2.4 Alignement de la direction et du personnel

L'ensemble du personnel s'est conformé aux stratégies, systèmes et procédures en vigueur au Sénégal. Cela était facilité par la proximité et l'ancrage dans les institutions nationales et dans la CAFSP en particulier.

5.3.3 Gestion axée sur les résultats de développement

5.3.3.1 Focalisation des deux partenaires et du dialogue sur les résultats dans toutes les phases du projet

Le monitoring de l'intervention du PAMAS est coordonné par la CAFSP du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Le PAMAS est logé dans la CAFSP et le management se fait conjointement entre le responsable et le coresponsable du projet (Directeur de la CAFSP et ATI du PAMAS).

Le planning du PAMAS est intégré dans le plan d'action de la CAFSP, ils partagent donc la recherche de résultats communs. Les indicateurs sont suivis régulièrement et partagés au rythme des visites de terrain, réunions, évaluations, missions d'appui et rapports périodiques.

Le planning des activités est ascendante : des mutuelles aux unions régionales sous l'accompagnement des Régions médicales avec un appui fort des médecins chefs régionaux et de districts médicaux ; et des Comités Régionaux de Concertation au Cadre National de Concertation.

Les résultats du PAMAS sont partagés avec certaines autres divisions du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et acteurs de développement grâce à des forums comme le Cadre National de Concertation et renforcés par des outils initiés par le programme comme la cartographie numérisée qui s'élargit à deux autres régions (Dakar et Thiès) et que la CAFSP envisage d'étendre à toutes les régions.

Le PAMAS a produit de bons résultats sur tout le renforcement structurel et institutionnel, ce qui est perçu comme une condition pour l'extension de la couverture assurantielle et de la protection contre le risque maladie. Le suivi a porté tant sur des indicateurs de processus (ex : développement institutionnel) que d'impact pour les bénéficiaires (ex : taux d'adhésion), matérialisés pour ces derniers dans l'harmonisation des indicateurs et leur intégration dans la cartographie numérisée.

5.3.3.2 Coordination par la CAFSP des efforts de monitoring et évaluation

L'ancrage au sein de la CAFSP donne à cette dernière le leadership formel sur toutes les activités de monitoring et évaluation. Le fait que les supervisions de mutuelles soient désormais coordonnées par les Unions de Mutuelles en collaboration avec les Régions Médicales donne un bon indicateur du degré d'appropriation des procédures par les instances nationales.

Des avancées supplémentaires pourront voir le jour à l'avenir via l'harmonisation des indicateurs à l'échelle nationale. Un format standard de synthèse est encore nécessaire pour permettre la compilation. La cartographie numérisée et l'attrait qu'elle exerce pour les partenaires pourraient jouer un rôle à cet effet. Cela dépend toutefois encore d'un effort d'harmonisation à opérer par la CAFSP entre les approches supportées par les PTF.

5.3.4 Responsabilité mutuelle

5.3.4.1 Information transparente, compréhensible et régulière sur les avancées de l'intervention

Le programme a systématiquement fourni les informations nécessaires à l'appréciation de l'évolution du PAMAS tout au long du projet. Cela a pris la forme de rapport d'activités réguliers (trimestriels et annuels) basés sur le degré d'atteinte du Cadre Logique et les niveaux de décaissement. Les résultats des visites d'appui perlé, l'évaluation à mi-parcours et autres visites de supports ont systématiquement été partagés.

Le Comité Technique Régional réunit les partenaires clés du PAMAS pour analyser les rapports trimestriels et les décisions techniques à prendre par l'équipe opérationnelle. Les réunions du Comité Technique permettent de préparer les décisions à soumettre à la Structure Mixte de Concertation Locale.

Par ailleurs, le PAMAS a également organisé de manière systématique des ateliers de réflexion, partage et analyse avec l'ensemble des partenaires sur le terrain (acteurs de l'offre, de la demande, collectivités locales), sur les études menées et les stratégies de mise en œuvre envisagées.

5.3.4.2 Rapportage par les structures partenaires des réalisations du projet auprès des autorités nationales, locales et aux bénéficiaires

Le PAMAS a fortement contribué à rendre plus visible l'assurance maladie universelle, devenue l'option de l'Etat sénégalais. Il a mis l'accent sur la régionalisation de l'organisation des mutuelles afin de favoriser une émulation réciproque entre les quatre régions et entre les régions médicales.

La mise en place d'outils harmonisés de gestion et de suivi des mutuelles favorise le rapportage. Des efforts sont encore requis, notamment au niveau de la qualité de l'information prodiguée et de l'harmonisation du rapportage sous un format unique, permettant une compilation globale. Hormis ces limites, la CAFSP, les régions médicales et les unions régionales des mutuelles rapportent effectivement les résultats auprès des autorités locales et nationales.

La communication sur les réalisations auprès des bénéficiaires des mutuelles est gérée par les mutuelles elles-mêmes. Les nombreuses activités de sensibilisation et de communication les tiennent informés des projets en cours. Les populations sont de plus impliquées dans plusieurs initiatives supportées par le PAMAS, comme le processus de sélection des indigents pour les fonds d'équité.

Par ailleurs, une mission d'évaluation conjointe interpartenaires a été organisée en 2012 sur le sujet de l'assurance-maladie dans les zones de concentration du PAMAS. Cela contribue à une meilleure connaissance par les cadres du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et les autres partenaires sur l'expérience du PAMAS.

5.3.4.3 Fonctionnement de la SMCL

La SMCL se réunit conformément à son agenda et en présence des acteurs appropriés. Elle assure le suivi de l'exécution du programme conformément au calendrier et au planning d'exécution budgétaire.

Cependant, comme c'est le cas au niveau des comités de concertation régionaux et national, elle traite insuffisamment de certaines questions stratégiques majeures qui pourraient (ou auraient pu) impacter sur l'atteinte des résultats et la viabilité des acquis, tels que les défauts de coordination entre les programmes belges (sous la responsabilité du PAODES) et les conflits stratégiques potentiels entre les futurs BRASU et l'architecture prônée par le DECAM.

A ce sujet, il aurait été opportun de convier les assistants techniques nationaux à titre consultatif à l'une ou l'autre SMCL pour illustrer certaines problématiques du programme.

5.3.5 Appropriation

5.3.5.1 Leadership et coordination du programme par l'institution partenaire

L'ancrage de l'unité de gestion du PAMAS au niveau de la CAFSP et l'intégration des activités du PAMAS dans le plan d'action de la CAFSP assure un leadership formel par l'institution partenaire.

La coordination entre niveau central et régional est également bien reflétée dans les instances nationales via les correspondances entre comités régionaux et national de concertation.

Le PAMAS utilise des outils de gestion « projet » comme le système de comptabilité de la CTB, la planification et le suivi-évaluation par rapport au cadre logique des deux projets.

Les rapports mensuels de clôture et annuels sont co-signés par la CAFSP, l'ATI et la représentation de la CTB. La CAFSP est responsable du PAMAS et est associée à toutes ses activités. Elle a une bonne maîtrise des actions de l'intervention.

5.3.5.2 Renforcement des capacités de leadership de l'institution partenaire

Le PAMAS a contribué fortement au renforcement structurel de la CAFSP et à son positionnement par rapport aux autres directions du ministère et aux PTF comme leader dans la coordination de l'assurance maladie. Ceci est reflété notamment par la coordination du Cadre National de Concertation, la participation de la CAFSP à des initiatives externes relatives au mouvement mutualiste (Socle de Protection Sociale, Concertation Nationale Santé), l'organisation de la mission conjointe interpartenaires de 2012 sur l'assurance-maladie dans les zones de concentration, et l'intérêt suscité par la cartographie numérisée.

Des hauts cadres du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ont été impliqués directement dans la coresponsabilité du PAMAS et ont renforcé le pouvoir d'agir du Ministère dans le domaine de l'assurance maladie, en particulier, et la protection sociale, en général.

La CAFSP est de plus également le point d'ancrage institutionnel d'autres initiatives portant sur la micro assurance santé, comme le projet DECAM soutenu par Abt Associates et l'OMS.

Il serait toutefois souhaitable que la CAFSP affirme plus fortement son leadership, en coordonnant le développement de visions harmonisées sur les stratégies de développement du mouvement mutualiste. Elle tend encore pour le moment à absorber deux visions possiblement conflictuelles en son sein. Cette ambivalence tient probablement à sa relative dépendance par rapport aux budgets de PTF. Un programme de coopération de type PAMAS n'est à l'évidence pas en mesure de renforcer l'indépendance financière d'une structure étatique comme la CAFSP.

6 Pratiques à conserver

6.1 Structure & Personnel de l'intervention

6.1.1 Ancrage dans les bureaux même du partenaire

L'ancrage du PAMAS au sein même de la CAFSP a permis d'être partie prenante à la dynamique de développement de la cellule. Il est probable que le projet n'aurait pas pu avoir la même influence au niveau de la construction fonctionnelle et institutionnelle s'il n'était pas incarné dans une autorité nationale. On peut regretter que cela ne soit pas traduit plus fortement dans des documents d'orientations politiques et stratégiques, mais cela relève également d'une question de positionnement et prise de leadership par la CAFSP et le MSAS dans son ensemble.

Cela a également favorisé la cogestion tout au long du programme. L'option de nommer un responsable délégué s'est révélée pertinente pour pallier à l'indisponibilité de la responsable et fluidifier la prise de décision. La nomination du responsable délégué en tant que coordonnateur de la CAFSP mi-2012 a offert un exemple a contrario du besoin de disponibilité du responsable (sans que cela n'affecte les activités)

6.1.2 Ancrage au niveau méso avec une équipe mixte et homogène

L'ancrage parallèle avec une équipe d'assistants techniques nationaux dans le bureau de Kaolack a donné au PAMAS une forte visibilité dans les régions de concentration.

Cela permis de rester au plus près des problématiques concrètes des acteurs en présence (UM, mutuelles, RM, prestataires, collectivités locales, autres) de proposer des options adaptées aux contextes et modes de collaboration existants, et de les faire remonter pour alimenter la réflexion au niveau national. A titre d'exemple, les UM de Kaolack et de Kaffrine ont été une inspiration de départ pour l'ensemble du projet. Tout comme l'a été le projet de cotisation aux mutuelles via une taxation sur l'eau. Les constats du Comité Technique influencent les thèmes de discussion de la SMCL.

Une proximité était également nécessaire pour stimuler un dialogue entre acteurs de l'offre (RM, ECD, prestataires) et acteurs de la demande (UM, mutuelles) qui était très réduit avant le démarrage du projet. C'est un des grands succès du PAMAS. Le dialogue est aujourd'hui institutionnalisé et commence à s'établir de manière autonome avec des initiatives de partenariat indépendantes du PAMAS.

La séparation géographique entre ATN et ATI engendre cependant des contraintes, notamment au niveau du processus décisionnel qui s'est trouvé quelque peu ralenti, particulièrement par rapport à l'ASSRMKF. Chaque option en termes de modalité de gestion a inévitablement ses contraintes. Il serait souhaitable de pousser plus loin les mesures correctives pour que cela ne nuise pas à la réactivité du programme.

6.1.3 Ancrage au niveau micro via les Assistants Technique Régionaux

On ne dispose pas encore de beaucoup de recul par rapport au poste des ATR, qui sont en place dans les UM depuis début 2012 seulement. Ils semblent avoir eu une implication active et appréciée dans l'encadrement des mutuelles et tout le processus de développement et lancement du fonds d'équité.

L'option est originale, et permet de doter certaines structures partenaires décentralisées (les UM) d'un bras technique et opérationnel qu'il ne serait pas possible d'obtenir autrement. A la fois ancré chez le partenaire, et redevable au projet en matière d'exigences techniques et de résultats.

Il serait intéressant de documenter leur apport, et particulièrement leur contribution (ou non) au renforcement des capacités et des institutions existantes.

6.2 Gestion des ressources)

6.2.1 Modification progressive des modalités d'exécution vers des contrats d'exécution au partenaire

Il a été décidé de confier la gestion du fonds d'équité à la CAFSP sous un contrat d'exécution avec une première dotation de 200.000€ dans la dernière année du projet.

L'approche est positive, s'inscrit en ligne avec les principes de la Déclaration de Paris et permet de décharger les AT de certaines fonctions de management pour se consacrer sur leur expertise technique.

Cela a toutefois un « coût » lié au temps nécessaire pour juger que les conditions du contrat d'exécution soient rencontrées. Il a fallu du temps pour obtenir l'avis de non-objection sur le manuel de procédure, du temps ensuite pour que le contrat soit effectivement négocié et signé. Sur un projet d'une durée (classique) de quatre ans, cela peut signifier un retard significatif.

Il y a une réflexion à mener sur la charge administrative du processus d'accord (et les moyens de l'alléger), et sur le gain / bénéfice de l'approche en parallèle avec des accords d'exécution similaires dans d'autres pays.

6.3 Planification & Mise en œuvre

6.3.1 Stimuler le renforcement du dialogue et de la concertation inter-acteurs

Un des conditions du PAMAS était l'établissement d'un rapprochement entre acteurs (offre-demande, local-national) sur les principes de l'assurance-santé communautaire, ses conditions d'extension au niveau national, et la création d'un dialogue. Le pari était osé et est globalement réussi. Même si l'on déplore encore un manque d'impact sur les indicateurs quantitatifs de l'action mutualiste, le PAMAS offre aujourd'hui les conditions nécessaires au développement du PAODES. La « machine » est créée, il faut maintenant qu'elle produise des résultats concrets pour les populations.

6.3.2 Approche participative et stimulation de l'appropriation

Le renforcement institutionnel et la création d'un dialogue inter-acteurs à tous les échelons a permis d'intégrer l'ensemble des acteurs dans une compréhension commune des problématiques et le développement conjoint de stratégies. Cela a stimulé une appropriation du projet que l'on constate dans les processus de planification, les activités conjointes d'encadrement et supervision, et le développement de la stratégie de fonds d'équité.

Il faudra veiller à maintenir une balance adéquate entre approche participative et exigences techniques. La première est adéquate pour toutes les questions de définition des priorités, orientations et le processus de validation. La seconde est nécessaire pour trancher sur ce qui est techniquement faisable et efficient en fonction d'un panel d'expertises.

6.3.3 Planification ascendante et autonomie de décision des institutions partenaires au niveau décentralisé

La construction du dialogue institutionnel a également facilité des processus de planification conjoints entre acteurs qui servent de base pour la réflexion et la planification au niveau national. Ceci a permis l'émergence d'initiatives propres dépassant le seul cadre du projet, tels la participation des UM et mutuelles aux exercices de revue et planification annuelle de l'activité sanitaire, et le développement de projets propres par les UM (ex : projet de financement d'un paquet hospitalier par une mise en commun des cotisations).

6.4 Monitoring & Evaluation

6.4.1 Harmonisation des indicateurs et outils de collecte

L'harmonisation des indicateurs, outils et procédures est l'un des autres grands succès du PAMAS en corollaire avec le renforcement institutionnel et du dialogue inter-acteurs. Il permet de dégager des indicateurs inexistant auparavant et de rassembler les acteurs autour de méthodes appropriés par tous. Le fait de procéder à des cycles de formation conjoints semble également avoir joué un rôle dans le rapprochement des acteurs.

Des progrès restent à faire, notamment via l'établissement d'un cadre de rapportage commun et le développement des capacités d'interprétation et d'utilisation des données pour la prise de décision.

6.4.2 Plateforme de partage d'information via la cartographie numérisée

La cartographie numérisée offre une excellente vitrine au processus d'harmonisation stimulé par le PAMAS. Il est apprécié par d'autres partenaires au niveau national et pourrait être étendu. C'est de manière indirecte un « produit d'appel » pour stimuler à l'harmonisation des outils, indicateurs, et possiblement des stratégies à l'échelle du pays.

Cela demande toutefois de rester vigilant sur les capacités des UM à coordonner la mise

à jour de la cartographie. Si l'on n'accompagne pas dans un premier temps les procédures de mises à jour ou que la charge de travail est trop lourde, les efforts de cartographie tomberont à l'eau. Cela demande également de rester réaliste face aux réalités locales : les compétences informatiques restent faibles ; plusieurs mutuelles n'ont pas de gérant ce qui complique la génération des indicateurs à la base.

6.4.3 Stimuler l'autonomisation des partenaires sur le monitoring et l'évaluation

Les efforts de renforcement institutionnel et d'harmonisation s'appliquent concrètement dans des procédures de suivi-évaluation de l'activité des mutuelles qui sont aujourd'hui coordonnés par les Unions de Mutuelles elles-mêmes en collaboration avec les Régions Médicales et autres acteurs concernés.

Cela offre un bon exemple d'appropriation. La CTB doit veiller à ce que les conditions de fonctionnement restent présentes (principalement petit budget de fonctionnement) et trouver des solutions pour pousser l'autonomisation également en termes budgétaires (budget propre, dotation de l'Etat)

6.5 Documentation & Rapportage

6.5.1 Documentation continue des processus de mise en œuvre

Un processus de capitalisation a été lancé sur le Fonds d'équité avec l'appui de la consultante du suivi scientifique. C'est un exercice important en vue d'une possible réplification / adaptation dans d'autres zones du pays. Bien souvent les décideurs politiques se focalisent sur un outil (gratuité, fonds d'équité, autres) sans réfléchir aux questions techniques et modalités de mises en œuvre. Or, un même outil peut produire tout et son contraire dépendamment des procédures mises en place et des mesures d'accompagnement. La question du « comment » est souvent plus importante que la question du « quoi » dans l'atteinte d'un objectif.

En ce sens, il aurait été intéressant d'étendre cette approche de capitalisation à d'autres aspects du PAMAS, tel par exemple que le processus de renforcement du dialogue institutionnel entre offre et demande.

Cela suppose également de réfléchir aux moyens de documenter les indicateurs qualitatifs relatifs au processus, particulièrement dans un projet touchant à un processus aussi lent et complexe que le développement de mutuelles de santé. Les indicateurs quantitatifs du PAMAS relatifs à l'objectif général (nombre d'adhérents, accès aux soins etc.) restent encore faibles à l'heure actuelle alors que le projet a produit des résultats très intéressants en termes de processus et de construction institutionnelle. Leur appréciation peut toutefois être qualifiée de subjective. Il serait intéressant de les objectiver.

7 Enseignements tirés

7.1 Pour l'intervention

7.1.1 Nécessité du renforcement institutionnel en vue d'un dialogue effectif entre offre et demande

L'apport du PAMAS a permis d'atteindre les conditions matérielles de l'activité. Cela s'est avéré une condition nécessaire pour faire décoller la collaboration. La formation des acteurs de l'offre (voir point suivant) et les créations de postes (points focaux et ATR) ont joué un rôle important. De même, les mutuelles et les Unions de Mutuelles nécessitaient de gagner en visibilité pour devenir un acteur crédible face aux acteurs de l'offre. Dans plusieurs mutuelles, le personnel a fortement bénéficié du renforcement de capacité, tant au niveau de la connaissance des principes mutualistes que d'aspects techniques (informatique, etc.).

7.1.2 La formation des prestataires a été essentielle dans leur adhésion aux principes mutualistes

Il était nécessaire de relever la compréhension des acteurs de l'offre de soins (équipes cadre, structures sanitaires) pour susciter leur intérêt pour le mouvement mutualiste. Les prestataires se sont impliqués activement à la promotion de la mutualité et ont accru l'attrait des mutuelles.

7.1.3 Intérêt d'une approche aux niveaux macro, méso et micro

La plupart des acteurs au niveau central, régional et local a pris conscience de l'importance des mutuelles au double plan sanitaire et social. Cette articulation de l'intervention à différentes échelles a rendu possible d'atteindre un consensus sur les limitations actuelles de l'action mutualiste, notamment des contraintes en matière de base d'adhésion, de paquet de service proposé et de qualité des services médicaux.

7.1.4 La stimulation du dialogue interpartenaires peut mener à des externalités positives

Le processus de concertation entre acteurs et le renforcement des capacités dépasse le cadre du PAMAS. Deux exemples : plusieurs régions médicales invitent désormais les Unions de Mutuelles à leur propre exercices de revue et planification annuelle ; les Unions de Mutuelles de Kaffrine et Kaolack travaillent indépendamment au développement de produits mutualistes avec les mutuelles sous leur responsabilité (mécanismes de coassurance, cotisation complémentaire pour les soins hospitaliers).

7.1.5 Le PAMAS a permis une conscientisation à large échelle de l'importance des questions sociales dans la gestion de services sanitaires

La mise au point du Fonds d'équité illustre bien la solidarité intergroupe face à l'indigence. Ce fonds d'équité relaie effectivement l'inclusivité sociale de la mutualité qui devient un rempart à l'intégration et un outil de promotion de la santé.

7.1.6 Plusieurs Unions de Mutuelles ont acquis une réelle autonomie et la capacité de développer des initiatives originales

En plus de démontrer une forte maîtrise de la mutualité, les Unions régionales de mutuelles ont mis en œuvre des initiatives de cotisations collectives en nature : champs collectifs dans 8 villages différents, tarification forfaitaire de l'eau, schémas de mise en commun des risques, fonds de garantie, etc. Plusieurs responsables des Unions font preuve de leadership en assumant des fonctions dans les conseils d'administration des Collectivités Locales. L'harmonisation des outils, procédures, indicateurs n'empêche pas le développement d'une autonomie des Unions.

7.1.7 Le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Fonds d'Indigence a permis la démonstration du niveau de collaboration entre acteurs de l'offre, de la demande et collectivités locales.

La méthode de la double stratégie, consistant à confronter les résultats d'enquêtes d'identification des indigents avec les perceptions des leaders associatifs et coutumiers, s'est révélée efficace pour associer les élus locaux et d'autres acteurs au ciblage des potentiels exclus économiques des mutuelles.

Par ailleurs, le fonds d'équité a été l'occasion de tester avec succès l'effectivité de la collaboration entre acteurs de l'offre, de la mutualité, et des collectivités locales.

7.1.8 Il semble possible de développer des mécanismes de ciblage communautaire des plus vulnérables intégrant l'ensemble des acteurs concernés

La littérature tend à montrer une difficulté à créer une distinction socio-économique au sein des populations dans les contextes africains. Ceci s'applique également aux mécanismes de ciblage communautaire.

Les premières expériences menées sous le PAMAS donnent un a priori positif sur la méthode choisie, et ont été fortement appréciées par l'ensemble des personnes rencontrées. Il n'y a toutefois pas encore assez de recul. L'approche devra être validée par la suite dans le PAODES.

7.1.9 Nécessité de relever le paquet de service, l'attractivité des mutuelles et leur base d'adhésion

L'ensemble des acteurs à tous les niveaux s'accorde sur le fait que l'adhésion aux mutuelles dépend fortement d'une extension du paquet de services au niveau hospitalier (en plus d'une question de qualité des services de santé). Cela suppose des cotisations individuelles plus élevées. Dans un environnement marqué par une pauvreté chronique structurelle, des subventions à la demande ou/et à l'offre de soins pourraient relever la base d'adhésion des mutuelles et en faire la base sociale à la couverture universelle maladie. Cette opportunité était incluse dans le mécanismes de coassurance, et est au cœur du futur résultat 8 du PAODES. Le PAMAS n'a pas initié la réflexion à ce sujet. Elle devra être sérieusement considérée sous le PAODES.

7.1.10 Nécessité d'une action parallèle de renforcement qualitatif de l'offre de soins

Si l'expérience du PAMAS a mis en relief l'importance de la demande, elle a tout aussi bien démontré que les problèmes de qualité de l'offre de service nuisent fortement à l'attractivité des mutuelles de santé. Cela valide l'option prise sous le PAODES d'une action conjuguée sur l'offre et la demande de soins.

7.1.11 Les approches expérimentées au niveau régional peuvent servir de laboratoire pour les approches nationales

Au moment où l'Etat a choisi la Couverture Maladie Universelle et élabore actuellement sa stratégie, les expériences conduites par le PAMAS notamment la micro-assurance santé, l'AMEL et le Fonds d'équité sont susceptibles d'influencer la politique dans ce domaine et la mise en place du futur fonds national de solidarité.

La mise en place des outils d'harmonisation de la gestion et du suivi des mutuelles a permis d'améliorer la remontée de l'information et est en passe de s'étendre dans d'autres régions via la cartographie numérisée. De même, il est prévu par le Ministère de la santé d'étendre cette cartographie à l'ensemble des régions du Sénégal.

La revue conjointe des partenaires de 2012 axée autour du PAMAS a offert un exercice de communication important. En octobre, au Maroc, Le Ministre de la Santé et son équipe ont relayé fortement l'expérience du PAMAS à l'échelle internationale : Fonds d'équité et rôles des mutuelles dans la Couverture maladie universelle.

7.1.12 Besoin d'augmenter la fonctionnalité des organes de concertation sur les questions stratégiques majeures.

Les cadres de concertation aux niveaux national et régional sont un apport majeur du PAMAS pour faciliter une participation active. Cependant, le dialogue porte principalement sur des questions de suivi et planification opérationnelle, et tarde encore à aborder les causes de faible adhésion aux mutuelles de santé. De même, des approches divergentes continuent à coexister dans les mêmes zones sans que les organes de concertation n'entament de processus d'harmonisation. Il est nécessaire d'orienter plus fortement le dialogue sur les questions stratégiques dans les organes nationaux de concertation, et de les décliner au niveau régional.

7.1.13 Le principe de « prudence raisonnée » ne doit pas empêcher la prise de position stratégique et leur mise en œuvre

Le PAMAS avait un mandat complexe. Le renforcement des capacités des acteurs et leur rapprochement aux niveaux national, régional et périphérique a été considéré à juste titre comme une condition préalable. Le développement du mouvement mutualiste (base d'adhésion, paquet de services) est un sujet potentiellement plus conflictuel, confrontant à une diversité d'acteurs et de visions. L'équipe du PAMAS a agité avec prudence, en veillant à s'adapter aux opportunités du contexte et au rythme de développement des

acteurs. Au final, les taux d'adhésion restent globalement au même niveau, il n'y a pas réellement eu de création de nouvelles initiatives (mais une poursuite – bienvenue – des initiatives préexistantes), et les options comprises sous le fonds de garantie se sont concentrées sur le fonds d'équité.

Ceci est compréhensible vu l'ampleur du programme. Toutefois, la prudence raisonnée ne doit pas empêcher d'exposer des options stratégiques fortes et d'impulser des initiatives pouvant bénéficier à l'ensemble du mouvement et aux populations, tant que celles-ci trouvent une traduction dans les orientations politiques nationales (condition de base à leur viabilité). Tout ne pouvait pas être réalisé sur la durée du programme, mais il était probablement possible d'au moins initier le processus.

Il faut également veiller à ce que l'ensemble des partenaires soit au courant des leviers que le projet peut activer. Il est apparu que certaines UM n'étaient pas conscientes de modalités possibles sous le principe de fonds de garantie, alors qu'elles s'investissent sur des programmes similaires (ex : UM de Kaolack et son paquet de service hospitalier).

7.1.14 Besoin d'une meilleure anticipation des risques stratégiques liés au programme ou au contexte

De l'avis de l'équipe d'évaluation, le management du PAMAS (direction du PAMAS, représentation) semble s'être laissé absorber par le développement des activités du projet sans mettre suffisamment l'accent sur des points stratégiques menaçant sa viabilité à terme.

Trois exemples illustrent ce propos : (1) le volet offre du PAODES se met en place depuis début 2012 avec des implications potentielles importantes sur le mouvement mutualiste, sans qu'une concertation active (sous la responsabilité du PAODES) ne soit établie entre les deux programmes ; (2) si Abt Associates parvient à développer des unions départementales de mutuelles dans les régions PAMAS (avec un mandat semblable aux Unions Régionales développées par le PAMAS), cela pourrait générer des conflits opérationnels à terme, et menacer la viabilité des UM régionales. Ce risque ne semble pas avoir été suffisamment abordé sur les plateformes de concertation ; (3) le principe de coassurance est temporairement rejeté des options pour le fonds de garantie, malgré son potentiel d'accroissement de la base d'adhésion (en cas de subvention) et le constat répété d'une extension nécessaire du paquet de service au niveau hospitalier.

7.1.15 Il est nécessaire que les acteurs du suivi scientifique soient en mesure d'apporter un soutien entre leurs visites

L'expérience de recherche-action initiée par le PAMAS avec HIVA Leuven a aidé effectivement les experts sur le terrain à assimiler les modes d'action et les processus adaptés à la micro-assurance santé et au fonds d'équité. Cet apprentissage itératif s'est notamment manifesté par une guidance scientifique entre deux missions. Cela a aidé à la continuité dans le suivi et la cohérence des approches développées, et a été fortement apprécié par les acteurs de terrain.

7.1.16 Nécessité d'adapter le support en fonction des capacités des instances en vue de stimuler le développement

Le PAMAS a développé une approche relativement uniforme entre régions, et mis l'accent sur le relèvement des régions présentant un niveau d'avancement moins élevé. Ceci a conduit à un sentiment de nivellement vers le bas des UM dont le mouvement mutualiste était déjà relativement avancé avant le PAMAS. Ceci vient en lien avec l'approche de prudence raisonnée. On arrive à un résultat globalement satisfaisant, mais sans suffisamment de stimulation d'initiatives stratégiques potentiellement prometteuses.

7.1.17 Difficulté de perception au sein de la population de la mutuelle comme une protection contre le risque plutôt que comme le préfinancement de services.

Des situations de désadhésion ont été observées auprès des personnes souhaitant être remboursées lorsqu'au bout de l'année, elles n'ont pas eu recours aux services de santé. Pareillement, la sélection adverse demeure une contrainte à la mutualité.

7.1.18 Besoin d'anticiper le risque de voir les Unions de mutuelles et les futurs BRASU se transformer en service externe des Régions Médicales

Les UM ont aujourd'hui globalement un bon niveau de collaboration avec les RM. Ceci se manifeste à travers la généralisation d'activités conjointes. Toutefois la dimension de représentation des intérêts de la demande et de négociation de ses intérêts est laissée en sourdine, notamment en raison d'une faible représentativité et d'un décalage technique (particulièrement sur les questions de qualité des soins).

Les expériences en Afrique regorgent d'exemple d'initiatives orientées vers la population (ex : comité de gestion, comité de santé) qui se sont laissées au final instrumentaliser par l'offre de soins dans des fonctions de communication et d'aide à la gestion, sans réelle insistance sur la « participation communautaire »

C'est un risque à prendre en compte. Les UM doivent conserver leur autonomie stratégique et fonctionnelle tout en collaborant activement avec les instances de l'offre de soins. L'extension de la base d'adhésion et l'activation de fonctions de négociation avec les prestataires seront probablement capitales à ce sujet.

La question se pose encore plus fortement pour l'ancrage des futurs BRASU. Un ancrage dans les régions médicales pourrait réduire l'effectivité de leur mandat vis-à-vis des populations. Il faut veiller (soit via l'ancrage, soit via des mécanismes préventifs / correctifs) à s'assurer que les BRASU servent un objectif de protection sociale, et non seulement une fonction de financement au service du système de santé.

7.2 Pour l'instance partenaire

7.2.1 Besoin de renforcer la cohérence entre les différents mécanismes supportés par la CAFSP

La CAFSP devrait renforcer le dialogue entre les différents partenaires qui la supportent au niveau central et périphérique. Il serait notamment possible d'avancer sur une vision

et des stratégies harmonisées des mécanismes de mutuelles et assurances santé.

7.2.2 Besoin de transposer les projets politiques en stratégies opérationnelles et en lignes de financement

La CAFSP a sous sa responsabilité plusieurs projets soutenus par le gouvernement depuis des années, mais qui n'ont pas donné lieu à des documents d'orientation, ni à des avant-projets de stratégies ou politiques. Ce flou nuit au débat et au potentiel de mise en œuvre. Cela concerne notamment le Fonds National de Solidarité en Santé et le DECAM.

7.2.3 Développer une approche intégrée de soins de santé centrés sur le patient dans le mouvement sur la Couverture Maladie Universelle

Dès lors que le PAMAS a réussi l'installation d'un appareil solide d'unions, la priorité devient de renforcer le rôle de représentation des intérêts des patients des Unions et mutuelles. Il conviendra également d'étendre la question de la demande au delà des seules mutuelles de santé et d'accroître le mandat des unions dans la gestion de ressources et des grands programmes.

7.2.4 Il est nécessaire de s'assurer que les organes de concertation adressent réellement les questions stratégiques.

Le développement de la concertation inter-acteurs initiée par le PAMAS doit aller plus loin que l'échange d'information, la planification d'activités et de projets communs. Elle doit permettre de traiter les questions stratégiques menaçant ou favorisant la viabilité fonctionnelle des stratégies supportées.

Il faudrait notamment que les organes de concertation contribuent à la recherche d'un consensus entre les différentes approches mutualistes envisagées au niveau national, abordent les barrières concrètes à l'adhésion aux mutuelles (extension du paquet de service et qualité des soins), et deviennent un espace de débat sur les problèmes dans l'interaction entre offre et demande.

7.2.5 La CAFSP doit progressivement détacher sa planification de celle de ses partenaires pour renforcer son leadership et développer et mettre en œuvre des visions propres au Sénégal.

La CAFSP a encore aujourd'hui une approche de planification relativement opportuniste, en fonction des budgets disponibles chez les partenaires. Cela est justifié par une relative dépendance budgétaire, mais aboutit à la coexistence de programmes potentiellement conflictuels et un leadership évasif sur les options à soutenir.

Le renforcement du leadership est d'autant plus nécessaire au vu du regain d'intérêt des PTF sur les questions de protection sociale. Les deux Rapports Mondiaux sur la Santé dans le Monde de l'OMS de 2008 et 2010 fixent un cadre conceptuel fort. La Banque Mondiale et le FMI ont tous deux produit récemment un document sur la protection sociale au Sénégal. Le BIT est de retour dans le pays avec le concept de Socle de

Protection Sociale. Tout cela semble annoncer un accroissement des ressources (et d'intérêt) pour la protection sociale face auquel la CAFSP devra être en mesure de définir les orientations nationales.

7.3 Pour la SMCL

7.3.1 Utiliser l'expertise des assistants techniques à titre consultatif

La SMCL se base déjà sur les recommandations du Comité Technique remontées via l'ATI. Toutefois les ATN pourraient également (et souhaitent) être mis à contribution à titre consultatif durant les SMCL pour permettre de mieux refléter les dimensions et recommandations opérationnelles de leur activité de terrain dans les orientations stratégiques centrales discutées au niveau de la SMCL.

7.3.2 Discuter des questions stratégiques majeures pouvant influencer sur le succès et la viabilité du programme en plus des questions de suivi administratif et financier.

La SMCL pourrait mieux aider à renforcer la cohérence des programmes en analysant les questions stratégiques majeures (harmonisation des approches mutualistes, cohérence entre les programmes CTB) en plus de leur activité relative au suivi des questions administratives et financières.

7.4 Pour la Représentation de la CTB

7.4.1 Besoin d'adapter les modalités d'exécution en vue d'améliorer la réactivité du programme et sa rapidité d'exécution.

Chaque modèle de modalité d'exécution entraîne son lot de contraintes. Dans le cas du PAMAS, d'après les constations des ATN, le programme a souffert d'un relatif manque de réactivité aux besoins et priorités identifiées dans les régions, lié notamment à l'ancrage de l'ATI au niveau national. La représentation doit être consciente des contraintes liées aux modalités d'exécution et adopter les actions correctives nécessaires.

7.4.2 Besoin de s'assurer d'un bon niveau de dialogue et de coordination entre les différents programmes supportés par la CTB au Sénégal.

Un programme comme le PAMAS demande une concertation active avec le PAODES et le PAGOSAN pour s'assurer que les actions se complètent. Cette concertation a manqué et les orientations actuelles sous le PAODES et le PAMAS pourraient présenter des points de friction. Il est essentiel que la représentation pousse les programmes à une concertation active entre programmes, allant jusqu'à discuter leurs orientations stratégiques respectives.

7.4.3 Besoin de renforcer la communication entre les programmes et le chargé de programme CTB.

Les supports du chargé de programme CTB ont été fortement appréciés. Toutefois, les

chargés de programme (tout comme les ATI) manquent de temps à consacrer aux échanges avec les programmes, en raison notamment d'exigences en termes d'administration et de restitution propres à la CTB. Il serait nécessaire de trouver les mesures permettant de dégager le temps nécessaire pour un suivi actif des programmes.

7.5 Pour la CTB-Bruxelles

7.5.1 Accélérer les réponses aux questions techniques émanant des projets.

Les délais dans la mise en place du fonds d'équité est notamment lié au temps requis pour obtenir l'avis de non-objection face au manuel de procédure et pour négocier le contrat d'exécution. Une réflexion pourrait être menée sur le processus de prise de décision pour permettre une mise en œuvre plus diligente.

7.5.2 Trouver des modalités permettant d'alléger la charge de travail administrative et financière

Une partie importante de la charge de travail des AT est mobilisée par des activités administratives et financières, au détriment de leur expertise technique. Certains programmes CTB sont arrivés à y apporter une réponse partielle via l'adjonction d'AT junior (dans la mesure des disponibilités). D'autres solutions pourraient également être envisagées.

8 CONCLUSIONS

8.1 Principales conclusions

8.1.1 Pertinence

Les deux volets du PAMAS s'inscrivent **en ligne avec les politiques et stratégies soutenues par le gouvernement Sénégalais**, notamment le Document de Politique Economique et Sociale 2011-2015 (DPES), la Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques 2005-2015, la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie. Il préfigure les approches de protection sociale pour les plus démunis visées par le projet de Fond National de Solidarité Santé. Il offre un exemple de mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé de 2004, et se conforme au règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale

Le PAMAS est également **conforme aux politiques de développement, stratégies et priorités de la Belgique**. Il permet une transition entre deux PIC intégrant le secteur Santé tout en respectant la concentration sur l'économie sociale inscrite au PIC 2007-2009, il respecte l'approche combinée d'appui institutionnel et de renforcement opérationnel qui caractérise la politique de coopération de la Belgique. Ses modalités de gestion offre un exemple raisonné d'application progressive de l'engagement de la Belgique envers la Déclaration de Paris.

8.1.2 Efficience

Les rapports annuels et trimestriels et les observations faites par l'équipe d'évaluation finale permettent de confirmer un bon **respect du calendrier des activités et des dépenses**. Les missions d'appui perlé ont permis d'améliorer la réponse aux défis posés par le programme, notamment en matière d'indicateurs et sur la construction du Fonds d'Equité.

Les seuls retards d'exécution concernent la mise en œuvre du fonds de garantie sous le PAMAS II, liés à une conjonction de facteurs, notamment : un démarrage tardif du PAMAS II ; un flou relatif sur le contenu du fonds de garantie dans le DTF ; des interprétations contradictoires et un processus de décision ralenti par l'intervention d'un grand nombre d'acteurs ; les délais relatifs à l'obtention du contrat d'exécution du fonds d'équité par la CAFSP.

Les deux parties ont globalement respecté les engagements dans les délais requis, aboutissant sur un excellent taux d'exécution de 93% sur les résultats du projet au 30 septembre 2012, hors fond de garantie (taux d'exécution de 20%). Les engagements concrets en termes de ressources humaines, d'infrastructure, de renforcement des capacités et autres ont également été remplis dans les délais requis.

Toutes les activités relatives au renforcement institutionnel des institutions aux trois niveaux d'intervention ont rencontré un **degré de qualité très satisfaisant** (formations, dotations, études). Les activités de concertation sont un des grands succès du PAMAS, qui a réussi à établir un dialogue effectif entre acteurs de l'offre et de la demande et avec les partenaires au niveau central et régional.

8.1.3 Efficacité

De manière globale, les indicateurs démontrent un **bon degré d'atteinte des indicateurs de processus** (renforcement institutionnel, concertation, renforcement des capacités). Toutefois, la grande majorité des **indicateurs d'impact pour les mutualistes** (bénéficiaires finaux de l'objectif général) sont **globalement au même niveau** qu'au démarrage du projet.

L'atteinte des indicateurs du programme a été **influencée par les facteurs suivants** : lenteur inhérente à la dynamique mutualiste; qualité variable du DTF (principalement concernant le fonds de garantie); report du mécanisme de cofinancement des cotisations ; faible qualité des services médicaux et du circuit d'approvisionnement en médicaments ; défaut de réactivité aux sollicitations dans les régions lié à une concentration du pouvoir décisionnel au niveau central.

Globalement, le PAMAS a apporté une **réponse appropriée aux besoins de l'ensemble des bénéficiaires « institutionnels »** et est largement plébiscité comme tel. Par contre, il n'est **pas encore parvenu à apporter de réponses aux populations des régions concernées**, à l'exception du lancement du fonds d'équité dont l'impact pourra

commencer à être évalué dans les mois à venir.

8.1.4 Durabilité

La durabilité de l'intervention tient essentiellement dans sa prolongation (et extension) au sein du PAODES.

Les **institutions sont fonctionnelles à tous les niveaux**, et montrent un bon degré d'appropriation. Cependant, la mise en œuvre des activités reste partiellement dépendante de financements externes (frais de réunions, de déplacement, per diem).

Au niveau de l'impact sur les populations, la **durabilité dépendra de l'extension de la base d'adhésion**, elle-même tributaire de l'élargissement du paquet de services et du renforcement de la qualité de l'offre. Ce doit être des priorités clés pour le PAODES.

Les acteurs de la mutualité aux différents échelons montrent une bonne maîtrise des thématiques et outils pour poursuivre l'activité.

La **CAFSP** apparaît maintenant à l'échelle nationale comme le leader sur les questions d'assurance maladie et de protection sanitaire. Elle devra encore renforcer sa position en arbitrant les options stratégiques potentiellement conflictuelles et en traduisant les nombreux projets discutés au sein du MSAS en documents d'orientation et politiques.

Les **ECR et ECD** ont acquis une bien meilleure compréhension des principes mutualistes et de l'intérêt d'une action conjuguée avec la demande de soins, les points focaux sont en place et la concertation s'étend à des activités sortant du cadre du PAMAS (ex : invitation des Unions de Mutuelles aux planifications annuelles des régions).

Les **Unions de Mutuelles** montrent une bonne maîtrise de la logique mutualiste et certaines prennent désormais des initiatives qui n'étaient pas directement dictées par le programme.

Le niveau des **mutuelles** est inévitablement plus variable en raison de compétences de gestion moindres. Ceci est compensable par un accompagnement de proximité par les UM.

Les efforts de capacity building ont pris plusieurs formes (formations, universités d'été, ateliers d'élaboration de stratégies) et ont été adaptés au niveau des différents interlocuteurs. Elles s'avèrent avoir été une condition nécessaire au développement d'un dialogue entre institutions de l'offre et institutions mutualistes.

Les **principes mutualistes sont compris et intégrés dans les démarches de travail et les institutions**. Les outils sont en place et opérationnels. Les bénéficiaires des mutuelles semblent avoir accepté l'intégration des indigents dans les mutuelles et leur prise en charge par le fonds d'équité. La contribution active des communautés et des collectivités locales aux processus de formulation et d'identification du fonds d'équité donne une indication positive de l'acceptabilité sociale de la stratégie.

8.1.5 Cohérence

Le PAMAS a cherché à **capitaliser sur les expériences précédentes** soutenues par l'ASSRMKF, en renforçant notamment l'Assurance Maladie Elève et, dans une moindre mesure, en conservant une attention sur les programmes de tarification forfaitaire testés à Sokone.

Par contre, il n'y a **pas de liens suffisants entre le PAMAS et les autres programmes** soutenus par la CTB. Le PAODES était en charge de la coordination. Il n'y a eu que peu de rencontres avec le PAODES, et le transfert d'activités sous son volet demande n'est pas encore anticipé. Le même constat s'applique concernant le PAGOSAN. Les équipes du PAMAS ont cherché à créer des synergies avec le PEPAM et le PAMIF, avortées en raison de différences d'agenda (la coordination avec le PAMAS n'était pas inscrite à leur DTF) et concernant le PAMIF, de changements législatifs réduisant drastiquement les opportunités de couplage MAS/MIF.

A noter que ces défauts de coordination ont des causes multiples et ne peuvent être imputables au PAMAS seul. Ils sont largement dépendants du rôle de coordination assuré par la représentation et de la proactivité des acteurs des autres programmes dans les fonctions de coordination.

La cohérence avec les autres projets dans la zone de concentration laisse également à désirer. Cela concerne principalement le programme Abt Associates basé sur le programme DECAM de développement des mutuelles de santé en développement depuis début 2012 à Kaolack et Diourbel. Le problème porte entre autres sur un conflit entre une approche top-down (PAMAS) et bottom-up (DECAM), que l'on peut déjà retrouver dans le cadre du PAMAS dans des conflits de compétences potentiels entre Unions Régionales (PAMAS) et Unions Départementales (Abt Associates) qui pourrait menacer la viabilité des acquis développés par le PAMAS. La question des futures BRASU pose encore plus question, en ce sens qu'elle renforce l'approche top-down via une professionnalisation et une remise en question du volontariat de l'adhésion. Elle entend de plus coordonner l'action d'antennes de district et locales, qui questionnent le développement bottom-up induit par le DECAM et pourrait placer tout organe à ce niveau (y inclus les unions départementales du DECAM) sous sa responsabilité. Il devient indispensable que la CAFSP invite ses partenaires à travailler au développement d'une vision harmonisée.

Les pistes d'intégration entre PAMAS et PAODES doivent mettre maintenant l'accent sur le transfert de bénéfices et l'attractivité des mutuelles pour les populations vers un objectif de mutuelles de grande taille, tout en maintenant les efforts structurels et institutionnels réalisés par le PAMAS. Cela implique notamment les actions suivantes : mécanismes de cofinancement des cotisations ; renforcement de la qualité de l'offre ; élargissement de l'identification sous le fonds d'équité ; dialogue offre demande ; maîtrise de la tarification et régulation ; mise à jour et extension nationale de la cartographie numérisée ; animation des cadres de concertation.

8.1.6 Impact

L'appréciation est globalement très positive par l'ensemble des acteurs ayant bénéficié des appuis institutionnels à tous les échelons (CAFSP, ECR, ECD, UM, MAS)

Il est plus que probable que les effets ressentis par les populations soient minimes, si ce n'est au niveau de la visibilité des mutuelles de santé. Mais il ne s'est pas traduit en adhésion. C'est à poursuivre sous le PAODES.

La **nature des changements générés par le projet** touche principalement sur les points suivants : appui en infrastructures et équipements ; renforcement des compétences ; concertation et appui au dialogue offre-demande ; adhésion des prestataires aux principes mutualistes ; nomination de points focaux dans les Régions Médicales et dans certains districts ; harmonisation des indicateurs, outils de collecte de données et méthodes de suivi-évaluation ; plans de communication national et régionaux ; développement d'une cartographie numérisée suscitant un intérêt croissant au niveau national ; création d'un fonds d'équité.

Des **initiatives propres** sont développées par les acteurs régionaux, qui apparaissent comme autant d'externalités positives du PAMAS et des preuves d'appropriation par les acteurs : invitation des instances mutualistes aux réunions de planification sanitaire, gestion autonome des supervisions par les Unions de mutuelles, développement autonome de stratégies.

La **contribution des changements à la réalisation de l'objectif global reste modeste** à l'heure actuelle : à l'exception des avancées de l'AMEL et des effets potentiels du fonds d'équité, l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages ne semble pas s'être améliorée. Cette situation nécessite impérativement une approche plurielle sous le PAODES pour l'amélioration de l'attractivité des mutuelles.

8.1.7 Harmonisation

Des **cadres de concertation** sont établis à plusieurs niveaux : national, régional et district. Leur régularité et l'intérêt que les parties en présence leur porte sont un des grands succès du PAMAS. L'engagement de points focaux au niveau des régions médicales et de certains districts contribue à cet effort.

Si les cadres de concertation ont engendré des gains indéniables sur le rapprochement entre offre de demande de soins, il semble cependant que certaines questions stratégiques majeures touchant à l'articulation entre PTF n'y soient pas suffisamment abordées, que ce soit au niveau national ou régional (voir discussion ci-dessus sur les programmes PAMAS / Abt Associates)

8.1.8 Alignement

Le PAMAS joue un **rôle pionnier dans l'assurance maladie** au Sénégal, qui est l'une des stratégies phares du ministère de la Santé depuis plusieurs années, et réactualisé

par le Président Macky Sall avec son engagement en faveur de la Couverture Maladie Universelle. Le fonds d'équité mis en place par PAMAS II préfigure l'initiative de Fonds de solidarité annoncé par le Gouvernement

Le programme respecte les procédures légales en vigueur au Sénégal.

Le PAMAS a eu un **effet indéniable en terme de renforcement de capacités**. Les formations, ateliers et universités d'été ont renforcé les capacités des ressources humaines sur différents sujets impactant sur l'atteinte des résultats : principes mutualistes, capacités informatiques, questions de genre, etc. Par ailleurs, l'ensemble des stratégies a été construit de manière participative, offrant une opportunité supplémentaire d'apprentissage et de renforcement pour les participants.

8.1.9 Gestion axée sur les résultats de développement

Le **planning du PAMAS est intégré dans le plan d'action de la CAFSP**, ils partagent donc la recherche de résultats communs. Les indicateurs sont suivis régulièrement et partagés au rythme des visites de terrain, réunions, évaluations, missions d'appui et rapports périodiques.

Le suivi a porté tant sur des indicateurs de processus que d'impact, matérialisés pour ces derniers dans l'harmonisation des indicateurs et leur intégration dans la cartographie numérisée.

Les efforts de capitalisation continue de la mise en œuvre du fonds d'équité pourraient être étendus à d'autres initiatives pour faciliter l'adaptation dans d'autres régions du pays.

L'ancrage au sein de la CAFSP donne à cette dernière le leadership formel sur toutes les activités de monitoring et évaluation.

8.1.10 Responsabilité mutuelle

Le programme a **systématiquement fourni les informations nécessaires** à l'appréciation de l'évolution du PAMAS tout au long du projet (rapports, études, ateliers de partage...). La SMCL travaille sur base de recommandations soumises par les Comités Techniques au niveau régional et compilés par le responsable et le coresponsable de l'intervention.

Le PAMAS a fortement contribué à rendre l'assurance maladie plus visible. La mise en place d'outils harmonisés de gestion et de suivi financier des mutuelles donne des informations sur les dépenses financières comparées aux résultats attendus. La CAFSP, les régions médicales et les unions régionales des mutuelles rapportent effectivement les réalisations du PAMAS auprès des autorités locales et nationales.

La communication sur les réalisations auprès des bénéficiaires des mutuelles est gérée par les mutuelles elles-mêmes. Les nombreuses activités de sensibilisation et de communication les tiennent informés des projets en cours.

La SMCL se réunit conformément à son agenda et en présence des acteurs appropriés.

8.1.11 Appropriation

Le PAMAS a contribué fortement au **renforcement structurel de la CAFSP** et à son positionnement par rapport aux autres directions du ministère et aux PTF comme leader dans la coordination de l'assurance maladie. Les règles de cogestion sont d'application, avec un recours croissant à des contrats d'exécution.

L'ancrage de l'unité de gestion du PAMAS au niveau de la CAFSP et l'intégration des activités du PAMAS dans le plan d'action de la CAFSP assure un **leadership formel** par l'institution partenaire. La CAFSP est de plus également le point d'ancrage institutionnel d'autres initiatives portant sur la micro assurance santé, comme le projet DECAM soutenu par Abt Associates et l'OMS. Il serait toutefois souhaitable que la CAFSP affirme plus fortement son leadership, en coordonnant le développement de visions harmonisées sur les stratégies de développement du mouvement mutualiste

8.2 Recommandations

8.2.1 Portant sur la période allant jusqu'à la fin du projet

Le PAMAS et le PAODES doivent se rapprocher d'urgence pour harmoniser leurs stratégies et pré-identifier les actions à lancer au démarrage. Les influences croisées entre les projets de tarification forfaitaire et le mouvement mutualiste doivent requérir une attention particulière.

Il faut également planifier la transition des activités du PAMAS sous le PAODES et l'allocation des budgets nécessaires pour éviter les trous dans la mise en œuvre.

La CAFSP doit commencer dès maintenant à renforcer son leadership et déclinier la coordination avec ses PTF sur les questions stratégiques pouvant favoriser ou menacer les mécanismes touchant à la couverture maladie universelle

8.2.2 Portant sur la période consécutive à la fin du projet

Néant. Le PAODES est supposé reprendre immédiatement les activités du PAMAS.

8.2.3 Portant sur une autre phase ultérieure éventuelle

Le PAMAS a permis de créer un environnement institutionnel favorable au développement des mutuelles et à leur dialogue avec l'offre des services. Il s'agit maintenant de maintenir à niveau en continuant à soutenir les institutions mutualistes et les organes de concertation.

La question de la subvention des adhésions devrait être abordée en priorité pour avancer sur une augmentation de la couverture mutualiste. Ce type d'approche ne nécessite pas forcément de design complexe, et peut au contraire se développer de manière itérative à condition qu'elle soit correctement documentée. Il suffirait de déterminer rapidement la proportion que représentent les soins hospitaliers dans les dépenses rationnelles de

santé des ménages, et d'augmenter chaque cotisation d'adhérent en fonction. L'éventuelle « perte » d'efficacité engendrée par les fuites liées à un design rapide peut largement être compensée par les bénéfices pour la population liés à la rapidité de mise en œuvre. Les délais qu'a connus le PAMAS dans le développement du fonds d'équité doivent ici servir de leçon. Il n'est pas optimal de dépenser 3 millions sur la construction d'arrangements institutionnels – aussi bons soient-ils – sans retombées tangibles sur les populations ciblées.

Il est primordial de poursuivre les activités de fonds d'équité. L'approche est très largement appréciée et a offert une application concrète du travail de concertation entre acteurs (offre-demande, niveaux central-régional-périphérique). Il s'agit toutefois de ne pas s'arrêter au modèle actuel : il est plus que probable que des ajustements du design seront nécessaires. Également, on ne sait encore rien à ce stade de la performance de l'approche en termes de protection sociale des indigents et d'accès aux soins.

Le PAODES doit veiller à améliorer la qualité de l'offre de services sanitaires, et particulièrement la régularité de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques. Une initiative conjointe au niveau national pourrait être lancée à ce sujet. Une intervention plus poussée sur les districts pilotes est justifiée, mais il est nécessaire que l'appui permette d'atteindre dans l'ensemble des cinq régions un seuil de qualité minimal.

Il faudra également veiller à une synergie entre les approches développées sur l'offre et sur la demande. Le fait que le volet offre du PAODES se soit développé dans un relatif isolement par rapport aux activités du PAMAS doit être corrigé au plus vite.

Le PAODES devra travailler au développement d'une stratégie conjointe au niveau national de renforcement des mutuelles de santé sous le leadership de la CAFSP, avec l'ensemble des PTF intéressés à supporter ce type d'approche. Il est plus que temps aujourd'hui de dépasser les risques stratégiques sur la durabilité des approches liés à des différences de design entre partenaires. Le fait que le fonds d'équité soit déjà adopté par Abt Associates offre un précédent favorable. La combinaison des stratégies (avec d'autres, de type subvention des cotisations) pourrait préfigurer le futur FNSS.

La démarche de capitalisation initiée au niveau du fonds d'équité pourrait être étendue aux autres initiatives développées par le PAODES. Il est important que les décideurs soient au courant des approches si l'on veut orienter les politiques nationales. Cela suppose une information non seulement au niveau des résultats, mais aussi et surtout au niveau des processus de mise en œuvre, qui sont déterminants dans l'atteinte des résultats. En ce sens, la capitalisation doit probablement se focaliser plus sur des éléments qualitatifs (renforcement des capacités, processus de collaboration) que sur des éléments quantitatifs, et ce en raison de la lenteur inhérente à tout programme de protection sociale. La communication doit également être adaptée à l'endroit du grand public pour forger l'opinion publique aux questions sociales et aux solutions potentielles.

Si la capitalisation est bien menée, elle permettra également de reposer la question de la pertinence des designs mis en œuvre pour les différentes approches, et si nécessaire de les adapter. La question du design dépasse les seules modalités d'exécution. Il s'agit de

prêter une attention particulière aux aspects d'équité, de lourdeur administrative (freinant l'adhésion des acteurs), d'adaptation à la dynamique de la pauvreté (identification passive), etc. Il faut que le PAODES se donne le droit de trancher les décisions là où les arguments techniques l'exigent. Un équilibre est à trouver avec les gains tirés de l'approche participative de conception des stratégies qui a prévalu sous le PAMAS

Le processus d'harmonisation des indicateurs initié par le PAMAS pourrait être étendu au niveau national, en vue d'arriver à une analyse comparative de la performance des différentes mutuelles. Il devient urgent d'avoir un cadre comparatif de résultats, permettant une compilation des données. La cartographie numérisée présente ici un « produit d'appel » qui doit être exploité, et pourrait créer un engouement pour l'harmonisation.

La communication auprès des populations devrait insister sur la notion de sécurisation et de protection des ménages contre les risques liés à la santé. L'approche mutualiste est trop rapidement interprétée (y compris par ses promoteurs) comme un préfinancement de services sanitaires. Cela tend à induire l'adhérent en erreur et à motiver un retrait de la mutuelle en cas d'absence de recours aux services de santé.

9 Liste des annexes

1. Les Termes de références de l'évaluation à mi-parcours
2. Liste des membres de l'équipe d'évaluation
3. Méthodologie de l'étude
4. Cadre Logique
5. Carte géographique
6. Liste des personnes / organisations consultées – PV des réunions et interviews
7. Documents et rapports consultés
8. Aide-mémoire de l'évaluation du PAMAS

Annexe 1 : Termes de références de l'évaluation finale



CTB

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

**TERMES DE REFERENCE
POUR L’EVALUATION
FINALE DU PROJET PAMAS
(PROGRAMME D’APPUI AU
DEVELOPPEMENT DE LA MICRO
ASSURANCE SANTE AU SENEGAL)**

SENEGAL

CODE NAVISION : SEN 07 019 11 / SEN 08 022 11

Acronymes utilisés

AT	: Assistant Technique
CAFSP	: Cellule d'Appui au Financement de la Santé ET AU partenariat
CS	: Centre de Santé
CTB	: Coopération Technique Belge
DDI	: Direction de la Dette et d'Investissement
DGCD	: Direction Générale de Coopération au Développement
DS	: Districts Sanitaires
DSRP	: Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
DTF	: Dossier Technique et Financier
EMP	: Evaluation à Mi-Parcours
MEF	: Ministère de l'Economie et de Finances
MSAS	: Ministère de la santé et de l'Action Sociale
OMS	: Organisation Mondiale pour la Santé
PAMAS	: Programme d'Appui au Développement de la Micro Assurance Santé au Sénégal
PAODES	: Programme d'Appui à l'Offre et la Demande de Soins au Sénégal
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RAF	: Responsable Administratif et Financier
RM	: Régions Médicales
SMCL	: Structure Mixte de Concertation Locale
SNPS	: Stratégie Nationale de Protection Sociale

1	INTRODUCTION	103
2	HISTORIQUE DE L'INTERVENTION	104
2.1	Introduction	104
2.2	Contexte du projet	104
3	OBJECTIFS DU PROGRAMME PAMAS	107
3.1	Les principales autorités responsables du programme	108
3.2	Résultats intermédiaires & activités	108
3.3	Stratégie du projet – Gestion – Organisation	110
4	FINALITÉ ET TÂCHES DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS	113
4.1	Tâches de l'évaluation	113
5	Groupes d'intérêt concernés par l'évaluation à mi-parcours	114
6	MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS	115
6.1	Critères de base	115
7	Documents à produire lors de l'Évaluation à mi-parcours	116
8	PÉRIODE ET DURÉE DE L'ÉVALUATION FINALE	118
9	PRISE EN CHARGE DE LA MISSION	118
10	DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS	118
11	CHRONOGRAMME INDICATIF	120
12	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE L'ÉVALUATION FINALE	121
12.1	Équipe de référence	121
12.2	Équipe de l'Évaluation finale	121
12.3	Profil et responsabilités des Consultants	121
13	ANNEXES	123

1 INTRODUCTION

Le programme d'Appui au Développement de la Micro assurance Santé (PAMAS) a démarré officiellement le premier janvier 2009 pour une durée de 48 mois. Le Dossier Technique et Financier (DTF) du projet prévoit une évaluation finale du projet qui sera réalisée par une expertise externe.

En plus des résultats de l'évaluation à mi-parcours de juin 2011, ceux de la présente évaluation devraient permettre d'obtenir une vue globale sur l'exécution du projet, la cohérence entre ses différents volets ainsi que sa contribution dans le développement de la micro assurance santé au Sénégal. Cette évaluation finale ainsi que les différentes études thématiques déjà réalisées sont aussi nécessaires pour évaluer et argumenter la pertinence de l'appui apporté à la mise en œuvre du plan national de développement de la micro assurance santé mais également pour préparer une transition correcte vers le nouveau programme d'Appui à l'Offre et la Demande de Soins au Sénégal PAODES/volet demande.

2 HISTORIQUE DE L'INTERVENTION

2.1 Introduction

Le projet « **Appui au développement de la Micro-assurance santé au Sénégal** » (PAMAS 1 et 2) est un projet de coopération directe bilatérale entre le Gouvernement du Sénégal et le Royaume de Belgique.

Une Convention Spécifique pour une durée de 60 mois a été signée entre les deux parties en octobre 2008, concernant le **Volet « Appui Institutionnel à la cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat du Ministère de la Santé et de la Prévention (CAFSP) et Renforcement des mutuelles ainsi que de leur structure de coordination régional dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine »** (PAMAS 1). La durée de la mise en œuvre du PAMAS 1 est de 48 mois.

Pour le **Volet « Financement des mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins des populations vulnérables dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine »** (PAMAS 2), la Convention spécifique a été signée en décembre 2009 pour une durée de 48 mois. La durée de mise en œuvre du PAMAS 2 est de 36 mois mais, pendant le Comité spécial des partenaires tenu le 7 juin 2012, il a été décidé de clôturer les deux projets au même moment c'est-à-dire fin décembre 2012.

Le projet s'inscrit dans le Programme Intégré de Coopération tel que négocié entre les deux gouvernements à l'occasion de la commission mixte de 2006. Il a démarré le **1 janvier 2009** avec l'arrivée de l'Assistance Technique sur le terrain et se termine normalement le 31 décembre 2012. Il n'y a pas de prolongation prévue pour le projet actuel mais seulement une période de transition au courant de l'année 2012 permettant une intégration dans le nouveau programme PAODES dont le volet offre a démarré depuis janvier 2012 et dont le volet demande sera pleinement en cours dès la fin de l'année.

Le budget total de la **contribution belge est de 4 000 000 euro** et celui de la **contribution de l'Etat sénégalais de 561 724 euro**. Ce montant est implémenté suivant la modalité de financement suivante: cogestion principalement et régie.

2.2 Contexte du projet

2.2.1 Politique sanitaire

Le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) élaboré en 2002 constitue le cadre de référence en matière de politique économique et de lutte contre la pauvreté. Il vise, sur un horizon de 15 ans, à réduire de moitié la pauvreté au Sénégal.

Son évaluation et sa mise à jour dans l'élaboration du DSRP II 2006-2010 réaffirme l'engagement du Sénégal vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD) et la construction d'une stratégie efficace de protection sociale. Parallèlement au DSRP-II, le gouvernement a élaboré la Stratégie Nationale de Protection Sociale et de gestion de risques (SNPS/GR) : elle vise à réduire l'impact des chocs qui menacent directement la vie des populations, notamment les groupes les plus vulnérables. L'objectif de cette stratégie est de faire passer le taux en assurance maladie de 20 à 50 % d'ici 2015 en étendant de manière équitable les instruments de protection sociale.

Concernant plus spécifiquement le secteur de la santé, la politique sanitaire du Sénégal pour la période de 2004-2008 est décrite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) – Phase II : 2004-2008 qui est un réajustement du PNDS après évaluation des acquis et changements durant sa première phase quinquennale, et le PNDS 2009-2018 qui consacre une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Le nouveau plan repose sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion. Le suivi de la mise en œuvre se fait à travers le Cadre de Dépenses Sectorielles à moyen Terme (CDSMT).

2.2.2 Aperçu du développement des mutuelles de santé dans la zone d'intervention

Les études les plus récentes ont mis en évidence la corrélation forte qui existe entre le niveau de développement économique et l'accès à des services de santé disponibles et de qualité, notamment pour les couches les plus vulnérables.

La question du financement de la santé a toujours constitué un axe prioritaire de la politique de santé. De nombreuses initiatives ont été développées dans ce cadre dont la plus ancienne est celle de la gratuité adoptée au lendemain des indépendances sous la forme de dotation budgétaire de l'offre publique. Les problèmes liés à cette initiative, ont amené l'Etat à adopter une politique de partage des coûts entre le financement public et les usagers avec comme objectif d'alléger la contrainte financière de l'État et augmenter la participation sociale dans l'effort de santé. Mais la dimension économique liée au fonctionnement des structures sanitaires n'est toujours pas résolue et les fonds publics ne peuvent pas entièrement y faire face.

C'est dans ce contexte que les mutuelles de santé ont émergé comme une des réponses communautaires les plus crédibles aux barrières financières d'accès aux soins de santé. Il s'agit, à côté des régimes contributifs à caractère obligatoire, d'un mécanisme d'assurance santé relevant d'un régime contributif volontaire et qui permet à plusieurs personnes de partager de manière solidaire et équitable les risques financiers liés aux dépenses de soins. La promotion de la mutualité dans le secteur de la santé a ainsi bénéficié du soutien politique de l'Etat à travers la mise en place d'un programme d'appui au développement des mutuelles de santé depuis 1997. Cet appui a été systématisé tout récemment par l'élaboration

- d'un plan stratégique de développement des Mutuelles de santé au Sénégal et
- d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais.

En outre, le développement des mutuelles de santé peut servir d'effet de levier à la mise en œuvre de la stratégie nationale de protection sociale (SNPS: 2005-2015). Les lenteurs enregistrées dans la mise en œuvre de la SNPS ont amené l'Etat à prendre des mesures

ponctuelles de gratuité des soins en faveur des groupes vulnérables. On estime que si ces programmes de gratuité étaient viables financièrement et leur mise en œuvre rendue plus efficace, ils pourraient servir de leviers à une plus grande extension de la couverture du risque maladie aux groupes vulnérables. Toutefois, il apparaît que la politique de gratuité n'a pas produit les effets escomptés en raison d'un certain nombre de dysfonctionnements. Le financement mutualiste des soins de santé est certes en expansion, mais de nombreux facteurs internes limitent encore son impact :

- faible viabilité fonctionnelle
- faible viabilité économique et financière
- faible taux de pénétration
- leadership et capacités de négociation faibles
- logique d'extension qui n'est toujours pas accompagnée d'un mécanisme de renforcement des capacités des mutuelles selon une optique de professionnalisation
- faible capacité contributive des membres

La dynamique d'impulsion des mutuelles dans les 4 régions appuyées est assez forte et se situe dans la moyenne de l'évolution du nombre de mutuelles au niveau national.

3 OBJECTIFS DU PROGRAMME PAMAS

L'objectif général du projet PAMAS 1 est :

- **Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine.**

L'objectif spécifique est:

- **La demande de soins est mieux structurée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine et les acteurs clés au niveau macro, méso et micro renforcés**

Il est clair qu'il existe ici une complémentarité avec le nouveau projet PAODES/volet offre qui a démarré en janvier 2012 et qui travaille sur la qualité de l'offre des soins.

Les axes stratégiques principaux du projet PAMAS sont:

1. L'appui institutionnel à la structure du Ministère chargée du financement de la santé et du partenariat (CAFSP), à la structure responsable de la mise en œuvre du Plan stratégique de développement des mutuelles de santé, à savoir la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (CAFSP/MSAS) et à ses correspondants dans les régions médicales.

2. le renforcement des mutuelles de santé et des institutions de micro-finance développant un volet de micro assurance santé. En matière de renforcement des capacités, l'accent sera mis, par priorité sur les SFD émergents et/ou isolés en milieu rural et sur les mutuelles de santé, en favorisant leur partenariat en réseau et leur professionnalisation et en renforçant leurs moyens matériels et leurs capacités de gestion.

3. le renforcement des unions régionales des mutuelles de santé, ce qui représente un acte de pérennisation important avec l'implication des collectivités locales;

Le PAMAS bénéficie d'atouts certains dans la mesure où il est venu s'ajouter aux autres interventions sénégal-belges qui se sont développés dans la zone d'intervention de la Agence belge de Développement/CTB ce qui renforce la cohérence de ces interventions dans ces régions. En effet, les mutuelles de santé ayant pour partenaire naturel l'offre de services de santé, une meilleure qualité de cette dernière est un facteur déterminant pour leur développement. Le démarrage du PAODES devrait renforcer cette synergie.

L'objectif global du PAMAS 2 est le même que celui du PAMAS.

L'objectif spécifique est:

- **Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les collectivités locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence.**

A travers la création de ce fonds de garantie, le projet veut :

- Consolider la surface financière des mutuelles de santé en les maintenant aptes à couvrir leurs mandats
- Investir avec plus d'intensité dans la «demande» des communautés en matière de recours à des soins de qualité
- Démontrer les conditions de pérennisation et d'appropriation aux institutions responsables de la mise en place d'un tel mécanisme.

Cette deuxième intervention a démarré mi 2010 et entretemps ce fonds de garantie a évolué vers un fonds d'équité qui veut faire adhérer les indigents aux mutuelles de santé environnementales.

3.1 Les principales autorités responsables du programme

Les principales autorités responsables du PAMAS 1 et 2 sont :

- La Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) auprès du Service Fédéral des Affaires Etrangères du Commerce et de la Coopération qui est l'entité administrative belge chargée d'engager le budget. La DGCD est représentée à Dakar par l'Attaché de la Coopération Internationale auprès de l'Ambassade de la Belgique à Dakar.
- Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal, notamment via la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, qui est l'entité administrative chargée de mener à bien l'exécution du Projet pour la partie sénégalaise.
- La Direction de la Dette et de l'Investissement (DDI/MEF) qui est l'Ordonnateur des dépenses du Projet.
- L'Agence belge de Coopération/CTB qui est l'entité responsable de l'exécution et du suivi du Projet pour la partie belge. Le Représentant Résident de la CTB au Sénégal est le Co-Ordonnateur des dépenses du Projet.
- La direction du projet PAMAS 1 composée d'un responsable (coordonnateur de la CAFSP) et un coresponsable (l'ATI).
- La direction du PAMAS 2 composée d'un responsable (coordonnateur de la CAFSP) et un co responsable délégué (le CTN du projet).

Le bilan des activités du Projet et sa guidance sont assurés chaque semestre par la Structure Mixte de Concertation Locale.

3.2 Résultats intermédiaires & activités

Pour le Projet PAMAS 1

Les résultats attendus du projet sont les suivants :

Résultat 1: la CAFSP a la capacité d'assurer ses fonctions relatives à la promotion, au suivi et à l'encadrement des mutuelles de santé, ainsi que l'ensemble de ses fonctions régaliennes à l'échelle du pays

A.1.1 Doter la CAFSP des moyens humains, matériels et méthodologiques

A.1.2 Elaborer le plan d'action annuel de la CAFSP

A.1.3 Développer les conditions pour une offre répondante aux intérêts de la demande

A.1.4 Superviser & soutenir acteurs opérationnels en charge du support régional

A.1.5 Documenter la pertinence du projet

A.1.6 Animation CNC, développement ONMS (UEMOA) et participation aux autres fora

A.1.7 Renforcement des compétences CAFSP

A.1.8 Alimenter les débats et orientations sur les politiques de santé & protection sociale

Résultat 2: les régions médicales et les équipes cadre de district participent activement

au dialogue offre-demande et favorisent le développement du mouvement mutualiste

A.2.1 Doter les RM des moyens humains, matériels et méthodologiques

A.2.2 Renforcement des compétences des responsables financiers

A.2.3 Améliorer la réponse des prestataires aux attentes et besoins de la demande

A.2.4 Intégrer des indicateurs relatifs aux mutuelles de santé dans le système de collecte de données et soutenir l'interprétation des résultats

A.2.5 Emulation offre /mutuelles de santé via plateformes de communication / concertation

A.2.6 Impact mouvement mutualiste sur comportement et perception de l'offre

A.2.7 Identifier les possibilités de synergies avec d'autres programmes ou secteurs

Résultat 3 : les institutions mutualistes existantes et émergentes sont renforcées, contribuent à l'amélioration de la couverture d'assurance maladie et représentent les intérêts des patients

A.3.1 Apporter aux SF et aux mutuelles le support matériel et méthodologique nécessaire

A.3.2 Acquisition et renforcement des compétences /fonctions gestion & promotion

A.3.3 Renforcement structurel vers une UM et une CCL minimum par région

A.3.4 Développement & Animation de plateformes de communication & coordination

A.3.5 Développer une stratégie de communication adaptée à la population

A.3.6 Supporter le suivi des mutuelles et l'interprétation des résultats

Résultat 4 : le développement des initiatives innovantes (recherche action) a permis aux systèmes de micro assurance santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion et d'élargir leurs bases d'adhésion et leur paquet de prestations

A.4.1 Concevoir et mettre en œuvre des stratégies de couplage micro assurance santé et micro finance

A.4.2 Soutenir et concevoir des mutuelles avec stratégie d'adhésion groupée

A.4.3 Suivre les pilotes et sélectionner l'approche de mutuelle pro de grande taille

Pour le Projet PAMAS 2

Les résultats attendus du projet sont les suivants :

Résultat 1 : les processus de mise en place, de fonctionnement, de gestion et de pérennisation du mécanisme de garantie sont définis

A.1.1 Mener un exercice de capitalisation des expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles communautaires

A.1.2 Définir les investissements et le mode de fonctionnement du mécanisme de garantie

A.1.3 Mettre en place un processus de recherche action

Résultat 2: l'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS est effective

A.2.1 Identifier des paquets de soins éligibles

A.2.2 Identifier les groupes cibles prioritaires : les populations vulnérables et indigentes

A.2.3 Définir les mécanismes de mise en commun de ces paquets

Résultat 3: les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels.

A.3.1 Acquérir les équipements pour le FG et SFG

A.3.2 Recruter les ressources humaines, les former et identifier les ressources techniques et financières

A.3.3 Mettre en place le FG à la CAFSP et dans les zones de concentration ainsi que le système de suivi/évaluation

Le cadre logique de ce DTF n'a pas été modifié.

3.3 Stratégie du projet – Gestion – Organisation

3.3.1 Stratégie du projet

Améliorer la santé de la population demande l'action conjuguée d'une diversité d'acteurs. Dans le contexte du développement de la micro assurance santé au Sénégal, les trois acteurs principaux sont :

- La CAFSP au niveau central, dans la définition des normes et stratégies en tant qu'autorité de tutelle
- Les régions médicales et Equipes Cadre de District, qui veillent à la qualité des services prestés dans les structures publiques et au dialogue avec les mutuelles de santé et autres partenaires
- Les mutuelles et leurs structures faïtières, qui sont les ouvriers du développement du mouvement mutualiste et redevables envers la population qu'ils représentent.

Cela donne les trois premiers axes stratégiques autour desquels les activités du projet sont articulées. Un appui est donné à chacun de ces niveaux. Cet appui s'inscrit dans une logique de renforcement des institutions d'encadrement existantes (CAFSP, RM, ECD, structures faïtières) pour créer un environnement favorable aux mutuelles.

L'appui institutionnel à la CAFSP et le renforcement des mutuelles ainsi que de leurs structures de coordination régionale dans les quatre régions appuyées peut être considéré comme la première intervention de l'Agence belge au Développement sur le « programme d'appui au Développement de la micro assurance santé au Sénégal », le PAMAS 1.

Le développement de mécanismes de garantie vient compléter la stratégie et peut être considéré comme la deuxième intervention de l'Agence belge au Développement sur le « programme d'appui au Développement de la micro assurance santé au Sénégal », le PAMAS 2.

3.3.2 Gestion du projet

Il existe un cadre légal appelé « Convention Spécifique » qui fixe les modalités légales d'exécution, à savoir :

- les responsabilités de chaque Partie ;
- les obligations de chaque Partie ;
- le coût du projet et la contribution financière de chaque Partie ;
- les organes de gestion du projet (leur rôle, attribution, mode de fonctionnement)

Le projet est principalement géré en cogestion qui est une approche concrétisant le principe de partenariat basé sur l'égalité, fondée sur la responsabilité partagée et sur la gestion conjointe des opérations.

La gestion au quotidien du projet PAMAS 1 est assurée, en co-responsabilité, par la direction du projet (DP), composée d'un responsable de l'intervention (le coordonnateur de la CAFSP) et d'un Coresponsable qui sont responsables de la production des RI du projet en vue de l'atteinte de son objectif spécifique. Ils sont chargés de la gestion technique, budgétaire, comptable, administrative du projet.

Pour le projet PAMAS 2, la gestion au quotidien est assurée, en co-responsabilité, par la direction du projet (DP), composée du responsable de l'intervention et d'un Coresponsable délégué qui sont responsables de la production des RI du projet en vue de l'atteinte de son objectif spécifique. Ils sont chargés de la gestion technique, budgétaire, comptable, administrative du projet.

3.3.3 Equipe du projet

L'équipe actuelle du Projet PAMAS 1 est composée de:

- Un responsable national dans la personne du coordonnateur de la CAFSP
- AT (dont un ATI co responsable basé à Dakar et 2 ATN basés à Kaolack)
- Un RAF et une secrétaire comptable (basée à Kaolack)
- Une Assistante Junior (basée à Kaolack)
- Deux chauffeurs sur financement du projet et un chauffeur mis à la disposition du projet par le MSP ;
- Une secrétaire mise à la disposition du projet par le MSP

L'équipe actuelle du Projet PAMAS 2 est composée de:

- un responsable national dans la personne du coordonnateur de la CAFSP
- 1 CTN (co responsable délégué basé à Dakar)
- Un RAF
- Un chauffeur

3.3.4 Suivi scientifique par la KUL (Katholieke Universiteit Leuven)

Le projet bénéficie depuis octobre 2010 d'un suivi scientifique « perlé » par la KUL. Trois missions ont eu lieu entre octobre 2010 et avril 2012 ; deux autres missions sont prévues en 2012. L'Objectif de ces missions de suivi technique est d'appuyer toute l'équipe du projet dans leurs tâches de suivi, de contrôle et d'exécution comme prévu dans le DTF. Cette assistance technique se fait :

- au niveau de la CAFSP (surtout l'Unité d'Assurance Maladie)
- sur le terrain
- à distance avant et après chaque mission.

Le thème de chacune des missions est défini explicitement sur la base des attentes de l'équipe d'exécution. D'une façon générale, cette assistance technique porte essentiellement sur les points suivants:

- Une assistance technique dans la planification, la définition des indicateurs pertinents et le suivi des activités des deux interventions ;

- Une participation/appui à la réflexion sur la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais ;
- Réalisation de certains appuis techniques spécifiques comme p.e. définition et délimitation précise du fonds de garantie dans le contexte du projet ;
- D'autres thèmes sont définis en collaboration étroite avec les équipes sur place en fonction des constats faits pendant les visites sur le terrain.

Comme il s'agit de projets à visée stratégique, le champ d'intervention est large, les intervenants et interlocuteurs nombreux et divers et le milieu complexe. L'assistance a été conçue de façon flexible, voire partiellement opportuniste, tout en gardant la direction fournie par les objectifs des projets.

4 FINALITÉ ET TÂCHES DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Il est prévu dans le DTF du programme PAMAS d'effectuer une évaluation finale du projet PAMAS.

L'objectif général de cette évaluation finale est d'apprécier la contribution du projet PAMAS 1 et 2 dans l'amélioration d'un accès financier durable à des soins de qualité aux populations des régions de Fatick, Kafrine, Diourbel et Kaolack. Elle cherchera à faire le point du niveau de mise en œuvre de l'intervention et à apprécier ses performances au regard des indicateurs du cadre logique d'une part, et des indicateurs de pertinence, d'efficacité, d'efficacités, de respect des délais et de la qualité des prestations d'autre part. Une analyse de l'impact, de la viabilité/durabilité ainsi que de quelques critères HARMO devrait également être faite.

Elle visera également à formuler des recommandations en vue d'adaptations futures ou de réorientations de la mise en œuvre du programme PAODES/volet demande, tant au niveau opérationnel (méthodologie, moyens) que stratégique (résultat, activités).

4.1 Tâches de l'évaluation

Les évaluateurs, dans la recherche de l'atteinte des objectifs dévolus à cette évaluation, s'appuieront sur une recherche documentaire, des réunions avec les entités responsables des activités et les bénéficiaires. Ceci au niveau central (CAFSP), au niveau intermédiaire (régions médicales et structures faïtières) et périphériques (mutuelles de santé et districts sanitaires). Des visites de terrain seront effectuées afin de rencontrer les populations et de mesurer la perception qu'ont les bénéficiaires de cette intervention dans les zones d'intervention du projet.

La mission d'évaluation finale devra entre autres et principalement :

1. Débuter par une analyse de la stratégie du projet en rapport avec son cadre logique et des conditions préalables formulées lors de l'identification et la formulation du projet afin de vérifier si les hypothèses sont toujours valables
2. Evaluer la pertinence des objectifs, du cadre logique, et des indicateurs
3. Faire un bilan des activités réalisées et en cours d'exécution (degré d'atteinte des résultats, contraintes effectives si leur degré d'atteinte est faible, ...) en prenant en considération leur conformité au DTF et au calendrier d'exécution tout en tenant compte des aménagements décidés lors des sessions de la Structure Mixtes de Concertation (SMCL)
4. Analyser le cadre institutionnel et fonctionnel du projet et la qualité des relations du partenariat
5. Inventorier les leçons apprises et faire des recommandations pour d'éventuelles réorientations des activités et du budget du projet afin d'améliorer les performances des interventions ultérieures identifiées dans le PIC 2010-2013 (PAODES/volet demande)
6. Accorder une importance particulière à l'appréciation de la stratégie de suivi scientifique (pertinence, mise en œuvre, résultats, impacts)

5 Groupes d'intérêt concernés par l'évaluation à mi-parcours

Les groupes d'intérêt concernés par l'évaluation finale du projet sont la SMCL, les bénéficiaires directs et indirects, les mouvements associatifs et communautaires et les structures sanitaires et personnel de santé appuyés par le projet, et les autres acteurs intervenant dans le cadre du développement de la micro assurance santé au Sénégal.

Les bénéficiaires directs du projet sont :

- Les institutions mutualistes et leurs structures faïtières
- La CAFSP
- Les régions médicales et les districts sanitaires.

Les bénéficiaires indirects de l'intervention sont :

- Les groupes vulnérables et indigents au sein des populations rurales des régions appuyées
- Les populations cibles des mutuelles de santé
- Les mouvements associatifs et communautaires

L'équipe de l'évaluation finale couvrira l'ensemble des acteurs participant au bon déroulement du projet et ceci dans les différentes régions appuyées par le projet (Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Fatick) et aux différents niveaux appuyés par le projet :

- Le niveau central avec la CAFSP
- Le niveau intermédiaire avec les régions médicales, les districts sanitaires et les structures faïtières des mutuelles
- Les mutuelles de santé.

6 MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS

- L'évaluation doit avant tout être un exercice d'apprentissage et d'accompagnement de différents groupes d'acteurs. Cet apprentissage ne concerne pas uniquement les acteurs locaux mais également les autres acteurs dans le secteur de la santé. L'évaluation est donc une opportunité excellente d'apprentissage pour ces groupes. Elle devrait contribuer à améliorer les pratiques, à adapter et développer de meilleures politiques sectorielles, et à créer une mémoire institutionnelle au niveau du Ministère de la Santé et la Coopération belge.
- L'évaluation doit veiller à une dynamique participative du début jusqu'à la fin en consultant tous les acteurs concernés, inclusif les utilisateurs des services.
- L'évaluation doit être intégrée dans une dynamique de réflexion continue
- L'évaluation doit être conduite en adoptant une approche globale et systémique. Elle doit considérer aussi d'autres dimensions que la dimension technique telle que par exemple l'engagement des acteurs locaux, la qualité relationnelle, le partenariat, les préoccupations plus générales des acteurs locaux au-delà des objectifs immédiats du projet. Une approche systémique implique aussi une attention aux synergies avec les autres interventions en relation avec le projet, appuyées par la Belgique ou par d'autres bailleurs. Elle doit aussi apprécier comment 'le projet' joue son rôle de 'policy experiment' et comment il donne un feedback aux décideurs de la politique de santé au niveau régional et ou au niveau central.
- Ces principes facilitent l'appropriation des questions d'évaluation (au début du processus de l'évaluation) et des recommandations (à la fin) par les acteurs concernés.

6.1 Critères de base

Les critères de base de l'évaluation sont repris en annexe avec une série de questions liées au projet ou indicatives.

7 Documents à produire lors de l'Évaluation à mi-parcours

Les rapports de la mission d'évaluation, rédigés en français, sont les suivants :

- **Un Aide-mémoire** comprenant d'une façon synthétique l'ensemble des observations et recommandations exprimées par la mission d'évaluation. L'Aide-mémoire constitue la base du rapport provisoire et sera remis au MSAS et à la Représentation Résidente de l'Agence belge de Développement/ CTB lors du débriefing à Dakar.
- **Le rapport provisoire.** Ce rapport sera transmis de manière électronique au MSAS et à la Représentation de la CTB au plus tard 10 jours après la fin de la mission. Il pourra faire l'objet d'observations de la part du MSAS, de la Représentation Résidente de la CTB, de l'équipe du projet ainsi que du siège de la CTB dans un délai de 15 jours.
- **Le rapport définitif** sera transmis au siège de la CTB à Bruxelles en 10 exemplaires originaux et de manière électronique (WORD et PDF) 5 jours après la période prévue pour la réception des commentaires.

Structure indicative du rapport de mission (cf template): (un template du rapport sera fourni lors du briefing au siège de la CTB à Bruxelles)

Le Résumé exécutif

Le résumé doit être court (5 pages max.) Il devra se concentrer principalement sur les questions-clés de l'évaluation, décrire les principaux points analytiques, indiquer clairement les conclusions principales, énoncer les leçons à tirer et proposer les recommandations spécifiques (avec renvois vers les pages / paragraphes correspondants).

Le texte principal

Précédé d'une table des matières, le texte principal devrait commencer par une introduction décrivant le Projet et les objectifs de l'évaluation. Le corps du texte devrait de préférence se distribuer en 7 chapitres : bilan des réalisations, lien entre activités et résultats intermédiaires, lien entre résultats intermédiaires attendus et objectif spécifique, revue des conditions, hypothèses et risques, pertinence externe du projet, efficacité, efficacité, durabilité et impact sur les bénéficiaires en décrivant les faits, les interprétant et les analysant. Voir template du rapport, ce template devrait être utilisé de manière pragmatique (non répétitif). Les critères non retenus dans ces TdR, ne devront pas être pris en compte lors de l'élaboration du rapport. Les parties non-pertinentes du template devront être supprimées.

Les Conclusions et recommandations

Pour chaque conclusion il devrait y avoir une recommandation correspondante. Celles-ci devront être réalistes, opérationnelles et pragmatiques.

Elles devront prendre en considération aux plans conceptuel et opérationnel le contexte

actuel du projet à travers l'adaptation de ses stratégies d'intervention au redécoupage administratif et sanitaire de sa zone de couverture ainsi que les ressources encore disponibles pour la mise en œuvre.

Les Annexes

Le rapport comprendra au moins les annexes suivantes :

- Les termes de référence de l'évaluation
- Les dossiers des experts-évaluateurs (CV limité à une page par personne)
- La méthodologie de l'évaluation
- Calendrier définitif de la mission
- Matrices des cadres logiques (originales et améliorées)
- Carte de la zone géographique couverte par le Projet
- Liste des personnes / organisations rencontrées
- L'aide-mémoire
- PV des réunions et ateliers
- Littérature et documentation consultées
- Liste des abréviations
- Checklist des recommandations (à remettre avant à la SMCL pour approbation)

Ces documents seront produits dans le respect des templates fournis par la CTB lors du briefing à Bruxelles.

8 PÉRIODE ET DURÉE DE L'ÉVALUATION FINALE

Le rapport final devra être **disponible au plus tard à la fin octobre 2012**

9 PRISE EN CHARGE DE LA MISSION

La mission sera intégralement financée sur la partie « en régie » du budget du projet.

Transport : pour les déplacements à Dakar et les visites de terrain, les véhicules et les chauffeurs du projet seront mis à la disposition des experts.

Secrétariat : les experts sont supposés chacun disposer d'un ordinateur portable personnel. Les fournitures de papeterie pour les rapports et les sessions de restitution seront fournies par le projet sur base des prévisions communiquées à l'avance.

10 DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Briefing au siège de l'Agence belge de Développement/ CTB à Bruxelles et à la Représentation (avec la CAFSP, le Représentant Résident, l'équipe d'évaluation, le projet). Echange de points de vue sur l'objet de la mission, le programme et la méthodologie appliquée.

Etude/Analyse des documents disponibles

Visites de terrain dans la zone d'intervention du projet, Kaolack, Diourbel, Kaffrine et Fatick

Collecte de données auprès des bénéficiaires, du personnel du projet, de la direction du projet, des autorités et des instituts partenaires.

Atelier de restitution avec les intéressés, après les visites de terrain

Débriefing à Dakar et remise de l'Aide-mémoire.

Rédaction du brouillon de rapport de mission et envoi au siège de l'Agence belge de Développement/ CTB.

Débriefing au siège de l'Agence belge de Développement/ CTB, présentation des résultats, conclusions et recommandations.

Intégration des commentaires du Comité de Qualité dans le rapport.

Rédaction du rapport final et envoi au siège de l'Agence belge de Développement/ CTB.

Règlement des formalités administratives et financières.

11 CHRONOGRAMME INDICATIF

JOURS	ACTIVITES
Jour 1	Briefing à la l'Agence belge de Développement/ CTB à Bruxelles pour l'expert international (EI). Préparation de la mission par expert national (EN)
Jour 2	Réunion d'instruction à l'Agence belge de Développement/ CTB Dakar en présence des autorités sénégalaises de tutelle (CAFSP). Concertation entre les experts sur le programme et la méthode.
Jours 3 - 4	Rencontres au niveau de la CAFSP, et la direction du projet (PAMAS 1 et 2)
Jour 5	Rencontre avec l'équipe du Projet à Kaolack et rencontre avec les présidents des Unions des mutuelles de 4 régions appuyées.
Jour 6	Visites de terrain (Kaolack)*
Jour 7	Visites de terrain (Diourbel)
Jour 8	Visites de terrain (Kaffrine)
Jour 9	Visites de terrain (Fatick)
Jours 10-12	Synthèse et rédaction des données recueillies
Jour 13	Atelier de débriefing à Kaolack avec les différents acteurs impliqués
Jour 14	Finalisation de l'aide-mémoire
Jour 15	Finalisation de l'aide-mémoire
Jour 16	Débriefing à Dakar et discussion de l'aide-mémoire suite à l'atelier de restitution de Kaolack. Discussion des recommandations provisoires. Départ Consultant international
Jours 17-26 (période max.) 4 jours prestés EI 1 jour presté EN	Préparation rapport provisoire. Dépôt en version électronique (débriefing CTB Bruxelles)
Jours 26-41 (période max.)	Remise des commentaires sur le rapport provisoire
Jours 41-46 (période max.) 1 jour presté EI 1 jour presté EN	Préparation du rapport final et remise en 10 exemplaires originaux et de manière électronique.

	Visite de terrain (dans le pays partenaire)	En Belgique
Consultant International	15	6
Consultant national socio-anthropologue	18 (dont 1 jr de préparation de la mission, 1 jr de participation à la rédaction du rapport provisoire et 1 jr de participation à la rédaction du rapport final)	0

12 COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE L'ÉVALUATION FINALE

12.1 Equipe de référence

Une équipe de référence appuiera l'équipe de l'Evaluation à mi-parcours. Elle sera constituée des personnes suivantes :

Dans le pays partenaire : Sénégal (le Représentant Résident et le/la chargé/e de programmes)

A Bruxelles : (Le Conseiller OPS/Sectoriel/Thématique)

12.2 Equipe de l'Evaluation finale

La mission sera exécutée par une équipe de consultants (objet de ce marché) ayant une expérience avérée en matière d'évaluation de projets dans le domaine de la santé. Les membres de la mission devront être indépendants. Ils ne devront pas avoir été directement impliqués dans le projet ni dans sa formulation, ni dans son exécution ou son suivi scientifique. L'équipe sera constituée de 2 personnes, dont une de nationalité sénégalaise. Le Chef de Mission sera un expert international. Leurs profils seront complémentaires.

L'objet du présent marché concerne **la mise à disposition du consultant international et du consultant national.**

12.3 Profil et responsabilités des Consultants

12.3.1 Un(e) Médecin Spécialisé santé publique ou économiste de la santé. Consultant international, chef de mission :

Profil :

- Diplôme en Santé publique ou Economie de la Santé
- Expérience dans le domaine de la coopération au développement
- Expérience en matière d'organisation des systèmes de santé dans différents pays africains.
- Bonne connaissance des systèmes de mutualisation du risque maladie, et de l'organisation des systèmes de financement communautaire des soins de santé
- Expérience dans la conduite d'évaluation de projets (5 évaluations minimum, évaluations mi-parcours ou évaluations finales).
- Une expérience préalable en zone sahélienne.
- Expérience de gestion de projet

Tâches:

Le Consultant International est entièrement responsable des conclusions et recommandations de l'évaluation à mi-parcours.

Il/Elle est en charge des tâches suivantes :

- Coordonner l'équipe d'Evaluation à mi-parcours;
- Définir une méthode de travail en accord avec les commanditaires et l'autre membre de l'équipe ;
- Assurer le programme de visites et des réunions en tenant compte du temps imparti et de l'importance à accorder à chacune des rencontres ;
- Gérer le temps des experts en fonction de la réalisation des objectifs de la mission, s'assurer que tous les intéressés sont effectivement impliqués dans la mission;
- Participer aux visites de terrain.
- Assurer la cohérence de l'évaluation, la pertinence de l'analyse et la conformité aux termes de référence
- Assurer la rédaction du brouillon de rapport de mission, garantir la qualité technique du document ;
- Assurer l'évaluation des critères de base (cohérence, relevance, efficience, efficacité, durabilité et impact) et d'autres critères, tels que mentionnés dans le chapitre 6.
- Rédiger le résumé des conclusions et recommandations principales à présenter lors des réunions de débriefing.
- Rédiger l'aide-mémoire, le rapport provisoire et le rapport final en collaboration avec les autres experts de la mission.

12.3.2 Un(e) sociologue/anthropologue ayant de solides connaissances en sante publique, consultant national :

Profil :

- Diplôme en sociologie/anthropologie ou équivalent avec une spécialisation ou expérience démontrée en santé publique, santé communautaire
- Connaissance et pratique de l'approche socio- anthropologique et des enquêtes sociologiques en milieu rural en Afrique de l'Ouest
- Expérience dans l'évaluation de projets (3 évaluations minimum, évaluations mi-parcours ou évaluations finales).
- Expérience dans le domaine de la micro-assurance santé et de participation des populations à l'effort de santé

Tâches essentielles :

- Récolter et analyser de manière approfondie les informations recueillies lors des visites de terrain ceci en étroite collaboration avec le chef de la mission. Pour ce faire, il/elle proposera dès le début de la mission une méthodologie de recueil de données socio-anthropologiques auprès des mutuelles de santé, les structures faitières des mutuelles, les régions médicales et les populations rurales des régions appuyées
- Fournir une évaluation du projet dans les domaines de la micro-assurance santé et de l'effort des organes de participation communautaire à l'effort de santé.

13 ANNEXES

En Juin 2011, le projet a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours ; les recommandations de cette évaluation mi-parcours sont reprises ci-dessous :

POUR LA SMCL

- La SMCL devrait développer des passerelles plus soutenues avec le Comité technique régional (voir section 6.4) pour mieux alimenter sa réflexion sur certaines questions de fond relativement à la viabilisation des MS à travers un schéma national plus adapté.
- La SMCL doit veiller au renforcement de la synergie dans le pilotage des interventions de la CTB: PAMAS, PAGOSAN, PAODES (unité permanente de coordination).

POUR LE PROJET

AU NIVEAU NATIONAL (CAFSP)

- Le positionnement des unités techniques de la CAFSP dans la mise en œuvre du PAMAS demande à être renforcé pour favoriser un portage plus soutenu dans une perspective de pérennisation: en ce moment l'unité d'Assurance Maladie est la seule unité de la CAFSP qui est nettement impliquée dans le projet PAMAS, mais une participation forte des 4 unités dans le projet PAMAS et des interactions plus formelles sont indispensables pour créer une meilleure orientation de la CAFSP vers son rôle de promoteur de l'assurance maladie.
- Le système de coordination entre l'équipe centrale (au sein de la CAFSP) et l'équipe opérationnelle (à Kaolack) demande à être amélioré pour garantir plus de visibilité et d'efficacité dans les interventions. Il serait aussi souhaitable que les ressources humaines des deux projets se complètent pour réussir le quatrième résultat attendu du PAMAS 1.
- Une plus forte pro activité est attendue de la part de la CAFSP pour la mise en place des pré-requis de l'application du règlement UEMOA portant sur la mutualité sociale: l'article 22 sur l'agrément préalable et les articles 23 et 24 sur l'organe administratif de la mutuelle sociale et le registre national d'immatriculation des mutuelles sociales devraient inciter la CAFSP de mieux préparer les mutuelles de santé à être en conformité avec les pré-conditions du règlement UEMOA.
- La disponibilité des médicaments génériques au niveau de l'offre de soin conformément aux besoins est une condition nécessaire pour garantir l'attractivité des MS. Les efforts à faire à ce niveau se donnent comme un pré-requis dont la non prise en charge urgente et efficace compromettra l'avenir des MS. Comme la tutelle des mutuelles de santé est confiée au MSP à travers la CAFSP, la Cellule a l'autorité de sensibiliser et entreprendre un plaidoyer au niveau national pour améliorer la disponibilité des médicaments génériques.

AU NIVEAU REGIONAL & PERIPHERIQUE (UNIONS REGIONALES DES MUTUELLES DE SANTE, MUTUELLES DE SANTE, REGIONS MEDICALES)

- Accompagnement technique de proximité pour les mutuelles de santé et leurs structures faitières en termes de gestion, de suivi et d'identification et mise en œuvre des stratégies de viabilisation des mutuelles de santé: malgré une relance notable de la micro-assurance santé dans la zone d'intervention du PAMAS, les mutuelles de santé souffrent encore en termes de crédibilité (vis-à-vis des bénéficiaires potentiels et les prestataires de soins) et sur le plan de la gestion financière et organisationnelle. Un accompagnement au quotidien pour mettre en œuvre leur plan d'action et le plan de communication serait souhaitable et aurait le potentiel d'augmenter la rentabilité des moyens disponibles (pour les mutuelles mais aussi pour le PAMAS même).
- Capitalisation des bonnes pratiques et réplique potentielle dans la zone d'intervention: des exemples du couplage micro-finance et micro-assurance de santé (comme p.ex. entre le réseau des mutuelles de santé Oyofal Paj et la mutuelle de crédit Teranga à Kaolack) ou du développement de la fonction productive et de la contribution à l'économie sociale (comme la mutuelle de santé de Ndongol) peuvent être instrumentaux dans l'animation des autres mutuelles qui montrent un potentiel pour accélérer leur développement à une échelle plus élevée (avec taux de recouvrement et de pénétration plus convenables et un paquet de soins élargi, ...).

POUR LE SIEGE DE LA CTB

- Améliorer la réactivité sur les propositions soumises pour validation, comme le manuel SIMGE qui est pertinent pour le bon déroulement du projet PAMAS 2, et par conséquent pour le PAMAS 1 (et le PAODES dans les meilleurs délais).
- Les ressources disponibles pour le suivi scientifique perlé doivent être utilisées de manière efficiente: un remplaçant(e), éventuellement ad intérim, ou une assistance à distance (comme prévu) serait souhaitable pendant une absence longue.

POUR LA COOPERATION BELGE

- Ensemble avec l'Etat sénégalais, la coopération belge pourrait se pencher sur une réflexion sur le futur de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé à base communautaire. Des expériences dans des autres pays ont montré les limites des mutuelles de santé communautaires, tout spécialement concernant le volume financier qu'elles peuvent générer. Aussi le projet actuel montre des taux de pénétration faibles, des paquets de bénéfices peu attractifs, et un manque de professionnalisation de la gestion des MS. Dans leur forme actuelle et sans aide extérieure, les MS auront du mal à accélérer le développement de l'assurance maladie. L'intervention de la CTB à travers le PAMAS constitue une bonne opportunité pour jeter les bases d'une réflexion sur les fonctions et les rôles qu'on doit attendre des MS dans la perspective d'une assurance maladie universelle. Les MS doivent-elles seulement rester une porte d'entrée pour toucher et organiser la demande (cibles)? Serait-il réaliste qu'elles s'occupent encore de la gestion technique de l'assurance maladie? Cette fonction ne doit-elle pas être confiée à des

professionnels? Comment aller vers un système obligatoire plus englobant qui garantisse un paquet de base à tous tout en combinant un régime contributif (salariés), semi-contributif (employés secteur informel) et non-contributif (groupes vulnérables)?

AUTRES RECOMMANDATIONS

- *Faire intégrer l'aspect genre dans les stratégies et développer des partenariats en faveur de la promotion de la femme à tous les niveaux:* le plaidoyer pour une approche intégrée de l'égalité des sexes dans les stratégies et plans d'action des mutuelles de santé devrait s'exprimer au niveau national (p.ex. par le Ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, de l'Entrepreneuriat Féminin et de la Micro Finance), au niveau régional (p.ex. par l'APROFES, l'ARD), et au niveau local (p.ex. par les collectivités locales).

ANNEXE 2 - Critères à étudier

CRITERES DE BASE

Pertinence

Il s'agira de voir dans quelle mesure l'intervention répond-t-elle aux attentes et priorités des acteurs principaux concernés par le projet.

Deux aspects devraient être examinés ici:

La conception du projet est-elle en accord avec les politiques et stratégies nationales et régionales (règlements UEMOA)

Le projet est-il conforme à la politique de développement, aux stratégies et aux priorités de la Belgique ?

L'équipe de l'évaluation devrait fournir une réponse à la question de savoir si le projet est pertinent et éventuellement proposer des mesures à prendre pour le réactualiser ou l'adapter au mieux possible à l'évolution du contexte et aux réalités de son environnement.

Efficiences

Il s'agira ici de la manière dont le projet transforme les ressources de l'intervention en résultats attendus grâce aux activités mises en œuvre. L'évaluation finale évaluera le progrès physique et financier du projet.

Les **questions** suivantes sont cruciales afin de vérifier dans quelle mesure le projet respecte-t-il sa planification, dans différents domaines et à différents niveaux.

Les inputs (finances, ressources humaines, équipement) sont-ils implémentés suivant la planification ?

Les activités sont-elles implémentées en respectant le calendrier proposé ?

Les contributions des deux parties sont-elles mises à disposition selon les engagements pris ? Sont-elles gérées correctement? Qu'est-ce qui pourrait être fait mieux, moins cher, plus rapidement ?

La qualité des activités est-elle satisfaisante ?

L'évaluation finale expliquera chaque retard, contrainte ou problème que le projet a rencontré et formulera des recommandations par rapport aux approches à utiliser dans le cadre du nouveau programme PAODES/ demande.

Efficacité

Il s'agit ici d'examiner si les résultats du projet sont atteints et contribuent à la réalisation de l'objectif spécifique, de voir dans quelle mesure les changements qui ont eu lieu dans la zone d'intervention ont été causés ou influencés par le projet. L'efficacité présuppose

l'utilisation des résultats par les bénéficiaires.

L'équipe d'évaluation devrait apporter des réponses aux questions clefs ci-après :

Dans quelle mesure l'objectif spécifique (OS) est-il atteint, se référant aux indicateurs ?

La réalisation de l'OS pourrait-elle être due au projet ou être influencée par des facteurs externes ?

Dans quelle mesure l'implémentation du projet répond-elle aux problèmes, besoins et priorités des bénéficiaires ?

Dans quelle mesure les bénéficiaires sont-ils satisfaits des résultats du projet?

L'EF-team expliquera - si nécessaire - les raisons qui expliqueraient pourquoi l'objectif spécifique et/ou les résultats n'ont pas été ou ne pourraient-ils pas être atteints.

Durabilité

Il s'agit de l'évaluation des bénéfices résultant de l'intervention après son terme. La durabilité reflète la confiance, que le bénéfice et l'appui produit par le projet seront maintenus et reproduits pour les bénéficiaires après la clôture du projet. C'est une situation par laquelle les avantages nets sont susceptibles de résister aux risques.

L'évaluation de la durabilité implique l'examen des éléments suivants :

Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué/ contribue à la durabilité sur le plan social, politique sectorielle, technique, économique, environnemental, institutionnel et/ou organisationnel?

Dans quelle mesure les intéressés sont-ils capables et prêts à garder les facilités opérationnelles et à assurer la continuation des activités?

Le projet prévoit-il suffisamment de capacity building, afin d'augmenter/d'assurer sa durabilité?

Dans quelle mesure les solutions proposées et les approches acceptées sont-elles maîtrisées par les bénéficiaires?

L'équipe d'évaluation EF fournira une indication de la confiance qu'elle a dans la continuation du flux des bénéfices et du soutien produits par le projet.

Cohérence

Par ce critère « cohérence », il sera question d'analyser dans quelle mesure la logique de l'intervention se contredirait-elle avec d'autres projets de développement travaillant dans le développement de la micro assurance santé ?

Les **questions** à formuler sont:

Les stratégies et approches d'autres PTF sont-elles cohérentes avec les stratégies et approches de l'Agence belge de Développement/ CTB pour des projets avec objectifs similaires ?

Les stratégies et approches du projet PAMAS sont-elles cohérentes par rapport à d'autres projets de la zone de concentration de l'Agence belge de Développement/ CTB (Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) ?

Comme le nouveau programme PAODES (Programme d'Appui à l'Offre et la demande de santé au Sénégal) a démarré avec le volet offre en début 2012, l'EF devrait étudier les pistes d'intégration à développer avec le volet demande du nouveau programme.

L'EF formulera des commentaires et recommandations sur la cohérence du projet et – si nécessaire – sur des éventuelles contradictions ou synergies entre le projet actuel et le nouveau programme PAODES/volet demande.

Impact

Il est difficile d'apprécier l'impact dans le sens des 'implications à long terme de l'intervention de développement. Néanmoins, il est possible et pertinent d'apprécier les effets, positifs ou négatifs, directs ou indirects, intentionnels ou non intentionnels générés par le projet :

Quels sont les effets que les bénéficiaires, institutions des partenaires et groupes non-ciblés ressentent du projet? Ces changements sont-ils durables ?

Quelle est la nature de ces changements: positifs, négatifs, directs, indirects, intentionnels, non intentionnels ? Y aurait-il une relation causale entre les changements et la présence du projet ?

Est-ce que toutes les parties prenantes ressentent les changements introduits par le projet de la même façon ?

Est-ce que ces changements contribueraient à la réalisation de l'objectif global ?

CRITÈRES - HARMO POUR RENFORCER L'EFFICACITÉ

Harmonisation

Il est question ici de voir dans quelle mesure les actions du projet sont-elles harmonisées avec celles d'autres intervenants (PTF) dans les régions appuyées pour plus de transparence et d'efficacité collective.

A-t-il été mis en place dans les régions d'intervention un cadre d'échanges et concertation pour la coordination des actions dans la perspective d'une complémentarité entre les PTF ?

Alignement

Il sera question ici d'examiner dans quelle mesure l'Agence belge de Développement/

CTB (à travers le projet PAMAS) renforce-t-elle ou fait-elle reposer l'ensemble de son soutien sur les stratégies de développement, les institutions, les systèmes et procédures du Sénégal.

En évaluant ce critère les points suivants devraient être pris en considération :

Le projet PAMAS, s'aligne-t-il sur les systèmes et procédures nationales en matière de passation des marchés, d'audit, de rapportage, de monitoring et d'évaluation ?

Le projet, renforce-t-il les capacités de gestion en matière de monitoring & d'évaluation, de rapportage, de passation des marchés, des ressources humaines?

Le projet, encourage-t-il des efforts d'alignement de sa direction ou de son personnel ?

Gestion axée sur les résultats

Il sera question ici d'étudier la mesure dans laquelle la gestion ou la mise en œuvre du projet se concentre-t-elle sur ou vise-t-elle les résultats souhaités, de voir si l'utilisation des données générées ou disponibles peut amener à l'amélioration du processus de décision.

Les questions suivantes sont importantes :

Les deux partenaires, se focalisent-ils sur les résultats pendant toutes les phases du projet : planning, mise en œuvre, monitoring, évaluation et rapportage ?

Le dialogue, est-il focalisé sur l'obtention des résultats pendant toutes les phases du projet ?

La CAFSP coordonne-t-elles de loin ou de près les efforts de monitoring et d'évaluation de l'intervention?

L'équipe de l'évaluation finale devrait donner un feed back par rapport à l'utilisation des systèmes de monitoring, évaluation et rapportage et si possible proposer des améliorations.

Responsabilité mutuelle

Il s'agit ici du renforcement de la responsabilité et de la transparence pour le développement de résultats, les structures/institutions partenaires et le projet étant responsables pour le développement de ces derniers.

Trois questions fondamentales seront examinées à ce niveau par l'équipe de l'évaluation finale :

Le projet donne-t-il dans les temps des informations transparentes et compréhensibles sur les dépenses financières et les progrès de l'intervention par rapport aux activités, aux résultats, aux objectifs etc.?

Les structures partenaires (CAFSP, régions médicales, mutuelles de santé et leurs structures faïtières) rapportent-t-elles les réalisations du projet aux autorités nationales, aux autorités locales et aux bénéficiaires?

La SMCL fonctionne-t-elle de l'une ou l'autre de ces manières: réunions régulières, respect de l'opinion de l'institution partenaire, évaluation conjointe des progrès du projet, respect des engagements, suivi du projet par rapport aux nouvelles tendances ?

L'équipe EF peut faire des recommandations par rapport à la SMCL, en vue d'améliorer la responsabilité mutuelle de chaque partie concernée.

Appropriation

L'appropriation est le degré auquel les partenaires exercent effectivement la maîtrise sur les actions de l'intervention. Cela réfère également à ses efforts à coordonner les actions de développement.

Au niveau du projet PAMAS, les **questions suivantes** peuvent servir à évaluer le degré d'appropriation :

L'institution partenaire exerce-elle le leadership dans l'implémentation du projet ?

L'institution partenaire coordonne-t-elle l'intervention? Si oui, est-ce fait en dialogue avec les différents PTF ?

Le projet renforce-t-il les capacités de leadership de l'institution partenaire, concernant ces tâches de coordination ?

L'équipe EF devrait être capable d'indiquer les lacunes au niveau de l'appropriation des actions de l'intervention par les structures partenaires et proposer ensuite des mesures pour renforcer « l'empowerment » de l'institution partenaire.

THEMES TRANSVERSAUX

Egalité de Genre

L'équipe d'évaluation finale devrait -lors de toute l'analyse- désagréger ses données (statistiques pour les femmes et pour les hommes,...). L'exercice d'évaluation finale devrait se faire dans le respect de l'approche genre spécifique ce qui signifie qu'on mesure (quantitativement et qualitativement) les effets du sous-programme pour les femmes et les hommes.

Les hommes et les femmes bénéficient-ils de la même manière de l'intervention du programme (formation, renforcement des capacités,...) ?

Le programme a-t-il aidé à renforcer le contrôle des femmes sur les services à fournir aux populations ?

Y-a-t-il une plus grande participation des femmes à la prise de décision (représentation au sein des organes des mutuelles de santé,...) ?

L'évaluation devrait vérifier si des catégories de populations sont exclues de l'intervention en dehors du genre. Y-a-t-il d'autres groupes vulnérables que le sous-programme a pu prendre en compte (handicapés, minorités ethniques, ...).

Environnement

L'environnement en tant que thème transversal fait référence au lien qui existe entre les activités du projet et ses résultats et le respect de l'utilisation rationnelle et durable et de la protection des ressources naturelles. La dimension environnementale tient compte d'un respect durable de l'écosystème et de l'habitat naturel, de la conservation et l'utilisation rationnelle des ressources, des risques potentiels pour l'environnement, de l'adaptation des technologies.

Economie sociale

L'économie sociale fait référence à la dimension économique et sociale de la finalité d'un service et des résultats délivrés par le projet PAMAS. L'économie sociale mesure également si le projet fait appel, interagit avec la société civile. Le critère « économie sociale » pose la question de savoir si l'activité et les résultats sont socialement orientés ou sont exclusivement tournés vers le profit économique.

Annexe 2 - Liste des membres de l'équipe d'évaluation

Mr. Mathieu Noirhomme (économiste, UCL), travaille depuis 2007 comme consultant indépendant sur des questions de renforcement du système de santé, de financement de la santé et d'accès aux soins de santé en Afrique et en Asie. Il est notamment l'un des principaux consultants supportant le siège de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la mise en œuvre de la stratégie Country Health Policy Process, visant à rassembler gouvernements et partenaires autour d'une méthode et d'une plateforme commune de dialogue politique. Mathieu Noirhomme a une bonne connaissance des programmes CTB au Sénégal et de leurs acteurs pour avoir apporté une contribution pour finaliser la formulation du PAMAS et pour avoir été en charge de la formulation du volet demande du PAODES en décembre 2010 et janvier 2011. Il dirige la mission d'évaluation.

Professeur Abdou Salam FALL, est sociologue titulaire d'un doctorat de sociologie urbaine à l'université de Dakar et d'un doctorat en sociologie économique de l'Université d'Amsterdam. Il enseigne depuis 23 ans à l'université de Dakar. Il dirige le Laboratoire de recherche sur les Transformations économiques et sociales et également la Formation doctorale « sciences sociales appliquées au développement ». Il a mené de nombreux travaux de recherche et d'expertise dans le domaine de la gouvernance de la santé, l'accès des groupes sociaux aux services de santé au Sénégal et la protection sociale, au Mali, Niger, Burkina, Bénin, Tchad, Rwanda, Sénégal etc. Il est spécialiste d'économie sociale et solidaire, domaine dans lequel il a réalisé des recherches internationales et joué un rôle actif dans les réseaux nationaux et internationaux.

Annexe 3 : Méthodologie de l'étude

BTC/CTB

MARCHE DE SERVICES POUR L'EVALUATION
FINALE du « Programme d'Appui au
Développement de la Micro assurance
Santé » (PAMAS)
République du SENEGAL

Méthodologie



Liste des abréviations

AEDES	Agence Européenne pour le Développement et la santé
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CPSD	Comité des partenaires
CDSMT	Cadre des dépenses sectorielles à moyen terme
CSE	Cadre de suivi et évaluation
CTB	Coopération Technique Belge
DDS	Direction Départementale de la Santé
DSRP	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
DGCD	Direction générale de Coopération au Développement
DTF	Dossier Technique et Financier
FED	Fonds Européen de développement
PBF	Performance based financing
PIC	Programme Indicatif de coopération
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSD	Plan National de Développement Sanitaire
TDR	Termes de références
SDRP	Stratégie de Développement Accélérée et de Réduction de la Pauvreté
SG	Secrétaire Général du MSP

1. Methodologie : Evaluation Finale du Programme d'appui au Developpement de la microassurance santé(pamas). SENEGAL

1.1. COMPREHENSION DES TERMES DE REFERENCE

Les termes de référence (TdR) sont clairs et synthétiques. Ils mettent bien en évidence les enjeux de l'évaluation finale qui est demandée. AEDES connaît bien le contexte dans lequel évolue le secteur de la demande de soins et du financement de la santé au Sénégal, et dispose d'une expérience solide dans le domaine des évaluations impliquant des analyses institutionnelles et organisationnelles. Sur cette base, nous commentons ici les principaux objectifs de l'évaluation tels qu'ils apparaissent dans les TdR.

1.1.1. Connaissance du contexte

La politique nationale du Sénégal en matière de lutte contre la pauvreté actualise les Documents Stratégique de Réduction de la Pauvreté-DRSP I et II. Ceux-ci mettent en évidence l'absence de protection sociale comme un des facteurs de basculement des ménages dans la pauvreté. Les risques de basculement liés aux facteurs de vulnérabilité concernent toutes les catégories sociales mais le DSRP II met particulièrement l'accent sur les vulnérabilités essentielles des populations rurales. C'est pourquoi le gouvernement a élaboré une Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques dont les principales orientations stratégiques visent à réduire l'impact des chocs économiques sur la population et les groupes vulnérables.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à travers sa Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP), a engagé depuis 2007 des réflexions ayant abouti à l'élaboration de la Stratégie Nationale d'Extension du Risque maladie des Sénégalais, qui identifie une série d'approches pour étendre la couverture en optant pour l'extension de la protection et en mettant l'accent sur la mutualisation de la couverture santé et sur la mise en place de mécanismes d'assistance aux populations vulnérables.

Dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2 - 2009/2018), l'amélioration de l'accès des pauvres à des soins de qualité et l'amélioration des mécanismes de financement de la santé constituent un axe stratégique prioritaire. Dans le Cadre des Dépenses Sectorielles à

Moyen Terme (CDSMT) 2012-2014, l'objectif sectoriel 4 porte sur le renforcement de la couverture du risque maladie et met l'accent sur les groupes vulnérables (handicapés, femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes âgées) et le développement de mécanismes de solidarité pour les populations pauvres.

Pour réaliser cet objectif, le Ministère de la Santé a entrepris des initiatives visant à réduire les barrières financières liées à l'offre de soins (la gratuite des césariennes, le plan SESAME, la gratuite des ARV, le traitement du paludisme...). La CAFSP a travaillé pour fédérer toutes ces initiatives de gratuité et développer des outils de protection sociale à travers les mutuelles communautaires de santé.

Aujourd'hui, l'extension de la couverture du risque maladie est plus que jamais d'actualité avec l'objectif du gouvernement actuel d'atteindre un taux de couverture national de 50% de la population d'ici 5 ans. Ceci s'est traduit par la mise en place de la Délégation Nationale pour la Protection Sociale rattachée à la Primature. Au niveau du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, le rôle de la CAFSP est recentré sur la couverture universelle et devient Cellule d'Appui à la Couverture du Risque Maladie (CACMU).

Sur le projet PAMAS

Les TdR donnent une explication détaillée, tant de l'historique que de la structure et de l'organisation du PAMAS 1 et du PAMAS 2. Nous n'allons pas répéter cette description, mais juste souligner certains aspects qui intéressent particulièrement l'évaluation.

Tout d'abord il est nécessaire de prendre en compte que le PAMAS fait partie d'un front cohérent d'appuis de la coopération belge aux régions d'intervention (bassin arachidier). Dans le domaine de la santé, divers projets se sont succédés depuis 2006, dont l'ARMD sur la région de Diourbel, l'ASSRMKF appuyant aussi les régions de Kaolack, Fatick et Kafrine, et les actuels PAGOSAN (Programme d'Appui à la Gouvernance en Santé) et PAODES (Programme d'Appui à l'Offre et la Demande de Soins), intégrant le Programme Santé Belgique-Sénégal (PSBS), qui étendent leurs appuis sur les 4 régions précédentes et la région de Thiés. De façon synthétique, le PAMAS 1 appuie les mutuelles et la micro finance au sens large pour un renforcement des mécanismes d'assurance santé, et le PAMAS 2, se concentre sur la création d'un fond de garantie permettant aux mutuelles de santé de consolider leur assise financière et de contribuer à la prise en charge des groupes vulnérables en accord avec les principes de politique nationale.

Les résultats attendus des deux volets sont bien décrits dans les TdR. Le

PAMAS 1 prévoit des appuis à la CAF SP, pour qu'elle puisse assurer ses fonctions d'appui aux mutuelles, aux régions médicales (RM) et aux équipes cadres de district (ECD) en vue d'une amélioration de l'accès aux soins des populations et d'une institutionnalisation du dialogue offre-demande. Les résultats du PAMAS 2 organisent la mise en place du mécanisme de garantie visant des groupes cibles bien définis.

Les axes stratégiques du projet sont liés au développement des acteurs principaux cités plus haut : le niveau central par la CAF SP, le niveau intermédiaire et périphérique, par les régions médicales et les districts sanitaires, et pour la population, les mutuelles et leurs organisations faïtières.

Les mécanismes de gestion et fonctionnement du projet (2 volets) sont bien décrits et correspondent au système de Cogestion classiques de la CTB. Le PAMAS a bénéficié d'un suivi scientifique de la part de la KUL (Katholieke Universiteit Leuven) dont les apports seront traités par l'équipe en charge de l'évaluation.

1.1.2. Compréhension des objectifs de la mission

L'équipe de consultants est chargée d'évaluer le « Programme d'Appui au Développement de la Micro assurance Santé (PAMAS) selon les Conventions Spécifiques respectives (octobre 2008 pour le volet 1 et décembre 2009 pour le volet 2). La finalisation est prévue pour décembre 2012. Il est important de noter qu'il s'agit de deux projets, faisant partie d'un même programme : le Volet « Appui institutionnel à la CAF SP et Renforcement des Mutuelles » constitue le PAMAS 1 et le Volet « Financement des mécanismes de garantie », le PAMAS 2.

1.1.3. Critères à étudier

Les différents critères à prendre en compte par les consultants dans cette évaluation sont bien décrits dans les TdR, leur donnant ainsi leur spécificité.

Compte tenu de la lenteur inhérente aux programmes mutualistes (difficultés à augmenter les taux d'adhésion, capacités limitées de gestion des mutuelles et des structures faïtières), il nous semble essentiel d'apprécier en premier lieu le processus de développement des mutuelles, leur perception et les développements institutionnels. En ce sens, nous proposons de mettre l'accent sur les indicateurs qualitatifs et de processus, au-delà des seuls indicateurs quantitatifs. C'est probablement le meilleur moyen pour que les acquis du PAMAS puissent servir durablement à la mise en œuvre du volet demande du PAODES. Dans ce cadre, il est probable que les leçons du PAMAS débordent des seules

questions mutualistes pour nourrir la réflexion sur les stratégies de renforcement de la demande de soins pris de manière plus globale.

Nous détaillons ci-dessous notre perception des critères d'évaluation soumis dans les TdR, en regard des spécificités de ce programme.

Evaluation du suivi des recommandations de l'Evaluation à Mi-Parcours.

Il est essentiel pour l'évaluation finale de savoir dans quelle mesure ont été appliquées les recommandations issues de l'EMP, qui a eu lieu en juin 2011.

Critères de Base.

1) Pertinence : Mis à part la question fondamentale de savoir si le projet est toujours en accord avec les politiques et stratégies, tant nationales que du donneur belge, il est important de s'enquérir de l'adaptation du projet aux changements de fond survenus depuis sa formulation.

2) Efficience : Mis à part l'analyse de l'utilisation des moyens et ressources, le questionnement autour du lien entre la planification et son respect dans l'exécution du projet semble ici crucial, dans l'utilisation des ressources, la mise en œuvre des activités et leur qualité intrinsèque, la gestion des contributions, etc.

3) Efficacité : Nous analyserons non seulement le degré d'atteinte de l'objectif spécifique et des résultats attendus, mais aussi dans quelle mesure la mise en œuvre des deux projets répond aux problèmes, besoins et priorités des bénéficiaires, et dans quelle mesure les hypothèses, risques et conditions préalables formulées dans le DTF ont été prises en compte par la suite. L'analyse de l'efficacité sera renforcée par l'étude des critères HARMO.

4) Durabilité : La question de la viabilité des bénéfices du projet est au cœur de cette évaluation. Dans ce cas précis, le volet Demande du projet PAODES, qui se trouve dans sa première année d'exécution, est censé donner une continuité au PAMAS. Il s'agira d'analyser si le projet a mis en place une stratégie de pérennisation visant à renforcer l'appropriation par les bénéficiaires et le cadre institutionnel en vue de garantir une continuité des bénéfices et produits après le projet.

5) Cohérence : La question de la cohérence suppose une bonne intégration du projet dans le mandat de la CAF SP et une contribution au renforcement de leurs réponses aux défis nationaux. Dans cette optique nous analyserons la cohérence de l'intervention avec les approches développées par les autres bailleurs impliqués dans l'appui aux mutuelles, le financement de la santé et la couverture universelle du risque maladie.

6) Impact : Dans un programme de ce type, il serait réducteur de se concentrer sur des questions de taux d'utilisation ou d'adhésion. Nous prendrons ces points en compte, mais analyserons également l'impact sur les questions de renforcement (ou non) des institutions, de leurs relations et des capacités des acteurs aux différents niveaux d'intervention du programme. Nous veillerons à distinguer les impacts endogènes et exogènes.

L'étude de ces critères d'évaluation débouchera sur la formulation dans le rapport de recommandations opérationnelles qui seront adressées aux différentes parties prenantes de l'intervention.

Critères HARMO : L'équipe d'évaluation analysera le degré de confluence de l'intervention via les questions d'harmonisation avec les autres interventions, d'alignement sur les stratégies, systèmes et procédures nationales, de gestion axée sur les résultats, de responsabilité mutuelle et d'appropriation par les institutions partenaires de sa mise en œuvre.

Thèmes Transversaux : L'étude prendra en compte dans ses travaux les thématiques transversales de la coopération au développement, telles que définies par la CTB, soit l'égalité de genre ou dans quelle mesure l'intervention a aidé les femmes à progresser par rapport à la situation précédente, l'environnement ou le respect et durabilité des ressources naturelles par le projet, et le fait qu'il induise ou non des effets sur l'économie sociale et sur la protection des enfants.

1.1.4. Commentaires du consultant sur les services à fournir

Les services à fournir contenus dans les Termes de référence et repris ci-dessous sont clairs, précis et détaillés. Ils comprennent la fourniture de deux experts : un expert international, économiste de la santé, qui sera chef de mission et un expert national, socio-anthropologue.

La présente évaluation finale est destinée à apprécier objectivement, en concertation avec la SMCL et le bailleur de fonds, la fonctionnalité du dispositif mis en place, et son déploiement pour l'atteinte de ses objectifs. Elle veillera également à proposer, le cas échéant, des recommandations pour la suite de l'appui belge dans ce secteur.

Il nous paraît important de souligner l'importance des recommandations, étant donné la transition qui a lieu actuellement entre PAMAS et PAODES volet Demande. C'est pourquoi, nous voudrions proposer, dans cette offre méthodologique, d'utiliser l'évaluation, comme un outil pour faciliter la transition sur le PAODES, en concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués. Ceci n'est pas demandé stricto sensu dans les TDR, mais nous semble pertinent au vu de la situation des deux projets et des exigences des

TDR.

1.2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Notre proposition méthodologique est basée sur ces éléments clés :

- L'acceptation du cadre détaillé énoncé dans les termes de référence-TdR, et son application. Notamment les tâches contenues dans le chapitre 5.5. des TdR ;
- Une bonne connaissance du contexte institutionnel du projet et de l'intervention appelée à le succéder (PAODES Demande).
- Deux experts compétents, dont un chef de mission qui maîtrise les savoir-faire nécessaires pour mener correctement cette EF, notamment en matière de concertation et capacité d'analyse, et un expert national connaissant le contexte culturel et les organisations impliquées dans le programme ;
- Une vision pragmatique, basée sur l'expérience, sur la méthode à suivre pour atteindre les objectifs de l'évaluation, et identifier les acquis du PAMAS pouvant servir aux autres interventions du secteur.

Nous décrivons en quelques points l'essentiel de notre proposition.

1.2.1. Démarche générale

L'évaluation finale implique toujours une analyse institutionnelle qui devra tenir compte du contexte et des enjeux des principales réformes en cours dans le pays, en particulier depuis l'arrivée en mars 2012, du nouveau gouvernement du président Sall.

Démarche Participative : Nous voyons avant tout l'évaluation comme une synthèse critique des positions exprimées par les acteurs, et croisées avec les documents produits et indicateurs collectés. Parler d'approche participative n'a rien d'une formule rhétorique, c'est un facteur clé de réussite pour l'évaluation. Il s'agit de bénéficier de l'analyse d'acteurs appartenant parfois à des logiques différentes (prestataires, mutualistes, patients, responsables politiques). Il s'agit également de mettre en regard les visions exprimées au niveau central, dans les régions et dans les districts appuyés. Dès lors, cette approche participative se veut un principe d'action qui va rejaillir de façon transversale sur les différentes activités de l'évaluation.

L'équipe veillera également à rendre les échanges avec les groupes d'acteurs, comme autant d'occasions d'apprentissage et de contribution à l'amélioration des pratiques et stratégies d'action, mettant en œuvre la politique sectorielle du MSAS.

Dans ce cadre, les TdR proposent une liste de personnes/groupes d'intérêt avec lesquelles le consultant devra s'entretenir: il s'agira dès l'arrivée d'actualiser cette liste avec les acteurs impliqués et d'organiser

les rendez-vous.

1.2.2. Principes de la méthodologie

Nous nous engageons à suivre ce qui est prévu dans les TdR pour cette évaluation externe à mi-parcours de projet, soit :

1. Analyser la stratégie du programme et ses deux volets en rapport avec son cadre logique (étude de tous les documents disponibles liés au projet).
2. Etudier :
 - Le degré de réalisation des résultats attendus et de progression vers les objectifs fixés, au regard des indicateurs du cadre logique.
 - Les orientations stratégiques et méthodologiques suivies (efficacité + pérennité/durabilité).
 - Les modalités de mise en œuvre au regard des critères de base (pertinence, efficience, efficacité, durabilité, cohérence, impact), des critères HARMO pour renforcer l'efficacité (harmonisation, alignement, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle, appropriation) et des thèmes transversaux (égalité de genre, environnement, droits des enfants).
 - Le fonctionnement et l'organisation du projet.
3. Répondre aux questions relatives aux critères d'évaluation.

Il nous semble important sur ce point, de souligner l'importance du qualitatif et les indicateurs de processus. Il est probablement illusoire d'attendre des progrès considérables sur la durée du projet en termes d'adhésion, de soins délivrés, de chiffre d'affaires ou tout autre indicateur quantitatif. L'évaluation doit par contre permettre de mettre en évidence le développement de capacités professionnelles, d'institutions (central, régional, district) et de relations interinstitutionnelles et personnelles qui permettront de continuer à renforcer le développement du mouvement mutualiste. En d'autres termes : le potentiel de poursuivre un travail sur les mutuelles de santé et plus largement sur les questions de support à la demande (PAODES). Les leçons tirées à ce sujet seront utiles tant pour la poursuite du mouvement mutualiste que pour la structuration du PAODES / Demande.

4. Formuler des recommandations concrètes orientées à optimiser les appuis belges au secteur demande de soins et financement de la santé.

Afin d'optimiser la fiabilité des résultats, la méthode de triangulation sera utilisée au maximum. Nous entendons par triangulation le fait de croiser différentes méthodes pour valider leurs résultats respectifs. Ces résultats serviront de réponse aux questions d'évaluation, permettront de tirer des conclusions relatives à chaque critère d'évaluation, pour ensuite mener à des recommandations pour les prises de décision ultérieures.

Trois outils principaux seront utilisés pour mener à bien ce travail dans l'étude :

Analyse et exploitation documentaire : L'équipe d'évaluation consultera toute la documentation disponible, notamment l'évaluation à mi-parcours, les rapports du suivi scientifique de la KUL, les résultats des enquêtes et études réalisées, ainsi que les rapports d'activité.

Missions de terrain : Des missions de terrain auront lieu au niveau central et au niveau décentralisé pour collecter les données et pour constater les réalisations faites dans la mise en œuvre du projet, ainsi que pour recueillir les opinions et les avis des acteurs impliqués et des partenaires de terrain.

Entretiens avec les principaux acteurs : Des entretiens seront organisés avec tous les acteurs clés de la mise en œuvre du projet, au niveau central, intermédiaire et périphérique. Sur base des personnes et groupes d'intérêt concernés par l'évaluation, une liste des personnes à rencontrer sera produite au terme du briefing.

1.3. ORGANISATION

La description de l'approche méthodologique ci-dessus mentionne déjà les phases que nous avons prévues pour l'étude. Nous allons en préciser maintenant leur contenu. Dans son ensemble, cette organisation respecte les termes de référence.

1.3.1. Déroulement, phases de l'évaluation

Tel que précisé avant, sur ce point nous suivrons les TdR, de sorte que la mission se déroule en 5 phases successives : (1) une phase de préparation et démarrage, (2) une phase de collecte d'informations au niveau central, (3) une phase de visite sur le terrain dans les zones d'intervention du projet, Kaolack, Diourbel, Kaffrine et Fatick ; (4) une phase de premier bilan avec l'atelier de restitution à Kaolack, suivi de la rédaction et présentation de l'aide mémoire à Dakar, et (5) la phase de rapportage qui donnera lieu, d'abord à un rapport préliminaire, qui enrichi par les commentaires des parties aboutira au rapport final d'évaluation, qui répondra au format CTB pour ce genre de documents.

Ce chapitre est complémentaire au suivant, Chronogramme des activités, qui schématise graphiquement le déroulement détaillé ci-après.

1) La phase de préparation et démarrage

La mission débutera avec briefing du chef de mission avec les responsables au siège de la CTB à Bruxelles. Ceci sera également

l'occasion de préparer en amont l'agenda des rencontres à avoir durant le démarrage de l'étude au Sénégal. Cette phase devra être mise à profit pour les tâches suivantes :

- Passer en revue la documentation pertinente pour l'évaluation. Pour cela il sera nécessaire que la CTB nous fasse parvenir via courriel (ou en utilisant l'application *Claroline* de l'intranet de la CTB), le maximum de documents considérés comme importants, notamment ceux qui sont cités plus haut dans les TdR (Cf. page 43).
- Commencer la conception de la liste des différentes questions qui sera utilisée lors de la mission ;
- Préparer en amont, au travers des contacts étroits avec l'expert national et avec les responsables de la CTB Dakar, du PAMAS et du ministère, un agenda estimatif pour les premiers jours de mission ;
- Briefing à la CTB à Bruxelles avec, entre autres, le conseiller technique de la CTB qui sera le responsable final pour le résultat de l'évaluation ;

2) Au Sénégal, Phase de collecte d'informations et d'analyse technique

Cette étape démarre avec l'arrivée du chef de mission au Sénégal. Elle sera conduite au niveau central à Dakar par l'équipe des 2 experts. Au cours de la mission, les représentants de la CTB seront tenus informés en temps réel de l'avancement des travaux du consultant.

Organisation et rencontres à Dakar : L'équipe planifiera l'organisation précise des activités à mettre en œuvre avec l'élaboration d'un programme détaillé, et le démarrage des activités propres à la collecte d'informations. Plus concrètement, nous prévoyons :

1. ***Rencontre organisée avec les représentants de la CTB et de la CAF SP (MSAS)***, dès la constitution de l'équipe du consultant. Cette rencontre aura pour objectif de :
 - procéder à un premier cadrage du déroulement de la mission, analyser la situation, et permettre d'énoncer les attentes de chaque partie.
 - atteindre un consensus préliminaire sur la feuille de route, le plan de travail prévu et le calendrier de la mission.
 - mobiliser les acteurs clés en identifiant les responsables des entités concernées, les partenaires techniques et financiers, et les personnes ressources.

2. ***Préparation de la visite dans les régions :***

- Finalisation des outils de recueil et de synthèse de l'information, questionnaires, etc. ;
- Etablissement des contacts nécessaires pour assurer la disponibilité des responsables à rencontrer : chargés des mutuelles et unions des mutuelles, région médicale, des projets similaires présents sur le terrain, associations communautaires, etc.

3. Analyse des documents, rapports, EMP, se rapportant au PAMAS, aux mutuelles et au financement de la demande de soins : les documents qui n'auront pas été envoyés par courriel, seront rassemblés par l'administration pour l'arrivée de l'équipe d'experts.

4. Entretiens avec les acteurs et partenaires concernés : Comme précisé, l'expert national aura préparé un calendrier de visites et entretiens pour les premiers jours, dans un souci d'optimisation de la gestion du temps, en veillant à la disponibilité de chacun des interlocuteurs.

Rencontres avec l'équipe du projet et autres ATs : La mission se déroulera en collaboration constante avec le personnel du PAMAS dès le démarrage de l'évaluation. Il serait également important de rencontrer aussi d'autres ATs de l'ensemble du dispositif santé de la CTB au Sénégal, notamment ceux appartenant aux projets PAODES et PAGOSAN.

Les documents de référence comprennent les documents de politique générale et de stratégie sectorielle, ainsi que ceux ayant trait au projet. Bien sûr les documents mentionnés dans les TdR sont une première référence :

- Dossier Technique et Financier des deux volets PAMAS 1 et PAMAS 2.
- Convention spécifique du projet ;
- Rapports d'exécution du projet, annuels et trimestriels (opérationnels et financiers).
- Planification des Marchés Publics du projet
- PV des SMCL du projet
- Bilans et rapports annuels de la CAF SP
- PIC 2010-2013
- Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté –DSRP II
- Plan National de Développement Sanitaire – 2009-2018.

3) Mission dans les régions

Les visites de terrain permettront de mieux apprécier la réalité et notamment les avancées réalisées par le projet. Cette étape devrait permettre d'approfondir l'analyse sur base des échanges avec le plus grand nombre de personnes ressources. D'une part les acteurs

directement impliqués (régions médicales, organisations faïtières, mutuelles et unions, districts sanitaires) et, d'autre part, des représentants de la population bénéficiaire et des mouvements associatifs et communautaires, le tout pour permettre le partage des réflexions sur les effets du projet.

Les termes de référence prévoient des visites de terrain d'approximativement 1 jour par région, et demandent aussi qu'une restitution soit faite auprès des principaux intervenants du terrain, à Kaolack.

Les visites de terrain, dans les régions seront effectuées par les deux experts accompagnés, de préférence, d'un cadre de la CAF SP et d'un expert du PAMAS.

Le détail de l'organisation des visites sera intégré dans notre agenda et chronogramme dès l'arrivée du consultant et en accord avec les responsables du pilotage de l'évaluation.

4) Restitutions et Aide mémoire

Au terme des visites de terrain, les experts se retrouveront à Dakar. Cette étape sera centrée sur le travail d'analyse des informations et données issues de la collecte et des rencontres avec les informateurs clé, de façon à les synthétiser et les traduire dans un premier document synthétique de présentation (format powerpoint).

- De retour à Dakar, un aide-mémoire sera rédigé qui présentera les premiers résultats du diagnostic de l'EF et tiendra compte de ses premières conclusions et des réactions recueillies lors de l'atelier de restitution de Kaolack.
- Une présentation de l'aide mémoire aura lieu ensuite, pour toutes les parties prenantes de l'intervention, en y incluant des membres de la SMCL, les responsables de la CAF SP, les membres de la coopération belge (Attaché de la Coopération Internationale, Représentant Résident CTB...). Cette réunion de restitution présentera les constats et les premières conclusions de la mission d'EF.
- Avant le départ de l'expert international, un débriefing de la mission sera fait au siège de la CTB, avec un bilan de la mission.

5) Rédaction du Rapport provisoire et final

L'organisation de cette phase se fera en périodes, liées à l'élaboration du rapport provisoire, sa transmission, la période de lecture et commentaires. Un débriefing au siège de la CTB sera organisé afin de présenter les résultats et les conclusions et recueillir les derniers commentaires. Elle sera suivie de la rédaction du rapport final, intégrant les commentaires reçus. Le format et structure de ce rapport suivront le modèle de rapport d'évaluation CTB.

1.3.2. Les phases de la mission par expert

Le tableau ci-dessous présente la répartition des jours de prestation de chaque expert durant les phases de la mission, en respectant le total

d'hommes/jours prévus dans les TdR.

POSITION	Phase 1 Préparation de la mission	Phase 2. Dakar. Niveau central	Phase 3 : Visites dans les Régions- Atelier Restitution	Phase 4: Aide- mémoire et debriefing	Phase 5 Rapportage et debriefing siège CTB	Total (h/j)
1. Chef de Mission, Economiste de la Santé (CI)	1	3	9	3	5	21
2. Expert national, Socio-anthropologue (CN)	1	3	9	3	2	18
Total (h/j)						39

Le chronogramme que nous présentons plus bas, explicite les activités prévues dans chaque phase.

1.3.3. Produits attendus par étape

Le consultant se conformera aux prescriptions des TdR concernant les documents à produire dans chaque phase de l'EF. Il s'agira de :

Présentation atelier de restitution : Cette présentation proposera aux participants de l'atelier, les principaux constats trouvés par l'équipe d'évaluation. Elle sera présentée à la fin de la visite aux zones du projet, lors de la séance de restitution à Kaolack.

L'Aide mémoire : Durant la phase 4, l'équipe d'experts présentera un document aide-mémoire qui reprendra les principaux éléments de l'analyse que l'évaluation aura menée jusqu'à ce moment. L'aide mémoire reflétera les conclusions issues de la séance de restitution.

Le brouillon de rapport : Après la mission au Sénégal, l'expert international, avec les inputs de l'expert national, rédigera un rapport complet de l'évaluation selon le format standard de la CTB.

Le rapport final : La CTB enverra ses commentaires dans les 10 jours après la réception du rapport provisoire. La version définitive du rapport est envoyée, dans un délai de 8 jours calendriers après réception des observations de la CTB.

1.3.4. PROPOSITION DE CHRONOGRAMME D'ACTIVITES

Nous avons traduit le calendrier des TdR, dans un chronogramme que nous présentons ici avec les phases déjà décrites et le détail pour chaque semaine des jours à prester par chaque expert. Ce chronogramme est cohérent en soi et peut parfaitement s'adapter en fonction des dates concrètes de démarrage de la mission.

Cette proposition sera affinée lors de la phase initiale à Dakar, quand l'équipe aura échangé avec les acteurs principaux sur la faisabilité et possibles adaptations.

EI : Expert International ; EN : Expert National.

		Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Sem. 6	Sem. 7	Sem. 8
Phase 1	Préparation de la	EI : 1 j							

	mission, briefings, etc.	EN : 1 j							
	Voyage	EI : 1 j							
Phase 2	Mission au Sénégal, niv. central Dakar: entretiens , etc.		EI : 3 j EN : 3 j						
Phase 3	mission dans les 4 régions		EI : 2 j EN : 2 j	EI : 7 j EN : 7 j					
Phase 4	Rédaction et présentation de l'aide-mémoire. Débriefing				EI : 3 j EN : 3 j	 Aide-mémoire			
	Voyage				EI : 1 j				
Phase 5	Rédaction du rapport provisoire				EI : 3 j EN : 1 j	 Rapport			
	Commentaires sur le rapport provisoire					1 j	7 j	7j	
	Débriefing CTB – Bxl								EI : 1 j EN : 1 j
	Rédaction du rapport final								 R fir

Soit **21 H/J** pour l'expert international, distribués en 17 jours de mission (15 j facturables + 2 j voyages) + 4 jours finalisation rapport + 2 jours briefing/débriefing, tel que précisé dans les TdR. L'expert national, prestera **18 H/J**, repartis de la meilleure façon pour accomplir correctement les activités prévues dans chaque phase.

2. Présentation de l'équipe d'experts proposée

2.1. Expert international, Chef de Mission, Economiste de la santé

Mr. Mathieu Noirhomme (économiste, UCL), travaille depuis 2007 comme consultant indépendant sur des questions de renforcement du système de santé, de financement de la santé et d'accès aux soins de santé en Afrique et en Asie.

En 2000, après une première expérience professionnelle en tant que consultant financier en Belgique, il rejoint Médecins Sans Frontières pour trois ans en tant qu'économiste de la santé sur différentes positions de terrain. En 2003, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers le recrute comme chercheur en économie de la santé. Ses principaux centres d'intérêt se portent durant cette période sur le financement de la santé, les mécanismes de protection sociale, les stratégies de réduction de la pauvreté et les modèles de ciblage socio-économique. Dans ce cadre, il consacre la majeure partie de son travail à la recherche et l'assistance technique sur les Fonds d'Equité en Santé au Cambodge, et à leur développement sur le continent africain.

Après être passé indépendant, son profil a évolué ces dernières années sur la facilitation du dialogue inter-partenaires autour des politiques sanitaires à l'échelle nationale, avec un accent majeur sur les questions de renforcement du système de santé et de financement de la santé. Il est notamment l'un des principaux consultants supportant le siège de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la mise en œuvre de la stratégie Country Health Policy Process, visant à rassembler gouvernements et partenaires autour d'une méthode et d'une plateforme commune de dialogue politique. Il continue à contribuer à des formulations et évaluations de programmes socio-sanitaires, qui ont représenté la majorité de ses supports de 2007 à 2009. Ses principaux clients actuels sont l'OMS et l'UNICEF, la plupart du temps via AEDES. Il compte également de nombreuses collaborations par le passé avec la Coopération Technique Belge et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Mathieu Noirhomme a une bonne connaissance des programmes CTB au Sénégal et de leurs acteurs pour avoir apporté une contribution pour finaliser la formulation du PAMAS et pour avoir été en charge de la formulation du volet demande du PAODES en décembre 2010 et janvier 2011.

Pour AEDES, il est la personne toute désignée pour remplir la fonction de chef de mission et diriger cette évaluation finale du PAMAS.

Nota bene : Nous voulons attirer l'attention sur le fait que le l'appui apporté par l'expert à la formulation du projet s'est limité à un rôle de support à la finalisation du document, en remplacement d'urgence du formulateur titulaire. Il est intervenu alors que tous les choix stratégiques de l'intervention étaient déjà faits, et donc sans participer aux orientations propres du programme. Nous précisons cela, évidemment pour éviter un rejet du dossier sur base des implications antérieures (TDR 5.12.2)

2.2. expert national, socio-anthropologue

Le **Professeur Abdou Salam FALL**, sénégalais, possède une très bonne pratique des politiques sociales en particulier de la santé dont il a analysé le management, les perceptions de l'offre de soin des professionnels et personnels de santé, les programmes, les normes et les procédures et cultures organisationnelles dans plusieurs pays africains : Sénégal, Rwanda, Bénin, Mali, Côte d'Ivoire, etc.

Il présente une parfaite maîtrise des méthodes et techniques du diagnostic organisationnel, de l'accompagnement et de l'appui institutionnel.

Expérimenté dans l'évaluation de projets de santé publique et communautaire, le **Professeur Abdou Salam FALL** a coordonné également de nombreuses enquêtes de terrain quantitatives et qualitatives sur une vingtaine d'années (réalisations d'études liées au diagnostic institutionnel, à la gouvernance, à l'évaluation des politiques publiques, à la performance dans le domaine de la santé, de la planification opérationnelle basée sur des indicateurs de performance en collaboration avec de nombreux organismes internationaux : OMS, OIT, PNUD, USAID, CTB, et des ONG internationales ENDA, ODI, MSI, OXFAM,...). Il a été notamment le coordinateur de l'étude des « Perceptions des prestataires de soins face au développement du mouvement mutualiste » dans le cadre du PAMAS (CTB).

Actuellement Directeur scientifique du Laboratoire de recherche sur les Transformations économiques et sociales à l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN) ; il est l'expert idéal pour assurer le volet socio-anthropologique de la mission d'évaluation.

Les capacités de cette équipe, nous donnent la confiance nécessaire pour garantir que notre offre de services est parfaitement adaptée aux besoins exprimés dans les TdR et que, en cas d'attribution du marché, nous mènerons une mission de haute qualité technique.

Annexe 4 : Cadre Logique

Cadre logique PAMAS 1

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Objectif Général	Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine.			
Objectif Spécifique	La demande de soins est mieux structurée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, et les acteurs clés au niveau macro, méso et micro renforcés	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence et fonctionnalité des structures mutualistes et cadres de concertation aux différents niveaux. - La couverture assurance santé (quantitatif et qualitatif) de la population dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine - La satisfaction des usagers et des prestataires par rapport au mouvement mutualistes et à l'administration sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat des lieux de départ - Rapports d'activité et Plan d'Action partenaires - SNIS et statistiques des mutuelles - Rencontres avec les partenaires - Rencontre des bénéficiaires au niveau des postes & centres de santé et des hôpitaux - Enquêtes de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Blocage entre partenaires, manque de vision conjointe - Aléas climatiques, famine. - Perte d'image du mouvement mutualiste (affaires de scandale, corruption...) - Précarité du statut juridique irrésolue

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 1	La CAFSP a la capacité d'assurer ses fonctions relatives à la promotion, au suivi et à l'encadrement des MAS, ainsi que l'ensemble de ses fonctions régaliennes à l'échelle du pays.	<p>Composition du personnel CAFSP</p> <p>La CAFSP fonctionne de façon rationnelle, efficiente et intégrée (plan d'action conjoint, plan opérationnel, chronogramme, etc.)</p> <p>Evolution de la nature des interventions sur le terrain : activités opérationnelles effectivement déléguées.</p> <p>Nombre d'intervention sur les 3 régions du projet et sur les 8 hors projet/ an (supervision, ateliers...).</p> <p>Standardisation des outils et procédures de travail & productions de manuels</p> <p>Système de collecte d'indicateurs agrégés (fournis par RM et UM) fonctionnel, mis à jour et interprété régulièrement.</p> <p>Cartographie numérisée opérationnelle</p> <p>Nombre de visites d'expériences, study tour, conférences.</p> <p>Implication dans l'animation du CNC et autres fora (# CNC, # participants, qualité des décisions...) & évolutions (UEMOA...)</p> <p>Intensité des échanges intra + interministériels et intersectoriels (# réunions, # partenaires)</p> <p>Nb d'actions communes mises en place en collaboration intra- & intersectorielle (tarification, MAS-MF...)</p> <p>Evolution effective de l'environnement juridique et régalien des mutuelles (lois, statuts, documents stratégiques, UEMOA...) et autres aspects de financement et d'accès.</p> <p>Satisfaction des RM, ECD, UM et CCL sur l'appui de la CAFSP</p>	<p>Plans d'action et réalisation</p> <p>TDR CAFSP & RM et degré d'atteinte</p> <p>SNIS et statistiques agrégées des mutuelles</p> <p>Existence de procédures, manuels et outils de gestion standards.</p> <p>Rapport de supervisions, visites, ateliers de formation...</p> <p>compte rendu et procès verbaux des rencontres, réunions, conférences</p> <p>Rencontre avec partenaires, RM, UM.</p> <p>Performance et mise à jour de la cartographie numérisée</p> <p>Lois et décrets passés sur MAS et autres sujets de financement et d'accès.</p> <p>Audits externes</p> <p>Publications (littérature grise)</p>	<p>Affectation effective d'Unités Additionnelles par le MSP (coordonnateur, chauffeur)</p> <p>Déménagement de la CAFSP dans un bureau unique.</p> <p>Accord entre les partenaires sur un plan d'action commun</p> <p>Accord des membres de la CAFSP sur le recentrage de leur profil (+ de régalien, - d'opérationnel)</p> <p>Créativité et capacités d'abstraction, conceptualisation</p> <p>Intégration du regard d'autres acteurs (activités intersectorielles, audits externes)</p>

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2	Les Régions Médicales et les Equipes Cadre de District participent activement au dialogue offre-demande, et favorisent le développement du mouvement mutualiste.	<ul style="list-style-type: none"> - Composition et organigramme des RM, intégrant le responsable financement - Fonctionnement intégré des RM (plan d'action horizontal, plan opérationnel, chronogramme, maîtrise du budget global). - Degré d'harmonisation des procédures et définition de postes entre RM. - Application effective de nouvelles procédures (tarification, gestion stock, contractualisation, accueil...) par les structures sanitaires - Utilisation effective d'outils et systèmes de collectes d'information standards dans les structures sanitaires. - Augmentation constante du nombre de conventionnement prestataires-mutuelles - Nombre et qualité des échanges prestataires-mutuelles - Implication dans l'animation des plateformes de concertation, ateliers, et autres fora (# participants, qualité des décisions...) - Intensité des échanges inter-RM et intersectoriels (# réunions, # partenaires) - Amélioration générale des indicateurs de performance sanitaire (complétude paquet d'activités, taux d'utilisation, hospitalisation, vaccination, etc.) - Satisfaction des prestataires de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plans d'action et réalisation - Existence de procédures, outils et indicateurs formalisés et standardisés pour les prestataires. - SNIS et statistiques des mutuelles - Autres documents de performance prestataires (fiches de stock, comptes...) - Rapport de plateformes de concertation, supervisions, visites, ateliers de formation... - Entretiens avec UM, prestataires, mutuelles, population, autres partenaires - Baseline & enquêtes de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de résistance au changement de la part des membres des RM (horizontalisation) et des prestataires (expression d'un contre-pouvoir mutualiste) - Risque d'incitant à la verticalisation des activités via les budgets programmes verticaux

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 3	Les institutions mutualistes existantes et émergentes sont renforcées, contribuent à l'amélioration de la couverture d'assurance maladie, et représentent les intérêts des patients.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de mutuelles et d'adhérents au mouvement mutualiste dans les 3 RM. - Amélioration générale des indicateurs d'accessibilité et de satisfaction des clients des services (utilisation, discrimination, accueil, information, qualité de la consultation, etc.) - Nombre de structures faïtières ayant les moyens humains, matériels et méthodologiques de remplir leur plan d'action. - Degré de participation des adhérents dans les orientations des institutions mutualistes (statuts, composition, plan d'action...) - Degré d'harmonisation des outils, procédures et indicateurs utilisés par les institutions mutualistes - Degré d'implication des institutions mutualistes dans la gouvernance des institutions sanitaires (ex : CoSa). - Nb de cas critiques discutés / résolus sur une période donnée - Nombre de cas critiques ayant entraîné une action du prestataire (ex : changement de directive, adaptation tarif, sanction...) - Nombre de formation, échanges entre pairs, visites... - Type et nb de campagne de sensibilisation / communication - Evolution de la satisfaction des usagers, préférences et dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Plans d'action et réalisation - Existence de procédures, outils et indicateurs formalisés et standardisés pour les mutuelles. - Statistiques des mutuelles - Rapport de plateformes de concertation, ateliers de formation, autres... - Entretiens avec RM, prestataires, population, autres partenaires - Baseline & enquêtes de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Résistant des institutions mutualistes à l'uniformisation des outils et procédures - Résistance des prestataires ou partenaires à l'émergence du mouvement mutualiste, et l'expression de la voix de la demande. - Problèmes structurels non rencontrés par le projet (ex : besoin de professionnels salariés) - Difficulté d'harmonisation avec les autres bailleurs actifs sur les mutuelles.

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 4	Le développement des initiatives innovantes a permis aux systèmes de microassurance santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion et d'élargir leurs bases d'adhésion et leur paquet de prestations	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de mutuelle pilotes soutenues et suivi de leur performance - Nombre de mutuelles ayant dépassé un seuil de taille prédéterminé. - Nombre de mutuelles et d'adhérents au mouvement mutualiste dans les approches pilotes. - Amélioration générale des indicateurs d'accessibilité et de satisfaction des clients des services (utilisation, discrimination, accueil, information, qualité de la consultation, etc.) - Analyse comparative des déterminants de la performance des mutuelles pilotes. - Développement effectif de l'offre de services hospitaliers dans les mutuelles. - Adaptation des outils d'analyse et de négociation auprès des prestataires hospitaliers - Qualité de l'argumentaire et degré d'implication des partenaires dans la sélection d'approches à appuyer pour le développement de mutuelle professionnelles de grande taille. - Disponibilités de données objectives pour orienter la formulation d'une mutuelle professionnelle de grande taille. - Evolution de la satisfaction des usagers, préférences et dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau comparatif et rapports sur les déterminants de performance - Plans d'action et réalisation des mutuelles pilotes - Existence de procédures, outils et indicateurs formalisés et standardisés pour les mutuelles. - Statistiques des mutuelles - Rapport de plateformes de concertation, autres... - Argumentaire pour option de mutuelle de grande taille - Rapports de consultance 	<ul style="list-style-type: none"> - Lenteur dans la croissance de la base d'adhésion des mutuelles pilotes - Résistance des prestataires ou partenaires face au mouvement mutualiste et à son implication sur les soins hospitaliers - Retards dans la mise en œuvre du développement des mécanismes de garantie.

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
RÉSULTAT 1: LA CAFSP A LA CAPACITÉ D'ASSURER SES FONCTIONS RELATIVES À LA PROMOTION, AU SUIVI ET À L'ENCADREMENT DES MAS, AINSI QUE L'ENSEMBLE DE SES FONCTIONS RÉGALIENNES À L'ÉCHELLE DU PAYS			
1.1	Doter la CAFSP des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires au soutien à la coordination transversale de ses activités, et aux activités relatives au développement des mutuelles de santé en particulier.	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance Technique Internationale par la CTB - Adjoint au Directeur de la CAFSP par le MSP - Budget de fonctionnement transversal + PAMAS 	
1.2	Elaborer des plans d'actions annuels portant sur les cinq axes d'intervention de la CAFSP, en concertation avec les partenaires de la CAFSP, selon les lignes dressées par la SNPS-GR.	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions de planification inter-partenaires. - Evaluation continue du degré d'atteinte du PSDMS - Evaluation continue du degré d'atteinte des autres composantes, incluant les chantiers connexes à l'appui aux MAS (contractualisation & mécanismes de conventionnement ; tarification ; ...) - Audits externes d'évaluation du degré de réalisation 	
1.3	Stimuler la recherche de solutions innovantes pour améliorer la réponse de l'offre de soins aux intérêts et attentes de la demande de soins, en partenariat avec les différents services du MSP.	<ul style="list-style-type: none"> - Budget d'étude (contractualisation, tarification, nomenclature de prestations...) - Ateliers d'autoévaluation de l'offre - CNC & Office National de Mutualité Sociale, autres plateformes de concertation locale ou nationale - Edition de directives 	
1.4	Superviser et soutenir les acteurs opérationnels en charge du support aux MAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Participation au budget de monitoring périodique et d'autres visites dans les régions. - Organisation d'ateliers thématiques régionaux 	

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
1.5	Documenter la pertinence du projet via la standardisation des outils et la collecte d'indicateurs comparables entre les trois régions médicales.	<ul style="list-style-type: none"> - Encadrement du processus de réforme des outils de collecte de donnée et de format de rapportage sur base de l'existant - Participation de la CAFSP aux atelier(s) régionaux sur les indicateurs, outils, procédures et méthodes - Divers (édition de manuel d'outils, procédures et méthodes) - Proposition d'indicateurs agrégés clé à intégrer dans la version informatique du SNIS - Mise en conformité (à l'échelle nationale) avec les règles UEMOA - Création et mise à jour d'une cartographie numérisée 	
1.6	Dynamiser l'animation du Cadre National de Concertation (CNC), et participation à d'autres fora.	<ul style="list-style-type: none"> - Définition équilibrée du rôle des acteurs de la CNC - Réunions périodiques du CNC - Création d'un sous-comité technique interministériel (microfinance, santé, développement social, entrepreneuriat féminin, solidarité nationale...) sur la thématique des MAS. - Conception et animation d'une plateforme de coordination et collaboration entre les différents services du MSP (CAS/PNDS, etc.) 	
1.7	Accompagner le renforcement des compétences des membres de la CAFSP nécessaires à la mise en œuvre de son plan d'action.	<ul style="list-style-type: none"> - Budget de formation - Visites d'expérience - Participation à des conférences internationales - Mise en place de mécanismes de suivi de l'exécution du plan d'action (chronogramme, comité de pilotage, programmes d'évaluation...) 	

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
1.8	Alimenter les débats et orientations sur les politiques de santé et de protection sociale au niveau central via l'analyse comparative des différentes expériences de MAS soutenues dans les trois régions.	<ul style="list-style-type: none"> - Etat des lieux de départ (baseline) + état des lieux de fin de projet - Présentation des résultats intermédiaires aux ateliers nationaux pertinents - Atelier de restitution nationale sur Dakar (fin de la quatrième année) - Capitalisation des expériences via une publication en fin de projet (littérature grise) 	

	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 2 : Les Régions Médicales et les Equipes Cadre de District participent activement au dialogue offre-demande, et favorisent le développement du mouvement mutualiste			
2.1	Doter les RM des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires à créer des conditions favorables au développement des mutuelles de santé et à renforcer une culture de management horizontal.	<ul style="list-style-type: none"> - Dotation sur les deux premières années d'un conseiller technique national (ATN) économiste de la santé expérimenté par la CTB pour accompagner la création de poste, la standardisation d'outils et méthodes, contribuer aux études nécessaires et supporter l'arbitrage avec les mutuelles de santé. - Appui méthodologique & orientations ASSRMKF - Budget de fonctionnement RF par le MSP - Budget de fonctionnement ATN par la CTB (bureau, informatique, moyens roulant, frais de fonctionnement) 	
2.2	Accompagner le renforcement des compétences des RF sur les questions de financement et d'accès aux soins, et à l'appui au Médecin-Chef dans le management des RM.	<ul style="list-style-type: none"> - Visites d'expériences (autres RM, mutuelles) - Réunions périodiques d'échange entre pairs - Formation (sur le terrain, formelle) - Soutien au processus de réforme de management (si demandé) 	
2.3	Améliorer la réponse des structures sanitaires aux attentes et besoins de la population en termes d'accès aux soins. (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Animation de formation de prestataires de soins - Monitoring et supervision - Interventions perlées dans les espaces de dialogue mutuelles – prestataires. 	

	Activités par résultats	Moyens	Coûts
2.4	Intégrer des indicateurs relatifs au MAS dans le système de collecte de données et soutenir l'interprétation des résultats. (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Réforme et standardisation des outils de collecte de données avec l'ensemble des acteurs de l'offre & Formation des prestataires aux outils standards (voir 1.5) - Participation aux monitorings de routine - Réunions internes collégiales d'interprétation des résultats et de planification - Réunions périodiques d'échanges avec les autres RM. 	
2.5	Stimuler l'émulation entre MAS et offre de soins via des plateformes de communication et coordination avec les institutions mutualistes et les autres partenaires (EDS, partenaires, collectivités locales, autres secteurs) (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation et médiation dans les plateformes de dialogue avec les structures faïtières - Organisation d'ateliers annuels interrégionaux sur la comparaison des expériences et la documentation des résultats. - Bulletin d'information périodique sur les activités sanitaires des trois régions médicales - Divers (réunions, ateliers de réflexion, etc.) 	
2.6	Documenter l'impact du mouvement mutualiste sur les comportements et perceptions de l'offre de soins (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Baseline en début, moitié et fin de projet sur les perceptions des acteurs de l'offre face au mouvement mutualiste. 	
2.7	Identifier les possibilités de synergies avec d'autres programmes ou secteurs, et concevoir les stratégies de mise en œuvre. (Partenariat ASSRMKF)		

	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 3 : Les institutions mutualistes existantes et émergentes sont renforcées, contribuent à l'amélioration de la couverture d'assurance maladie, et représentent les intérêts des patients.			
3.1	Apporter aux structures faïtières et aux mutuelles existantes et émergentes le soutien humain, matériel et méthodologique nécessaire à leur développement et à leurs fonctions de représentation. (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Dotation d'un conseiller technique national (ATN) sociologue expérimenté par la CTB pour soutenir le développement des structures faïtières, la standardisation d'outils et méthodes, contribuer aux études nécessaires et contribuer à l'arbitrage avec l'offre de soins. - Dotation à partir de la troisième année d'un ATN médecin-conseil chargé de discuter les problèmes de qualité technique des soins avec les prestataires, de soutenir le développement des structures faïtières et du mouvement mutualiste, et de détecter les abus commis par les mutualistes et les prestataires. - Appui méthodologique & orientations ASSRMKF - Budget de fonctionnement ATN par la CTB (bureau, informatique, véhicule, moto, frais de fonctionnement). - Réhabilitation et <u>co</u>financement de bureaux, mobilier et matériel informatique (un ordi + imprimante...) pour les Unions de Mutuelles dont les mutuelles dépassent un seuil délimité (ex : 3000 adhérents en ordre). - Papeterie et matériel de gestion pour toute SF et mutuelle. 	

	Activités par résultats	Moyens	Coûts
3.2	Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compétences nécessaires à leurs fonctions de gestion et de promotion du mouvement mutualiste.	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de rôles clés au sein des UM - Ateliers sur les besoins d'information et identification des indicateurs clés - Création d'outils de collecte de données et de rapportage standards & organisation de formation. - Formation aux logiciels de gestion (pour les UM dépassant un seuil délimité) - Formation (sur le terrain, formelle) - Visites d'expériences (autres UM, mutuelles) - Echanges entre pairs 	
3.3	Développer progressivement les structures faïtières vers la présence d'au moins une Union de Mutuelles et un Cadre Régional de Concertation par Région Médicale.	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de réunion d'acteurs intéressés (mutuelles communautaires ou non, collectivités, partenaires...) - Visites, ateliers thématiques - Contribuer si besoin à l'inventaire des mutuelles et des structures faïtières 	
3.4	Participer activement au développement et à l'animation de plateformes de communication et de coordination avec les prestataires et les autres partenaires (collectivités locales, bailleurs, autres secteurs) (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution à l'animation des CRC - Autres plateformes de dialogue périodiques - Divers (réunions, ateliers de réflexion, etc.) - Budget de fonctionnement 	
3.5	Développer avec les UM une campagne de promotion des mutuelles, et de communication sur les services de santé, les modalités d'accès, les avantages et les tarifs. (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de plans de communication standards, réunissant les mutuelles et partenaires. - Appui aux mutuelles pour l'adaptation du plan standard sur leur contexte propre - Appui aux mutuelles dans la recherche de partenariat avec les collectivités locales et autres partenaires - Budget d'information à la population (radio, affiches...) - Pièces de théâtre itinérantes. 	

	Activités par résultats	Moyens	Coûts
3.6	Supporter les UM dans le suivi de l'activité des mutuelles, l'interprétation des résultats et la traduction de l'analyse en actions.	<ul style="list-style-type: none"> - Budget de déplacement - Compilation des indicateurs & accompagnement à l'interprétation - Création d'une méthode d'alerte rapide - Réunions d'échange entre pairs 	
3.7	Renforcer les capacités de négociation des institutions mutualistes dans leur rôle de représentation et de défense des patients face à l'offre de soins. (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et suivi d'une série d'indicateurs d'alerte - Revue des cas critiques et rapportage périodique aux autorités sanitaires (et éventuellement au prestataire) - Médiation par ATNs (& ASSRMKF) 	
3.8	Documenter l'impact du projet sur les connaissances, préférences et comportements de la demande de soins (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Etudes sur les évolutions des perceptions de la demande de soins, les préférences et l'itinéraire thérapeutiques (déjà effectuée en début de projet, à reproduire en fin de projet). - Etudes sur les dépenses des ménages pour la santé (comparaison mutualistes / non-mutualistes ; évolution des dépenses après adhésion à mutuelles...) 	
3.9	Créer des incitants pour stimuler une émulation des MAS vers le développement de mutuelles de grande taille.	<p>Pour les MAS dépassant un seuil délimité (<i>plusieurs niveaux d'assistance possibles</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - réhabilitation et <u>co</u>financement de bureaux, mobilier et matériel informatique (un ordi + imprimante...), - formation aux logiciels de gestion, - financement d'un gestionnaire - soutien méthodologique spécifique 	

	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 4 : Le développement des initiatives innovantes a permis aux systèmes de microassurance santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion et d'élargir leurs bases d'adhésion et leur paquet de prestations			
4.1	Concevoir et mettre en œuvre de stratégies de couplage Micro Assurance Santé – Micro Finance (Partenariat PAMIF)	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de concertation MF-MAS - Soutenir la contractualisation par des institutions de MF de MAS implantées dans la zone d'attraction. - Soutien aux approches mixtes MF-MAS (type APROFES) - Proposition de paquet MAS pour des institutions de microfinance implantées (type PAMECAS) (contrainte : préexistence de l'IMF en question) 	
4.2	Soutenir et concevoir des mutuelles avec stratégie d'adhésion groupée (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Encadrement méthodologique au lancement de pilotes - Etudes - Supports des frais relatifs au pilote. 	
4.3	Suivre les pilotes et sélectionner l'approche à soutenir pour le développement d'une mutuelle professionnelle de grande taille (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Budget de développement de paquet hospitalier + subsidiation de soins hospitaliers - Budget de consultance - Budget de réunion 	
4.5	Clarifier le design d'une mutuelle professionnelle de grande taille (Partenariat ASSRMKF)	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre comparatif de performance des pilotes sous études. - Argumentaire appuyant les options retenues 	

Cadre Logique d'intervention PAMAS 2

Objectif général			
L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et à la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine			
Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification	Hypothèses
Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Existence et fonctionnalité des structures mutualistes selon les normes et cadres de concertation aux différents niveaux - Couverture en MAS (quantitative et qualitative) de la population dans la zone de concentration - Satisfaction des usagers et des prestataires par rapport au mouvement mutualistes et à l'administration sanitaire. - Les mécanismes de garantie et leurs structures sont fonctionnels et contribuent à la prise en charge des groupes cible et pour des risques de référence³ 	<ul style="list-style-type: none"> Documents d'évaluation des PA Documents d'évaluation du PSDMS Rapports annuels de la CAFSP Rapports techniques et comptables annuels du FG 	<ul style="list-style-type: none"> - La performance des programmes de gratuité et de subventionnement s'améliore significativement - Le renforcement de la qualité des soins préventifs et curatifs à tous les niveaux du système dans la zone de concentration doit resté prioritaire - La réforme globale de système d'assurance en matière de prévoyance sociale est effective

³ Deux autres indicateurs d'impact du FG, un assurantiel et une autre assistanciel sur les bénéficiaires (MS et leurs adhérents) seront définis dans le cadre du troisième résultat

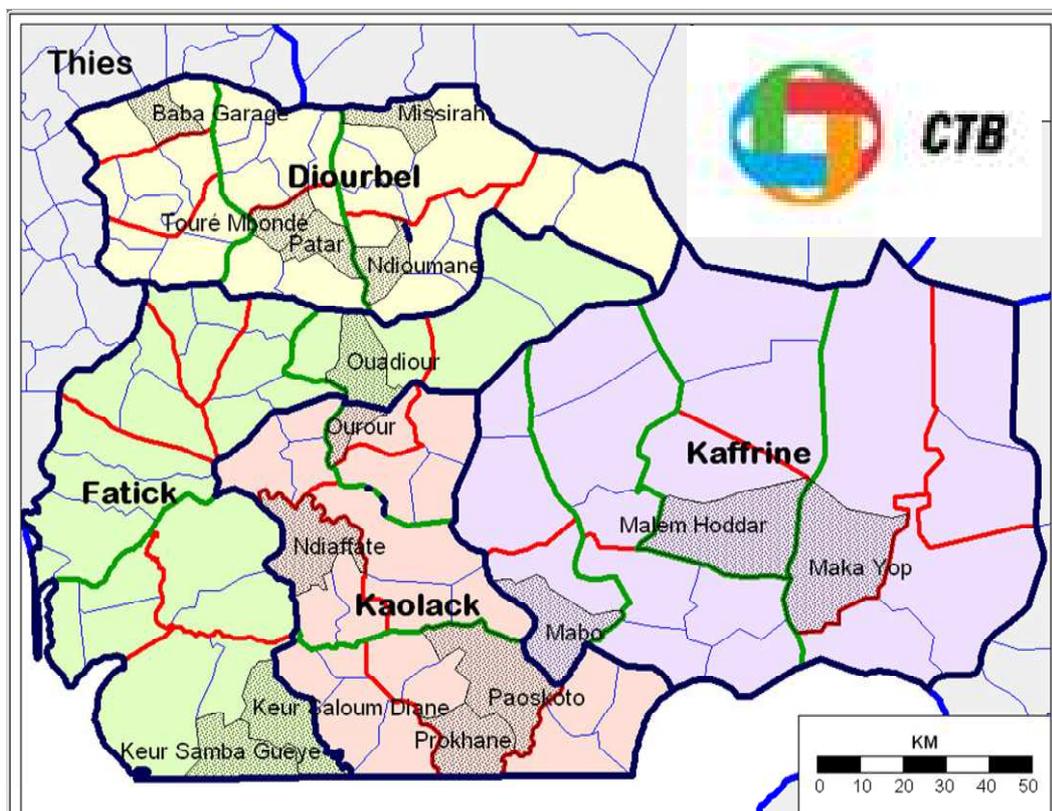
Résultat	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèse
Résultat 1. Les processus de mise en place, de gestion et de pérennisation du Fonds de garantie sont définis	<ul style="list-style-type: none"> - Le cahier de charge du FG est disponible et validé - Un protocole de RA est mis en oeuvre 	<ul style="list-style-type: none"> PV de validation des études Rapport Rapports annuels de la CAFSP 	Les bailleurs engagés dans l'appui à la demande de santé participent à cette définition
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Hypothèse
R1/A1: Mener un exercice de capitalisation d'expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie de mutuelles communautaires	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une étude de capitalisation (expertise nationale ou régionale) -Valider ses résultats avec toutes le parties prenantes -Rédiger le cahier des charges 	9.000	
R1/A2 : Définir les investissements et le mode de fonctionnement du mécanisme de garantie	<ul style="list-style-type: none"> -Confier cette définition à une expertise nationale ou régionale) -Valider ses résultats avec toutes le parties prenantes -Etablir un plan de Mise En Oeuvre 	16.050	
R1/A3: Mettre en place un processus de Recherche Action	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir un protocole de RA -Le valider avec toutes les parties prenantes au niveau national -MEO de ce protocole -Valider les résultats par la CAFSP et les diffuser 	10.000	

Résultat	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 2. L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS est effective	<ul style="list-style-type: none"> - Les paquets de soins éligibles (incidences, ses coûts unitaires) - Les groupes cible prioritaires sont identifiés - Les mécanismes de mise en commun sont fonctionnels pour ces groupes cible 	PV de validation des études Rapport Rapports annuels de la CAFSP	<ul style="list-style-type: none"> -Les bailleurs engagés dans l'appui à la demande de santé participent à ces processus -La démarche d'identi-fication des coûts réels sera une occasion de renforcement du partenariat avec les prestataires
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Hypothèses
R2/A1 Identifier les paquets de soins éligibles	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une étude par une expertise nationale dans la zone de concentration - Valider les résultats 	20.000	
R2/A2 Identifier les groupes cibles prioritaires : les populations vulnérables et indigentes	Faire un état des lieux de ces groupes dans la zone de concentration sur le dénominateur et sur la PEC existante de ces personnes	3.000	
R2/A3 Définir les mécanismes de mise en commun de ces paquets	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une étude sur ces mécanismes (expertise nationale ou régionale) -Valider les résultats par la CAFSP 	10.000	

Résultat	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèse
Résultat 3. Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Le FG et ses structures déconcentrées sont fonctionnels conformément à ses mandats - Sa ré alimentation est assurée à un niveau acceptable tenant compte du protocole de RA (voir R1.A3) 	Rapports annuels de la CAFSP Rapports techniques et comptables annuels du FG	Les charges récurrentes de fonctionnement du FG sont de la responsabilité du MSP à dater de la signature de la convention de financement
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Hypothèse
R3/A1 Acquérir les équipements et véhicules pour le fonctionnement du FG et des SFG	<ul style="list-style-type: none"> -Identification des besoins -Etablir un appel d'offre conforme aux procédures nationales -Les acquérir et les installer 	102.000	
R3/A2 Recruter et former les RH et identifier les ressources techniques et financières	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier les besoins en terme de personnel -Le recruter et le former -Organiser une visite documentaire dans la région -Sélection des organismes de gestion (appel d'offre conforme aux procédures nationales) -Rédiger un manuel de procédures par une expertise nationale -Le valider sous le leadership du CAFSP 	20.000	

	Etablir un budget programme pour la durée de fonctionnement du FG		
R3/A3 Mettre en place le FG couvrant les zones de concentration ainsi que le système de suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir un plan de mise en place et de communication du FG et SFG -Etablir un plan de supervision semestriel -Rédiger un manuel de Suivi/Evaluation -Définir un processus de documentation sur le FG - Etablir une convention de financement avec le MSP et lancer le FG en libérant 500.000 euros en deux vagues 	1.020.000	

Annexe 5 : Carte géographique



Annexe 6 : Liste des personnes rencontrées

Date	Nom, fonction et/ou activité
9 oct. – 11.00	Briefing CTB Bruxelles – Sébastien Coppieters, conseiller OPS
11 oct. – 9.00	Briefing CTB Dakar : Alassane Kahn – chargé de programmes Santé CTB Dirk de Groof – ATI PAMAS
11 oct. – 11.00	Ousseynou Diop – Directeur CAFSP, responsable PAMAS Babacar Lo – ATN PAMAS 2 Dirk de Groof
11 oct. – 16.00	Réunion de briefing équipe d'évaluation
12 oct. – 9.00	Revue de l'atteinte de l'ensemble des résultats, avec Ousseynou, Diop, Babacar Lo, Dirk de Groof, membres de l'équipe de la CAFSP, équipe de la cartographie numérisée
13 oct. – 12.00	Réunion de préparation du travail de terrain de l'équipe d'évaluation
14 oct. – 14.00	Départ pour Kaolack
15 oct. – 9.00	Briefing PAMAS Kaolack avec Khady Ba, Babacar Lo, et Amadou Tidiane Thiam, ATNs
15 oct. – 11.30	Rencontre avec l'UM de Kaolack en présence de la Présidente, du secrétaire administratif et de la gérante
15 oct. – 13.30	Rencontre avec le MCR de Kaolack
15 oct. – 16.30	Rencontre avec la mutuelle de santé de Thiakho Thioffior en présence du président, de la trésorière, du secrétaire général, de la gérante et du doyen de la mutuelle
15 oct. – 20.00	Discussion avec Babacar Lo sur l'historique du fonds d'équité
16 oct. – 9.30	Rencontre avec le MCR de Kaffrine
16 oct. – 11.00	Rencontre avec le médecin chef de Birkelane
16 oct. – 13.00	Rencontre le président et le vice président de la mutuelle de Birkelane, et le président de l'UM de Kaffrine
16 oct. – 16.00	Rencontre avec le chef de service régional de l'Action Sociale de la région de Kaolack
16 oct. – 18.00	Réunion d'équipe avec les ATN du PAMAS
17 oct. – 10.00	Rencontre mutuelle de santé de Sokone
17 oct. – 12.00	Visite mutuelle de santé de Passi
17 oct. – 14.00	Rencontre MCR Fatick, Président URAPE
17 oct. – 16.00	Rencontre avec Abt Associates en présence du conseiller en financement sociale et du directeur pour le bureau de Kaolack.
18 oct. – 10.00	Rencontre de l'Union des Mutuelles de Diourbel, en présence du trésorier de l'UM, du gérant, et du Point Focal Mutuelles de la RM.
18 oct. – 12.00	Rencontre avec le président de l'Agence Régionale de Développement de Diourble
18 oct. – 14.00	Rencontre avec la mutuelle de santé de Touba, en présence de la

Date	Nom, fonction et/ou activité
	Présidente, du secrétaire général et de l'infirmier du centre de santé de la mutuelle
19 oct. – 9.00	Réunion de l'équipe PAMAS avec l'ensemble des ATN
19 oct. – 10.00	Rencontre avec les ATR du PAMAS
19 oct. – 12.30	Rencontre croisée avec le Président de l'UM de Kaffrine, le point focal de la RM de Kaffrine, le point focal de la RM de Diourbel et le secrétaire administratif de l'UM de Kaolack
19 oct. – 15.00	Réunion de l'équipe PAMAS avec l'ensemble des ATN
20 et 21 octobre	Préparation de la réunion de restitution et premier draft d'aide-mémoire
22 oct. – 9.00	Restitution à Kaolack en présence de l'ATI et de l'ensemble des ATN
22 oct. – 14.00	Retour sur Dakar
23 oct. – 8.00	Rencontre avec Stéphanie Stas, ATI Offre PAODES
23 oct. – 11.00	Rencontre avec le Secrétaire Général du MSAS
23 oct. – 14.00	Corrections de la présentation et finalisation de l'aide-mémoire
23 oct. – 16.30	Ajustements de l'aide-mémoire avec Dirk de Groof
23 oct. – 19.00	Rencontre avec le Directeur de Cabinet de la Ministre du MSAS
24 oct. – 08.00	Finalisation de l'aide mémoire
24 oct. – 15.00	Restitution finale de l'évaluation finale, en présence de Laurence Janssen, représentante de la CTB, d'Ousseynou Diop, des ATI et ATN, d'Allassane Kahn, et de Balla Thiam, RAF PAMAS 1
25 oct. – 9.00	Rencontre avec Farba Lamine Sall, conseiller en économie de la santé de l'OMS Dakar
25 oct. – 12.00	Rencontre avec Olivia Vella, ATI PAGOSAN
25 oct. – 14.00	Rencontre avec l'ambassade de Belgique en la présence de messieurs Van Beveren, Englebert et Noterman.
25 oct. – 20.00	Départ du consultant international
6 nov. – 14.00	Débriefing à la CTB Bruxelles en présence de Sébastien Coppieters

Annexe 7 : Documents et rapports consultés

La mission d'évaluation finale s'est appuyée sur les DTF et rapports de formulation des PAMAS 1 et 2, l'ensemble des rapports d'activité trimestriels et annuels produits, les rapports de mission de suivi scientifique rédigés par HIVA, les compte-rendu des SMCL et les autres documents relatifs au suivi administratif et financier du programme. En plus de cela les autres documents consultés comprennent :

- Bart Criel (2010), Notes suite à la visite au projet ASSRMKF Sénégal - Volet « Assurance Maladie Elèves » (AMEL) 8-13 février 2010.
- CAFSP/Ministère de la Santé et de la Prévention (2010), Outils de suivi et indicateurs administratifs et financiers d'une mutuelle de santé.
- CAFSP, PAMAS & CTB (2011), Système intégré des mécanismes de garantie et d'équité (SIMGE), Manuel sur les mécanismes de Fonctionnement du SIMGE, 25 mars 2011.
- CAFSP, PAMAS et CTB (2011), Rapport de l'étude sur l'identification des paquets de soins et détermination des critères de ciblage des personnes indigentes et vulnérables éligibles aux mécanismes de garantie. Rédigé par Ousmane Sow, 16 décembre 2011.
- CAFSP, PAMAS & CTB (2011) Une stratégie de financement de la santé des populations à travers la taxation à l'eau de boisson par la mutuelle de Bokk Fajj. Rapport Provisoire. Rédigé par Papa Senghane Gningue, Novembre 2011.
- CAFSP, PAMAS & CTB (2012), Rapport d'évaluation de l'expérience Assurance Maladie des Elèves (AMEL) dans les régions de Fatick et Kaolack. Rédigé par le Groupe d'Appui au Développement, Avril 2012
- Coopération Technique Belge (2012), Etude Baseline, Programme Santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès. Rapport provisoire. Rédigé par le cabinet AEDES sous la direction de Vicente Pardo Iniesta, Juin 2012
- Coopération Belgo-Sénégalaise (2009), Programme indicatif de coopération (PIC 2010-2013).
- Direction de la Dette et de l'Investissement, CTB, CAFSP (2012), Accord d'exécution pour la mise en œuvre du fonds d'équité dans le cadre du PAMAS II (SEN 0802211)
- ECORYS & South Research (2010), Evaluation de la qualité des prestations de la Coopération Technique Belge (CTB) – 2009, Rapport de synthèse, Janvier 2010.
- Gouvernement du Sénégal (2011), Document de politique économique et sociale (DPES) 2011-2015, version provisoire du avril 2011.
- Gouvernement du Sénégal (2012), Termes de références des Concertations Nationales sur la Santé et l'Action Sociale. Version du 6 août 2012.
- Institut Fondamental d'Afrique Noire Cheikh Anta Diop de Dakar (2010), Perceptions des prestations de soins face au développement du mouvement mutualiste, Etudes du LARTES n° 22, Juillet 2010.
- Ministère de l'Economie et des Finances (sd), stratégie nationale de protection sociale 2005-2015 (SNPS).
- Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social (sd) Stratégie nationale pour l'égalité et l'équité du genre (SNEEG) 2015.

- Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social (2009), Plan de mise en œuvre de la Stratégie nationale pour l'égalité et l'équité du genre 2009-2015, Mars 2009.
- Ministère de la Santé (2004), Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal, Juillet 2004.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (2011), Projet de loi portant création d'un Fonds National de Solidarité Santé au Sénégal.
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2009), plan national du développement sanitaire 2009-2018, Janvier 2009.
- Ministère de la Santé et de la Prévention, CAFSP & CTB (2010), Etat des lieux des mutuelles de santé des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack.
- Ministère de la Santé et de la Prévention, PAMAS & CTB (2010), Capitalisation des expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles de santé au Sénégal. Rapport final. Rédigé par Ousmane Sow, 26 octobre 2010.
- Ministère de la Santé et de la Prévention & CAFSP & USAID (2008), Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie des Sénégalais.
- PAMAS (2011), Indicateurs révisé du PAMAS 1 - Premier draft issus des ateliers de Kaolack (13/10/2011) et de Leuven (12/11/2011).
- PAMAS, Liste des mutuelles de santé appuyées par le PAMAS - répartition par district sanitaire.
- PAMAS (2011), Rapport de synthèse des ateliers (Kaolack, Diourbel, Fatick et Kaffrine), Identification des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les mutuelles de santé, Consortium des acteurs en MAS (CAMAS), Janvier 2011.
- PAMAS & CTB (2011), Système Intégré de gestion des fonds de garantie et d'équité régional (SIGER). Manuel sur les mécanismes de fonctionnement du SIGER. Février 2011.
- PAMAS, Outil de suivi des données (grille de supervision; canevas de supervision; données à collecter; plan d'action issue aux recommandations).
- PAMIF 2, Stratégie d'appui aux SFD et perspectives de complémentarité avec PAMAS et PEPAM.
- République du Sénégal (2006), Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSRP) 2006-2010, Octobre 2006.
- South Research & ECORYS & IDEA (2010), Evaluation de la qualité des prestations de la Coopération Technique Belge (CTB) – 2010, Rapport de pays : Sénégal (version draft), Juillet 2010.
- UEMOA (2009), Règlement n°07/2009/cm/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, 26 juin 2009.

Annexe 8 : Aide-mémoire de l'évaluation du PAMAS



CTB SÉNÉGAL

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

AIDE MEMOIRE

**ÉVALUATION FINALE DE
L'INTERVENTION
"PROGRAMME D'APPUI AU
DEVELOPPEMENT DE LA
MICROASSURANCE SANTE AU
SENEGAL" (PAMAS I & II)**

**PAYS : NN3003272
3005551**

**CODE NAVISION : SEN 07 019 11
SEN 08 022 11**

Table des matières

1	Contexte de l'évaluation finale (EF)	182
1.1	Objectifs de l'évaluation finale	182
1.2	Méthodologie de l'évaluation finale	182
1.3	Composition de l'équipe d'évaluation finale	183
1.4	Zone d'intervention et bénéficiaires visités	184
2	Principales constatations & conclusions provisoires	185
2.1	Critères de base	185
2.1.1	Pertinence	90
2.1.2	Effizienz	91
2.1.3	Efficacité	91
2.1.4	Durabilité	92
2.1.5	Cohérence	93
2.1.6	Impact	94
2.2	Thèmes transversaux	190
2.2.1	Egalité entre hommes et femmes	190
2.2.2	Environnement	191
2.2.3	Economie Sociale	191
2.2.4	Droits des enfants	191
2.3	Critères HARMO	191
2.3.1	Harmonisation	94
2.3.2	Alignement	94
2.3.3	Gestion axée sur les résultats de développement	95
2.3.4	Responsabilité mutuelle	95
2.3.5	Appropriation	96
3	Suivi des recommandations	194
3.1	Recommandations formulées par la MTR	194
3.1.1	Recommandations pour la SMCL	24
3.1.2	Recommandations pour l'intervention	25
3.1.3	Recommandations au niveau régional et périphérique	26
3.1.4	Recommandations pour le siège de la CTB	26
3.1.5	Pour la Coopération Belge	27
3.2	Autres recommandations	27
4	Enseignements tirés	198
4.1	Pour l'intervention	198
4.1.1	Nécessité du renforcement institutionnel en vue d'un dialogue effectif entre offre et demande	198
4.1.2	La formation des prestataires a été essentielle dans leur adhésion aux principes mutualistes	198
4.1.3	Intérêt d'une approche aux niveaux macro, méso et micro	198
4.1.4	La stimulation du dialogue interpartenaires peut mener à des externalités positives	198
4.1.5	La visibilité du programme peut susciter des initiatives au niveau national	198
4.1.6	Le PAMAS a permis une conscientisation à large échelle de l'importance des questions sociales dans la gestion de services sanitaires	199
4.1.7	Plusieurs Unions de Mutuelles ont acquis une réelle autonomie et la capacité de développer des initiatives originales	199
4.1.8	Difficulté de perception au sein de la population de la mutuelle comme une protection contre le risque plutôt que comme le préfinancement de services	199
4.1.9	Le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Fonds d'Indigence a permis la démonstration du niveau de collaboration entre acteurs de l'offre, de la demande et collectivités locales	199
4.1.10	Il semble possible de développer des mécanismes de ciblage communautaire des plus vulnérables intégrant l'ensemble des acteurs concernés	199
4.1.11	Les approches expérimentées au niveau régional peuvent servir de laboratoire pour les approches nationales	200
4.1.12	Il est nécessaire que les acteurs de l'assistance technique perlée soient en mesure d'apporter un soutien entre leurs visites	200
4.1.13	Nécessité d'une subvention pour relever le paquet de service, l'attractivité des mutuelles et leur base d'adhésion	200
4.1.14	Nécessité d'une action parallèle de renforcement qualitatif de l'offre de soins	200
4.1.15	Augmenter la fonctionnalité des organes de concertation sur les questions stratégiques majeures	200
4.1.16	Le principe de « prudence raisonnée » ne doit pas empêcher la prise de position stratégique et leur mise en œuvre	201
4.1.17	Besoin d'une meilleure anticipation des risques stratégiques liés au programme ou au contexte	201
4.1.18	Nécessité d'adapter le support en fonction des capacités des instances en vue de stimuler le développement	201
4.1.19	Besoin d'anticiper le risque de voir les Unions de mutuelles se transformer en service externe des Régions Médicales	201
4.2	Pour l'instance partenaire	201
4.2.1	Besoin de renforcer la cohérence entre les différents mécanismes supportés par la CAFSP	201

4.2.2	Besoin de transposer les projets politiques en stratégies opérationnelles et en lignes de financement	202
4.2.3	Développer une approche intégrée de soins de santé centrés sur le patient dans le mouvement sur la Couverture Maladie Universelle	202
4.2.4	Il est nécessaire de s'assurer que les organes de concertation adressent réellement les questions stratégiques	202
4.2.5	La CAFSP doit progressivement détacher sa planification de celle de ses partenaires pour renforcer son leadership	202
4.3	Pour la SMCL	202
4.3.1	Utiliser l'expertise des assistants techniques à titre consultatif	202
4.3.2	Discuter des questions stratégiques majeures pouvant influencer sur le succès et la viabilité du programme en plus des questions de suivi administratif et financier	202
4.4	Pour la Représentation de la CTB	203
4.4.1	Besoin d'adapter les modalités d'exécution en vue d'améliorer la réactivité du programme et sa rapidité d'exécution	203
4.4.2	Besoin de s'assurer d'un bon niveau de dialogue et de coordination entre les différents programmes supportés par la CTB au Sénégal	203
4.4.3	Besoin de renforcer la communication entre les programmes et le chargé de programme CTB	203
4.5	Pour la CTB-Bruxelles	203
4.5.1	Accélérer les réponses aux questions techniques émanant des projets	203
4.5.2	Trouver des modalités permettant d'alléger la charge de travail administrative et financière	204
5	Conclusions	205
5.1	Principales conclusions préliminaires concernant les critères d'évaluation	205
5.2	Recommandations préliminaires	207
5.2.1	Portant sur la période allant jusqu'à la fin du projet	207
5.2.2	Portant sur la période consécutive à la fin du projet	207
5.2.3	Portant sur une autre phase ultérieure éventuelle	207

1 Contexte de l'évaluation finale (EF)

Le PAMAS fait partie d'un front cohérent d'appuis de la coopération belge aux régions d'intervention (bassin arachidier). Dans le domaine de la santé, divers projets se sont succédés depuis 2006, dont l'ARMD sur la région de Diourbel, l'ASSRMKF appuyant aussi les régions de Kaolack, Fatick et Kaffrine, et les actuels PAGOSAN (Programme d'Appui à la Gouvernance en Santé) et PAODES (Programme d'Appui à l'Offre et la Demande de Soins), intégrant le Programme Santé Belgique-Sénégal (PSBS), qui étendent leurs appuis sur les 4 régions précédentes et la région de Thiès.

De façon synthétique, le PAMAS 1 appuie les mutuelles de santé au sens large pour un renforcement des mécanismes d'assurance santé, et le PAMAS 2, se concentre sur la création d'un fond de garantie permettant aux mutuelles de santé de consolider leur assise financière et de contribuer à la prise en charge des groupes vulnérables en accord avec les principes de politique nationale.

1.1 Objectifs de l'évaluation finale

La mission d'évaluation a les tâches suivantes:

- Analyser la stratégie du PAMAS en rapport avec son cadre logique
- Evaluer la pertinence des objectifs, du cadre logique et des indicateurs
- Faire un bilan des activités réalisées et en cours
- Analyser le cadre institutionnel et fonctionnel
- Inventorier les leçons apprises et faire des recommandations pour le PAODES.

1.2 Méthodologie de l'évaluation finale

Elle a été déclinée selon les règles de l'évaluation finale qui vise à analyser la stratégie du projet et ses deux volets PAMAS I et PAMAS II selon son cadre logique. Elle s'est traduite par l'étude du degré de réalisation des résultats attendus selon les indicateurs du projet et l'examen de la pertinence des orientations stratégiques et de la méthodologie suivie. La démarche a également consisté à passer en revue le fonctionnement et l'organisation du projet à diverses échelles, à répondre aux critères d'évaluation et enfin, à formuler des enseignements et des recommandations.

Les outils ont été mise en œuvre de façon circonstanciée en privilégiant la concertation avec les équipes du projet dans le respect des règles éthiques et professionnelles. C'est ainsi que les documents clés du projet

ont été analysés tant au début qu'au cours de la mission. Les différents acteurs et observateurs du PAMAS ont été interviewés aux niveaux macro, méso et micro dans une dynamique participative. Les données recueillies ont été triangulées de façon à permettre la distanciation vis-à-vis d'opinions isolées et inversement à repérer les faits constants et les appréciations partagées.

Des visites de terrain ont été organisées dans l'ensemble des quatre régions d'intervention du projet. Elles ont permis de confronter les résultats et perceptions des bénéficiaires et non bénéficiaires. Le partage des observations de l'équipe d'évaluation avec les responsables du PAMAS a été systématique durant toute la durée de la mission. Ces échanges ont aidé l'équipe d'évaluation à aller en profondeur dans le diagnostic des conditions d'atteinte des résultats.

La rédaction de l'aide-mémoire a été faite conjointement au sein de l'équipe d'évaluation et de façon itérative tout le long de la mission. Le processus a aussi permis le développement préliminaire de certaines sections du rapport. La restitution des premiers résultats a été organisée à Kaolack auprès de l'équipe du PAMAS. Les remarques ont été intégrées dans une version corrigée de la restitution. Le partage de l'aide-mémoire a été fait auprès de la Représentation de la CTB à Dakar.

1.3 Composition de l'équipe d'évaluation finale

Mr. Mathieu Noirhomme (économiste, UCL), travaille depuis 2007 comme consultant indépendant sur des questions de renforcement du système de santé, de financement de la santé et d'accès aux soins de santé en Afrique et en Asie. Il est notamment l'un des principaux consultants supportant le siège de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la mise en œuvre de la stratégie Country Health Policy Process, visant à rassembler gouvernements et partenaires autour d'une méthode et d'une plateforme commune de dialogue politique. Mathieu Noirhomme a une bonne connaissance des programmes CTB au Sénégal et de leurs acteurs pour avoir apporté une contribution pour finaliser la formulation du PAMAS et pour avoir été en charge de la formulation du volet demande du PAODES en décembre 2010 et janvier 2011. Il dirige la mission d'évaluation.

Professeur Abdou Salam FALL, est sociologue titulaire d'un doctorat de sociologie urbaine à l'université de Dakar et d'un doctorat en sociologie économique de l'Université d'Amsterdam. Il enseigne depuis 23 ans à l'université de Dakar. Il dirige le Laboratoire de recherche sur les Transformations économiques et sociales et également la Formation doctorale « sciences sociales appliquées au développement ». Il a mené

de nombreux travaux de recherche et d'expertise dans le domaine de la gouvernance de la santé, l'accès des groupes sociaux aux services de santé au Sénégal et la protection sociale, au Mali, Niger, Burkina, Bénin, Tchad, Rwanda, Sénégal etc. Il est spécialiste d'économie sociale et solidaire, domaine dans lequel il a réalisé des recherches internationales et joué un rôle actif dans les réseaux nationaux et internationaux.

1.4 Zone d'intervention et bénéficiaires visités

La mission a visité les quatre régions de concentration du PAMAS : Kaolack, Kaffrine, Fatick et Diourbel. Dans chacune des régions, des entretiens ont été faits avec le médecin chef de la région médicale, le président de l'union régionale, le gérant de la mutuelle et autres dirigeants, les médecins de district, les points focaux mutuelles dans la région et aux districts.

Dans certains cas comme à Fatick, un entretien a été effectué avec le Président de l'association des parents d'élèves. A Sokone dans la Région de Fatick, des discussions de groupes ont été organisées avec des bénéficiaires des mutuelles, des anciens adhérents aux mutuelles et des non adhérents aux mutuelles. A Touba, dans la région de Diourbel, le dispensaire tenu par la mutuelle a été visité et des entretiens de groupes ont été organisés avec la Présidente, l'infirmier, le gérant et des membres de la mutuelle. L'équipe d'ABT Associates travaillant sur la mise en œuvre du DECAM a été rencontrée à Kaolack.

A Dakar, outre l'équipe du PAMAS, et de CAFSP, les ATI coordonnant les programmes santé ont été interviewés. Des entretiens ont été organisés avec le secrétaire général et le directeur de cabinet du Ministère de la santé et de l'Action sociale. Le responsable système de santé de l'OMS a été rencontré, de même que l'attaché santé de l'Ambassade de Belgique.

2 Principales constatations & conclusions provisoires

2.1 Critères de base

2.1.1 Pertinence

Les deux volets du PAMAS s'inscrivent **en ligne avec les politiques et stratégies soutenues par le gouvernement Sénégalais**, notamment le Document de Politique Economique et Sociale 2011-2015 (DPES), la Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques 2005-2015, la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie. Il préfigure les approches de protection sociale pour les plus démunis visées par le projet de Fond National de Solidarité Santé. Il offre un exemple de mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé de 2004, et se conforme au règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale

Le PAMAS est également **conforme aux politiques de développement, stratégies et priorités de la Belgique**. Il permet une transition entre deux PIC intégrant le secteur Santé tout en respectant la concentration sur l'économie sociale inscrite au PIC 2007-2009, il respecte l'approche combinée d'appui institutionnel et de renforcement opérationnel qui caractérise la politique de coopération de la Belgique. Ses modalités de gestion offre un exemple raisonné d'application progressive de l'engagement de la Belgique envers la Déclaration de Paris.

2.1.2 Efficience

Les rapports annuels et trimestriels et les observations faites par l'équipe d'évaluation finale permettent de confirmer un bon **respect du calendrier des activités et des dépenses**. Les missions d'appui perlé ont permis d'améliorer la réponse aux défis posés par le programme, notamment en matière d'indicateurs et sur la construction du Fonds d'Equité.

Les seuls retards d'exécution concernent la mise en œuvre du fonds de garantie sous le PAMAS II, liés à une conjonction de facteurs, notamment : un démarrage tardif du PAMAS II ; un flou relatif sur le contenu du fonds de garantie dans le DTF ; des interprétations contradictoires et un processus de décision ralenti par l'intervention d'un grand nombre d'acteurs ; les délais relatifs à l'obtention du contrat d'exécution du fonds d'équité par la CAFSP.

Les deux parties ont globalement respecté les engagements dans les délais requis, aboutissant sur un excellent taux d'exécution de 98% au moment de la mission d'évaluation, hors fond de garantie (taux

d'exécution de 20%). Les engagements concrets en termes de ressources humaines, d'infrastructure, de renforcement des capacités et autres ont également été remplis dans les délais requis.

Toutes les activités relatives au renforcement institutionnel des institutions aux trois niveaux d'intervention ont rencontré un **degré de qualité très satisfaisant** (formations, dotations, études). Les activités de concertation sont un des grands succès du PAMAS, qui a réussi à établir un dialogue effectif entre acteurs de l'offre et de la demande et avec les partenaires au niveau central et régional.

2.1.3 Efficacité

De manière globale, les indicateurs démontrent un **bon degré d'atteinte des indicateurs de processus** (renforcement institutionnel, concertation, renforcement des capacités...). Toutefois, la grande majorité des **indicateurs de résultats pour les mutualistes** (bénéficiaires finaux de l'objectif général) sont **globalement au même niveau** qu'au démarrage du projet.

Au **niveau central**, la visibilité et la fonctionnalité de la CAFSP sont fortement renforcés : la CAFSP assume ses fonctions de concertation et participe activement à des initiatives externes ; elle a supporté la réorganisation institutionnelle de l'offre et la demande au niveau décentralisé ; et a pris une position centrale au niveau national dans l'harmonisation des outils de gestion, de collecte de données et de suivi-évaluation, matérialisés dans la cartographie numérisée.

On regrette toutefois un leadership trop modéré, aboutissant sur un manque de débat sur les questions stratégiques majeures (ex : coexistence et conflit potentiels entre modèles mutualistes différents) et le manque de développement de politiques et documents d'orientation nationaux.

Au niveau périphérique, les indicateurs au niveau structurel sont également très satisfaisants : chaque Région Médicale est aujourd'hui dotée d'un point focal mutuelle qui assume ses fonctions en concertation avec les Unions de Mutuelles ; le niveau de connaissance des acteurs régionaux et de district est nettement amélioré et permet un dialogue avec la demande ; les équipes cadres de région et de district maîtrisent les outils développés sur les mutuelles et contribuent aux supervisions ; les conventions cadres et conventions spécifiques sont signées ; les Cadres Régionaux de Concertation sont tenus de manière régulière avec l'ensemble des acteurs concernés.

Les **mutuelles et Unions de mutuelles** ont bénéficié d'un important renforcement structurel et ont une bien meilleure compréhension de leurs

fonctions. Ce renforcement est passé par des investissements en infrastructure, réhabilitation, bureautique et informatique ; des cycles de formations adaptés aux besoins ; une harmonisation des indicateurs et outils de gestion et de suivi ; et un rôle assumé d'encadrement et de supervision par les Unions de Mutuelles qui s'élargit à des initiatives propres indépendantes du programme.

Cependant, la viabilité des mutuelles reste discutable en raison de leur faible base d'adhésion et d'une incapacité à assumer leur frais d'investissement et gros entretien ; il n'y a pas eu d'amélioration notable des taux d'adhésion (paquet de services s'arrêtant au premier échelon, qualité des soins jugées insuffisante) ; et les Unions n'ont pas encore la crédibilité suffisante pour assumer une activité de plaidoyer en faveur du patient, en raison notamment de leur faible représentativité.

Les indicateurs de résultats – globalement insatisfaisants – dépendaient principalement des résultats 4 du PAMAS I et 3 du PAMAS II. En pratique, le PAMAS n'a pas pu stimuler le développement d'initiatives innovantes autres que celles supportées précédemment ; il s'est concentré sur la conception d'un fonds d'équité mais a reporté l'option d'une subvention des cotisations pour accroître le paquet de services qui représente une des barrières majeures à l'adhésion.

A noter que le fonds d'équité lancé en juin 2012 présente – outre ses premiers résultats opérationnels encourageants – un test fructueux de collaboration entre les différents acteurs concernés par la protection sociale en santé (régions médicales et districts, unions de mutuelles, mutuelles, services d'action sociale des collectivités locales, et population). Tous les engagements formels (manuels, conventions, dotations, etc.) ont été respectés.

L'atteinte des indicateurs du programme a été **influencée par les facteurs suivants** : lenteur inhérente à la dynamique mutualiste, défaut de réactivité aux sollicitations dans les régions lié à une concentration du pouvoir décisionnel au niveau central ; qualité variable du DTF (principalement concernant le fonds de garantie) ; report du mécanisme de cofinancement des cotisations ; faible qualité des services médicaux et du circuit d'approvisionnement en médicaments.

Globalement, le PAMAS a apporté une **réponse appropriée aux besoins de l'ensemble des bénéficiaires « institutionnels »** et est largement plébiscité comme tel. Par contre, il n'est **pas encore parvenu à apporter de réponses aux populations des régions concernées**, à l'exception du lancement du fonds d'équité.

2.1.4 Durabilité

La durabilité de l'intervention tient essentiellement dans sa prolongation

(et extension) au sein du PAODES.

Les **institutions sont fonctionnelles à tous les niveaux**, et montrent un bon degré d'appropriation. Cependant, la mise en œuvre des activités reste partiellement dépendante de financements externes (frais de réunions, de déplacement, per diem).

Au niveau de l'impact sur les populations, la **durabilité dépendra de l'extension de la base d'adhésion**, elle-même tributaire de l'élargissement du paquet de services et du renforcement de la qualité de l'offre. Ce doit être des priorités clés pour le PAODES.

Les acteurs de la mutualité aux différents échelons montrent une bonne maîtrise des thématiques et outils pour poursuivre l'activité.

La **CAFSP** apparaît maintenant à l'échelle nationale comme le **leader sur les questions d'assurance maladie et de protection sanitaire**. Elle devra encore renforcer sa position en arbitrant les options stratégiques potentiellement conflictuelles et en traduisant les nombreux projets discutés au sein du MSAS en documents d'orientation et politiques.

Les **ECR et ECD** ont acquis une bien meilleure **compréhension des principes mutualistes et de l'intérêt d'une action conjuguée** avec la demande de soins, les points focaux sont en place et la concertation s'étend à des activités sortant du cadre du PAMAS (ex : invitation des Unions de Mutuelles aux planifications annuelles des régions).

Les **Unions de Mutuelles** montrent une **excellente maîtrise** de la logique mutualiste et certaines prennent désormais des **initiatives** qui n'étaient pas directement dictées par le programme.

Le niveau des **mutuelles** est inévitablement **plus variable en raison de compétences de gestion moindres**. Ceci est compensable par un accompagnement de proximité par les UM.

Les efforts de *capacity building* ont pris plusieurs formes (formations, universités d'été, ateliers d'élaboration de stratégies) et ont été adaptés au niveau des différents interlocuteurs. Elles s'avèrent avoir été une condition nécessaire au développement d'un dialogue entre institutions de l'offre et institutions mutualistes.

Les principes mutualistes sont **compris et intégrés dans les démarches de travail et les institutions**. Les outils sont en place et opérationnels. Les bénéficiaires des mutuelles semblent avoir accepté l'intégration des indigents dans les mutuelles et leur prise en charge par le fonds d'équité. La contribution active des communautés et des collectivités locales aux processus de formulation et d'identification du fonds d'équité donne une indication positive de l'acceptabilité sociale de la stratégie.

2.1.5 Cohérence

Le PAMAS a cherché à **capitaliser sur les expériences précédentes** soutenues par l'ASSRMKF, en renforçant notamment l'Assurance Maladie Elève et, dans une moindre mesure, en conservant une attention sur les programmes de tarification forfaitaire testés à Sokone.

Par contre, le PAMAS n'a **pas réussi à tisser des liens suffisants avec les autres programmes soutenus par la CTB**. Il n'y a eu que peu de rencontres avec le PAODES, et le transfert d'activités sous son volet demande n'est pas encore anticipé. Le même constat s'applique concernant le PAGOSAN. Les équipes du PAMAS ont cherché à créer des synergies avec le PEPAM et le PAMIF, avortées en raison de différences d'agenda (la coordination avec le PAMAS n'était pas inscrite à leur DTF) et concernant le PAMIF, de changements législatifs réduisant drastiquement les opportunités de couplage MAS/MIF.

A noter que ces défauts de coordination ont des causes multiples et ne peuvent être imputables au PAMAS seul. Ils sont largement dépendants du rôle de coordination assuré par la représentation et de la proactivité des acteurs des autres programmes dans les fonctions de coordination.

La cohérence avec les autres projets dans la zone de concentration laisse également à désirer. Cela concerne principalement le programme ABT/USAID basé sur le programme DECAM de développement des mutuelles de santé en développement depuis début 2012 à Kaolack et Diourbel. Le problème porte entre autres sur un conflit de compétences potentiel entre Unions Régionales (PAMAS) et Unions Départementales (ABT) qui pourrait menacer la viabilité des acquis développés par le PAMAS. Il devient indispensable que la CAFSP invite ses partenaires à travailler au développement d'une vision harmonisée.

Les **pistes d'intégration entre PAMAS et PAODES** doivent mettre maintenant l'accent sur le transfert de bénéficiaires et l'attractivité des mutuelles pour les populations vers un objectif de mutuelles de grande taille, tout en maintenant les efforts structurels et institutionnels réalisés par le PAMAS. Cela implique notamment les actions suivantes : mécanismes de cofinancement des cotisations ; renforcement de la qualité de l'offre ; élargissement de l'identification sous le fonds d'équité ; dialogue offre demande ; maîtrise de la tarification et régulation ; mise à jour et extension nationale de la cartographie numérisée ; animation des cadres de concertation.

2.1.6 Impact

L'appréciation est globalement très positive par l'ensemble des acteurs ayant bénéficié des appuis institutionnels à tous les échelons

(CAFSP, ECR, ECD, UM, MAS)

Il est plus que probable que les effets ressentis par les populations soient minimales, si ce n'est au niveau de la visibilité des mutuelles de santé. Mais il ne s'est pas traduit en adhésion. C'est à poursuivre sous le PAODES.

La **nature des changements générés par le projet** touche principalement sur les points suivants : appui en infrastructures et équipements ; renforcement des compétences ; concertation et appui au dialogue offre-demande ; adhésion des prestataires aux principes mutualistes ; nomination de points focaux dans les Régions Médicales et dans certains districts ; harmonisation des indicateurs, outils de collecte de données et méthodes de suivi-évaluation ; plans de communication national et régionaux ; développement d'une cartographie numérisée suscitant un intérêt croissant au niveau national ; création d'un fonds d'équité.

Des **initiatives propres** sont développées par les acteurs régionaux, qui apparaissent comme autant d'externalités positives du PAMAS et des preuves d'appropriation par les acteurs : invitation des instances mutualistes aux réunions de planification sanitaire, gestion autonome des supervisions par les Unions de mutuelles, développement autonome de stratégies.

La contribution des changements à la réalisation de l'objectif global reste modeste à l'heure actuelle : à l'exception des effets récents du fonds d'équité, l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages ne s'est pas fortement améliorée. Cette situation nécessite impérativement une approche plurielle sous le PAODES pour l'amélioration de l'attractivité des mutuelles

2.2 Thèmes transversaux

2.2.1 Egalité entre hommes et femmes

Le PAMAS a surveillé le processus décisionnel au sein des unions de mutuelles et dans les mutuelles pour promouvoir la participation effective des femmes dans la gouvernance.

Le PAMAS a initié une distinction par genre dans les données statistiques et financières des mutuelles.

Des renforcements de capacité en genre et des sessions de formation pour promouvoir l'approche genre ont été organisées par le PAMAS

2.2.2 Environnement

Dans les sièges des mutuelles construites grâce au soutien du PAMAS, des arbres ont été plantés par les populations.

Les projets de cotisation groupée via des champs collectifs respectent les standards de l'agriculture biologique.

Des consignes de rationalisation d'énergie sont affichées sur les murs des bureaux et respectés par le personnel.

2.2.3 Economie Sociale

Les mutuelles de santé ont par nature une fonction d'utilité sociale.

Les mutuelles de santé ont une dimension économique qui rend possible la solidarité au sein des communautés.

La mutualité favorise l'expression de nouvelles formes de démocratie locale et de citoyenneté active

2.2.4 Droits des enfants

L'Assurance Maladie Elève s'est développée, avec des impacts positifs en matière de taux de réussite scolaire dans les régions concernées

Les mutuelles sont des cadres d'éducation à la santé et d'apprentissage de la prévention pour les familles et leurs enfants.

L'adhésion à une mutuelle peut rapprocher les femmes des services de santé, et ainsi réduire la mortalité maternelle et infantile.

2.3 Critères HARMO

2.3.1 Harmonisation

Des **cadres de concertation** sont établis à plusieurs niveaux : national, régional et district. Leur régularité et l'intérêt que les parties en présence leur porte sont un des grands succès du PAMAS. L'engagement de points focaux au niveau des régions médicales et de certains districts contribuent à cet effort.

Si les cadres de concertation ont engendré des gains indéniables sur le rapprochement entre offre de demande de soins, il semble cependant que certaines questions stratégiques majeures touchant à l'articulation entre PTF n'y soient pas suffisamment abordées, que ce soit au niveau national ou régional (voir discussion ci-dessus sur les programmes PAMAS / ABT)

2.3.2 Alignement

Le PAMAS joue un **rôle pionnier dans l'assurance maladie** au Sénégal, qui est l'une des stratégies phares du ministère de la Santé depuis plusieurs années, et réactualisé par le Président Macky Sall avec son engagement en faveur de la Couverture Maladie Universelle. Le fonds d'équité mis en place par PAMAS II préfigure l'initiative de Fonds de solidarité annoncé par le Gouvernement

Le programme respecte les procédures légales en vigueur au Sénégal.

Le PAMAS a eu un **effet indéniable en terme de renforcement de capacités**. Les formations, ateliers et universités d'été ont renforcé les capacités des ressources humaines sur différents sujets impactant sur l'atteinte des résultats : principes mutualistes, capacités informatiques, questions de genre, etc. Par ailleurs, l'ensemble des stratégies a été construit de manière participative, offrant une opportunité supplémentaire d'apprentissage et de renforcement pour les participants.

2.3.3 Gestion axée sur les résultats de développement

Le **planning du PAMAS est intégré dans le plan d'action de la CAFSP**, ils partagent donc la recherche de résultats communs. Les indicateurs sont suivis régulièrement et partagés au rythme des visites de terrain, réunions, évaluations, missions d'appui et rapports périodiques.

Le suivi a porté tant sur des indicateurs de processus que de résultats, matérialisés pour ces derniers dans l'harmonisation des indicateurs et leur intégration dans la cartographie numérisée.

Les efforts de capitalisation continue de la mise en œuvre du fonds d'équité pourraient être étendus à d'autres initiatives pour faciliter l'adaptation dans d'autres régions du pays.

L'ancrage au sein de la CAFSP donne à cette dernière le leadership formel sur toutes les activités de monitoring et évaluation.

2.3.4 Responsabilité mutuelle

Le programme a **systématiquement fourni les informations nécessaires à l'appréciation de l'évolution** du PAMAS tout au long du projet (rapports, études, ateliers de partage...). La SMCL travaille sur base de recommandations soumises par les Comités Techniques au niveau régional et compilés par responsable et le coresponsable de l'intervention.

Le PAMAS a fortement contribué à rendre l'assurance maladie plus visible. La mise en place d'outils harmonisés de gestion et de suivi financier des mutuelles donne des informations sur les dépenses financières comparées aux résultats attendus. La CAFSP, les régions médicales et les unions régionales des mutuelles rapportent effectivement les réalisations du PAMAS auprès des autorités locales et nationales.

La communication sur les réalisations auprès des bénéficiaires des mutuelles est gérée par les mutuelles elles-mêmes. Les nombreuses activités de sensibilisation et de communication les tiennent informés des projets en cours.

La SMCL se réunit conformément à son agenda et en présence des acteurs appropriés.

2.3.5 Appropriation

Le PAMAS a contribué fortement au **renforcement structurel de la CAFSP** et à son positionnement par rapport aux autres directions du ministère et aux PTF comme leader dans la coordination de l'assurance maladie. Les règles de cogestion sont d'application, avec un recours croissant à des contrats d'exécution.

L'ancrage de l'unité de gestion du PAMAS au niveau de la CAFSP et l'intégration des activités du PAMAS dans le plan d'action de la CAFSP assure un **leadership formel** par l'institution partenaire. La CAFSP est de plus également le point d'ancrage institutionnel d'autres initiatives portant sur la micro assurance santé, comme le projet DECAM soutenu par ABT/USAID et l'OMS. Il serait toutefois souhaitable que la CAFSP affirme plus fortement son leadership, en coordonnant le développement de visions harmonisées sur les stratégies de développement du mouvement mutualiste

3 Suivi des recommandations

3.1 Recommandations formulées par la MTR

Les recommandations formulées par la revue à mi-parcours et la réponse qui leur a été donnée sont exposées ci-dessous.

3.1.1 Recommandations pour la SMCL

« La SMCL devrait développer des passerelles plus soutenues avec le Comité technique régional (...) pour mieux alimenter sa réflexion sur certaines questions de fond relativement à la viabilisation des MS à travers un schéma national plus adapté. »

→ Le Comité Technique Régional réunit les partenaires clés du PAMAS tous les trimestres pour discuter des activités planifiées et réalisées et analyser les décisions techniques à prendre par l'équipe opérationnelle. Les réunions du Comité Technique permettent de préparer les décisions à soumettre à la Structure Mixte de Concertation Locale tous les semestres. L'agenda est respecté et la relation entre CTR et SMCL est fonctionnelle. Cette relation du CTR au SMCL n'implique pas forcément de retour. L'équipe d'évaluation finale souligne un manque de négociation et de prise de position dans le PAMAS sur une série de questions stratégiques majeures, mais la SMCL n'est pas le premier organe concerné et sa relation avec le CTR n'est pas en cause.

« La SMCL doit veiller au renforcement de la synergie dans le pilotage des interventions de la CTB : PAMAS, PAGOSAN, PAODES (unité permanente de coordination) »

→ Cette question relève plus du mandat de la Représentation que de la SMCL. Il était prévu que le PAODES soit en charge de la coordination des trois programmes. Peu d'actions formelles ont été prises en ce sens. De même, une Unité Permanente de Coordination devrait être créée au niveau du MSAS au sein d'une des directions concernées (CAFSP, CASPNDS, Direction de la Santé). En l'absence de consensus, le Secrétaire Général du MSAS a pris le rôle de manière formelle. En raison de l'étendue de ses fonctions au sein du MSAS, il peut difficilement être en mesure d'impacter sur les questions de synergie.

3.1.2 Recommandations pour l'intervention

« Le positionnement des unités techniques de la CAFSP dans la mise en œuvre du PAMAS demande à être renforcé pour favoriser un portage plus soutenu (...) une participation forte des quatre unités dans le projet PAMAS et des interactions plus formelles sont indispensables pour créer une meilleure orientation de la CAFSP dans son rôle de promoteur de

l'assurance-maladie. »

→ Le mandat du PAMAS se focalise sur l'appui à l'Unité Assurance Maladie, dont le PAMAS a grandement renforcé les capacités et la visibilité. Certaines interventions de support aux autres unités techniques ont été menées. La recommandation relève plus du leadership interne de la CAFSP que de l'intervention PAMAS. Par ailleurs, la recommandation sera bientôt rendue caduque, du fait de la transformation de la CAFSP en CACMU, qui implique un ancrage des trois autres unités techniques dans d'autres directions du MSAS.

« Le système de coordination entre l'équipe centrale (au sein de la CAFSP) et l'équipe opérationnelle (à Kaolack) demande à être amélioré pour garantir plus de visibilité et d'efficacité dans les interventions (...) »

→ Les équipes de Dakar et de Kaolack ont des contacts réguliers, avec un minimum d'une rencontre physique tous les quinze jours, à l'occasion d'une visite terrain, d'un atelier ou autre. Cela permet de régler les sujets d'actualité et les questions techniques. La coordination est donc acceptable sans être parfaite. Il manque d'opportunités pour échanger sur les questions stratégiques majeures et accélérer le processus de décision. Les équipes de Kaolack souhaiteraient un cadre d'échange formel à ce sujet.

« Une plus forte proactivité est attendue de la part de la CAFSP pour la mise en place des prérequis de l'application du règlement UEMOA (...), la CAFSP [devrait] mieux préparer les mutuelles de santé à être en conformité avec les préconditions du règlement UEMOA »

→ La CAFSP est en train de travailler à l'inscription des mutuelles au registre national, conformément aux exigences du règlement UEMOA. Le circuit administratif est complexe, ce qui ralentit le processus. La mission d'évaluation finale constate également une lenteur de la CAFSP dans la traduction de principes en actions et textes d'orientation, qui se manifeste entre autres sur ce sujet-ci.

« (...) la CAFSP (...) a l'autorité de sensibiliser et entreprendre un plaidoyer au niveau national pour améliorer la disponibilité des médicaments génériques. »

→ Le sujet a souvent été souligné par la CAFSP ainsi que lors des discussions de la SMCL. Le problème est complexe et dépasse de loin l'autorité de la CAFSP ou l'influence d'un programme comme le PAMAS.

3.1.3 Recommandations au niveau régional et périphérique

« (...) *Un accompagnement [des mutuelles et de leurs structures faîtières] au quotidien pour mettre en œuvre leur plan d'action et le plan de communication serait souhaitable (...).* »

→ L'équipe d'évaluation finale considère cette recommandation relativement inappropriée. Selon nos observations, le PAMAS a fait un excellent travail d'accompagnement des mutuelles et Unions de Mutuelles à ce sujet. L'élaboration des plans d'action est supportée depuis 2010 avec un besoin d'accompagnement décroissant au fur et à mesure que l'autonomie des acteurs nationaux augmente. Un plan d'action national et quatre plans régionaux cohérents ont été établis en avril 2010 et déclinés en outils et budgets jusqu'au niveau des mutuelles.

« *Capitalisation des bonnes pratiques et réplique potentielle dans la zone d'intervention (...).* »

→ A nouveau, cette recommandation ne se reflète pas dans les observations de l'équipe d'évaluation finale. Le PAMAS a tout au long du programme investi sur une documentation et capitalisation des expériences avec notamment : l'étude sur la taxation de l'eau, l'évaluation de l'AMEL, l'évaluation de la tarification forfaitaire, l'étude sur la sélection des indigents, l'étude sur les différentes expériences de fonds d'indigence au Sénégal, l'étude sur les raisons d'adhésion ou de non-adhésion aux mutuelles de santé, l'étude sur la perception de la mutualité par les prestataires, et la capitalisation en cours sur le processus de mise en œuvre du fonds d'équité. Les projets de couplage MAS / MIF ont dû être abandonnés pour des raisons évoquées précédemment.

3.1.4 Recommandations pour le siège de la CTB

« *Améliorer la réactivité sur les propositions soumises pour validation, comme le manuel SIMGE (...).* »

→ Le problème reste effectivement entier, et contribue à expliquer les retards pris dans le choix des options opérationnelles pour le fonds de garantie, et dans l'octroi du contrat d'exécution relatif. Cette remarque va de pair avec une recommandation de la mission d'évaluation finale de veiller à anticiper et tempérer les contraintes inhérentes aux modalités d'exécution pour améliorer la réactivité aux besoins concrets dans les régions.

« *Les ressources disponibles pour le suivi scientifique perlé doivent être utilisées de manière efficiente (...).* »

→ Cette recommandation est relativement inappropriée et s'inscrit mal dans une approche favorisant l'égalité entre homme et femme. Il s'agit là d'un aléa pour lequel aucune solution concrète ne pouvait être trouvée. La consultante en charge de l'appui technique perlé est tombée enceinte et a donc été indisponible pendant un temps. Elle était la seule personne compétente pour ce programme au sein de son cabinet (HIVA). Les AT du PAMAS soulignent par ailleurs leur satisfaction sur la qualité du support apporté et l'engagement de la consultante envers le programme, y compris en dehors des visites terrain.

3.1.5 Pour la Coopération Belge

« Ensemble avec l'Etat Sénégalais, la Coopération Belge pourrait se pencher sur une réflexion sur le futur de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé à base communautaire (...). »

→ C'est exactement la nature du PAMAS et de sa prolongation dans le PAODES : dépasser le stade des mutuelles communautaires pour arriver à des modèles fédérés, solidifiés par une large base d'adhésion et véhiculant différentes sources de financement. La Coopération Belge est donc dans cette dynamique. Le fait que l'élargissement ne se soit pas encore opéré est lié à une diversité de facteurs évoqués précédemment, et à adresser sous le PAODES.

3.2 Autres recommandations

« (...) le plaidoyer pour une approche intégrée de l'égalité des sexes dans les stratégies et plans d'action des mutuelles de santé devrait s'exprimer au niveau national (...), au niveau régional (...) et au niveau local (...) »

→ Des efforts en faveur de l'égalité des sexes ont été consentis par le programme (voir supra). Ce n'est pas énorme, mais il apparaît difficile de faire beaucoup plus à ce sujet dans un programme touchant sur le développement du mouvement mutualiste.

4 Enseignements tirés

4.1 Pour l'intervention

4.1.1 Nécessité du renforcement institutionnel en vue d'un dialogue effectif entre offre et demande

L'apport du PAMAS a permis d'atteindre les conditions matérielles de l'activité. Cela s'est avéré une condition nécessaire pour faire décoller la collaboration. De même, les mutuelles et les Unions de Mutuelles nécessitaient de gagner en visibilité pour devenir un acteur crédible face aux acteurs de l'offre. Dans plusieurs mutuelles, le personnel a fortement bénéficié du renforcement de capacité, tant au niveau de la connaissance des principes mutualistes que d'aspects techniques (informatique, etc.).

4.1.2 La formation des prestataires a été essentielle dans leur adhésion aux principes mutualistes.

Il était nécessaire de relever la compréhension des acteurs de l'offre de soins (équipes cadre, structures sanitaires) pour susciter leur intérêt pour le mouvement mutualiste. Les prestataires se sont impliqués activement à la promotion de la mutualité et ont accru l'attrait des mutuelles.

4.1.3 Intérêt d'une approche aux niveaux macro, méso et micro

La plupart des acteurs au niveau central, régional et local a pris conscience de l'importance des mutuelles au double plan sanitaire et social. Cette articulation de l'intervention à différentes échelles a rendu possible d'atteindre un consensus sur les limitations actuelles de l'action mutualiste, notamment des contraintes en matière de base d'adhésion, de paquet de service proposé et de qualité des services médicaux.

4.1.4 La stimulation du dialogue interpartenaires peut mener à des externalités positives

Le processus de concertation entre acteurs et le renforcement des capacités dépasse le cadre du PAMAS. Deux exemples : plusieurs régions médicales invitent désormais les Unions de Mutuelles à leur propre exercices de revue et planification annuelle ; les Unions de Mutuelles de Kafrine et Kaolack travaillent indépendamment au développement de produits mutualistes avec les mutuelles sous leur responsabilité (mécanismes de coassurance, cotisation complémentaire pour les soins hospitaliers).

4.1.5 La visibilité du programme peut susciter des initiatives au niveau national

La mise en place réussie des outils d'harmonisation de la gestion et du suivi des mutuelles a rendu possible la mise en ordre des données fiables grâce à une cartographie numérisée qui s'étend à deux autres régions actuellement. De même, il est prévu par le Ministère de la santé d'étendre cette cartographie à l'ensemble des régions du Sénégal. En octobre, au

Maroc, Le Ministre de la Santé et son équipe ont relayé fortement l'expérience réussie du PAMAS à l'échelle internationale : Fonds d'équité et rôles des mutuelles dans la Couverture maladie universelle.

4.1.6 Le PAMAS a permis une conscientisation à large échelle de l'importance des questions sociales dans la gestion de services sanitaires

La mise au point du Fonds d'équité illustre bien la solidarité intergroupe face à l'indigence. Ce fonds d'équité relaie effectivement l'inclusivité sociale de la mutualité qui devient un rempart à l'intégration et un outil de promotion de la santé.

4.1.7 Plusieurs Unions de Mutuelles ont acquis une réelle autonomie et la capacité de développer des initiatives originales

En plus de démontrer une forte maîtrise de la mutualité, les Unions régionales de mutuelles ont mis en œuvre des initiatives de cotisations collectives en nature : champs collectifs dans 8 villages différents, tarifications forfaitaires de l'eau, schémas de mise en commun des risques, fonds de garantie, etc. Plusieurs responsables des Unions font preuve de leadership en assumant des fonctions dans les conseils d'administration des Collectivités Locales. L'harmonisation des outils, procédures, indicateurs n'empêche pas le développement d'une autonomie des Unions.

4.1.8 Difficulté de perception au sein de la population de la mutuelle comme une protection contre le risque plutôt que comme le préfinancement de services.

Des situations de désadhésion ont été observées auprès des personnes souhaitant être remboursées lorsqu'au bout de l'année, elles n'ont pas eu recours aux services de santé. Pareillement, la sélection adverse demeure une contrainte à la mutualité.

4.1.9 Le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Fonds d'Indigence a permis la démonstration du niveau de collaboration entre acteurs de l'offre, de la demande et collectivités locales.

La méthode de la double stratégie, consistant à confronter les résultats d'enquêtes d'identification des indigents avec les perceptions des leaders associatifs et coutumiers, s'est révélée efficace pour associer les élus locaux et d'autres acteurs au ciblage des potentiels exclus économiques des mutuelles.

4.1.10 Il semble possible de développer des mécanismes de ciblage communautaire des plus vulnérables intégrant l'ensemble des acteurs concernés

Alors que les programmes de lutte contre la pauvreté se heurtent à

l'identification des plus pauvres, le processus de ciblage communautaire réalisé par le PAMAS devient fortement apprécié par une diversité d'acteurs institutionnels au niveau central, régional et local.

4.1.11 Les approches expérimentées au niveau régional peuvent servir de laboratoire pour les approches nationales

Au moment où l'Etat a choisi la Couverture maladie universelle et élabore actuellement sa stratégie, les expériences conduites par le PAMAS notamment la micro-assurance santé, l'AMEL et le Fonds d'équité sont susceptibles d'influencer la politique dans ce domaine et la mise en place du futur fonds national de solidarité.

4.1.12 Il est nécessaire que les acteurs de l'assistance technique perlée soient en mesure d'apporter un soutien entre leurs visites

L'expérience de recherche-action initiée par le PAMAS avec HIVA Leuven a aidé effectivement les experts sur le terrain à assimiler les modes d'action et les processus adaptés à la micro-assurance santé et au fonds d'équité. Cet apprentissage itératif s'est notamment manifesté par une guidance scientifique entre deux missions. Cet accompagnement très profitable et apprécié s'avère utile pour les acteurs de terrain dans un environnement où ce type d'expérience est nouvelle.

4.1.13 Nécessité d'une subvention pour relever le paquet de service, l'attractivité des mutuelles et leur base d'adhésion

Le constat partagé à tous niveaux réside dans le fait que l'élargissement du paquet de service de santé exige des cotisations individuelles plus élevées. Or, dans un environnement marqué par une pauvreté chronique structurelle, des subventions à la demande ou/et à l'offre de soins pourraient relever la base d'adhésion des mutuelles et en faire la base sociale à la couverture universelle maladie. Cette opportunité non mise en œuvre dans le PAMAS II devrait être favorablement reportée au PAODES.

4.1.14 Nécessité d'une action parallèle de renforcement qualitatif de l'offre de soins

Si l'expérience du PAMAS a mis en relief l'importance de la demande, elle a tout aussi bien montré que les problèmes de qualité de l'offre de service nuisent fortement à l'attractivité des mutuelles de santé.

4.1.15 Augmenter la fonctionnalité des organes de concertation sur les questions stratégiques majeures.

Les cadres de concertation demeurent une innovation majeure du PAMAS pour faciliter une participation active. Il reste à accroître la connaissance des experts des approches développées par d'autres partenaires sur leur

domaine d'action. Pareillement, il convient de veiller à asseoir le dialogue sur les questions stratégiques dans les organes nationaux de concertation.

4.1.16 Le principe de « prudence raisonnée » ne doit pas empêcher la prise de position stratégique et leur mise en œuvre

L'équipe du PAMAS a agit avec prudence du fait que l'intervention dans la mutualité est un processus long. Cependant, elle aurait pu faciliter l'expression d'options stratégiques et impulser davantage d'initiatives de mutuelles et des unions. C'est ainsi que certaines Unions n'étaient pas suffisamment conscientes de modalités possibles sous le principe de fonds de garantie, alors qu'elles s'investissent sur des programmes similaires (ex : Kaolack et son paquet de service hospitalier).

4.1.17 Besoin d'une meilleure anticipation des risques stratégiques liés au programme ou au contexte

En développant une approche plus proactive, le management du PAMAS pourrait anticiper sur les risques stratégiques de coordination avec les autres programmes initiés par la CTB et les autres acteurs de la micro-assurance santé.

4.1.18 Nécessité d'adapter le support en fonction des capacités des instances en vue de stimuler le développement

L'approche relativement uniforme entre régions ne devrait pas tirer vers le bas les unions régionales de mutuelles bénéficiant de conditions de développement de départ plus avancées.

4.1.19 Besoin d'anticiper le risque de voir les Unions de mutuelles se transformer en service externe des Régions Médicales

Les Unions de mutuelles doivent conserver leur autonomie stratégique et fonctionnelle tout en collaborant activement avec les instances de l'offre de soins (régions médicales, districts de santé).

4.2 Pour l'instance partenaire

4.2.1 Besoin de renforcer la cohérence entre les différents mécanismes supportés par la CAFSP

La CAFSP devrait renforcer le dialogue entre les différents partenaires qui la supportent au niveau central et périphérique. Il serait notamment possible d'avancer sur une vision harmonisée entre l'approche PAMAS et l'approche DECAM.

4.2.2 Besoin de transposer les projets politiques en stratégies opérationnelles et en lignes de financement

La CAFSP a sous sa responsabilité plusieurs projets soutenus par le gouvernement depuis des années, mais qui n'ont pas donné lieu à des documents d'orientation, ni à des avant-projets de stratégies ou politiques. Ce flou nuit au débat et au potentiel de mise en œuvre. Cela concerne notamment le Fonds National de Solidarité en Santé et le DECAM.

4.2.3 Développer une approche intégrée de soins de santé centrés sur le patient dans le mouvement sur la Couverture Maladie Universelle

Dès lors que le PAMAS a réussi l'installation d'un appareil solide d'unions, la priorité devient de renforcer le rôle de représentation des intérêts des patients des Unions et mutuelles. Il conviendra également d'étendre la question de la demande au delà des seules mutuelles de santé et d'accroître le mandat des unions dans la gestion de ressources et des grands programmes.

4.2.4 Il est nécessaire de s'assurer que les organes de concertation adressent réellement les questions stratégiques

Les traditions de concertation qui s'établissent devront se conforter plus en permettant de traiter les questions stratégiques menaçant ou favorisant la viabilité fonctionnelle des stratégies supportées. Elles contribuent ainsi à la recherche d'un consensus entre les différentes approches mutualistes envisagées au niveau national.

4.2.5 La CAFSP doit progressivement détacher sa planification de celle de ses partenaires pour renforcer son leadership.

En développant et en mettant en œuvre des visions propres au Sénégal, la CAFSP devrait éviter d'agir en fonction des budgets disponibles des partenaires.

4.3 Pour la SMCL

4.3.1 Utiliser l'expertise des assistants techniques à titre consultatif

Les experts du PAMAS devraient être mieux mis à contribution à titre consultatif pour refléter les leçons de l'expérience qu'ils mettent en œuvre.

4.3.2 Discuter des questions stratégiques majeures pouvant influencer sur le succès et la viabilité du programme en plus des questions de suivi administratif et financier.

La SMCL pourrait mieux aider à renforcer la cohérence des programmes

en analysant les questions stratégiques davantage tout en donnant aux questions administratives et financières la place qui leur revient.

4.4 Pour la Représentation de la CTB

4.4.1 Besoin d'adapter les modalités d'exécution en vue d'améliorer la réactivité du programme et sa rapidité d'exécution

Chaque modèle de modalité d'exécution entraîne son lot de contraintes. Dans le cas du PAMAS, le programme a souffert d'un manque de réactivité aux besoins et priorités identifiées dans les régions, lié à l'ancrage de l'ATI au niveau national. La représentation doit être consciente des contraintes liées aux modalités d'exécution et adopter les actions correctives nécessaires.

4.4.2 Besoin de s'assurer d'un bon niveau de dialogue et de coordination entre les différents programmes supportés par la CTB au Sénégal

Un programme comme le PAMAS demande une concertation active avec le PAODES et le PAGOSAN pour s'assurer que les actions se complètent. Cette concertation a manqué et les orientations actuelles sous le PAODES et le PAMAS pourraient présenter des points de friction. Il est essentiel que la représentation pousse les programmes à une concertation active entre programmes, allant jusqu'à discuter leurs orientations stratégiques respectives.

4.4.3 Besoin de renforcer la communication entre les programmes et le chargé de programme CTB

Les supports du chargé de programme CTB ont été fortement appréciés. Toutefois, les chargés de programme (tout comme les ATI) manquent de temps à consacrer aux échanges avec les programmes, en raison notamment d'exigences en termes d'administration et de restitution propres à la CTB. Il serait nécessaire de trouver les mesures permettant de dégager le temps nécessaire pour un suivi actif des programmes.

4.5 Pour la CTB-Bruxelles

4.5.1 Accélérer les réponses aux questions techniques émanant des projets.

Le report de la mise en place du Fonds de garantie est apparu comme un des freins du PAMAS 2. Le processus de prise de décision devrait être mieux rationalisé pour permettre une mise en œuvre plus diligente des axes du DTF des projets.

4.5.2 Trouver des modalités permettant d'alléger la charge de travail administrative et financière

Une partie importante de la charge de travail des ATI est mobilisée par des activités administratives et financières, au détriment de leur expertise technique.

5 Conclusions

5.1 Principales conclusions préliminaires concernant les critères d'évaluation

Pertinence. Le PAMAS affiche un excellent niveau de pertinence par rapport aux politiques sénégalaise et belge.

Efficience. Il s'est avéré efficient sur toutes questions touchant au développement institutionnel et de renforcement des compétences, avec un taux de décaissement sur ces activités de 98% à la date de rédaction de ce rapport. Les questions de subvention (résultat 3 du PAMAS II) ne sont par contre décaissées qu'à hauteur de 20%.

Efficacité. De manière globale, les indicateurs démontrent un bon degré d'atteinte des indicateurs de processus (renforcement institutionnel, concertation, renforcement des capacités...). Toutefois, la grande majorité des indicateurs de résultats pour les mutualistes (bénéficiaires finaux de l'objectif général) sont globalement au même niveau qu'au démarrage du projet. Les principales avancées à ce sujet tiennent dans le lancement du fonds d'équité à partir de juin 2012. Le PAODES Demande devra rapidement lancer les systèmes de subvention des cotisations pour étendre l'offre de services aux soins hospitaliers, tout en continuant à étendre le fonds d'équité.

L'atteinte des indicateurs du programme a été **influencée par les facteurs suivants** : lenteur inhérente à la dynamique mutualiste, défaut de réactivité aux sollicitations dans les régions liés à une concentration du pouvoir décisionnel au niveau central ; qualité variable du DTF (principalement concernant le fonds de garantie) ; report du mécanisme de cofinancement des cotisations ; faible qualité des services médicaux et du circuit d'approvisionnement en médicaments.

Durabilité. Les institutions sont fonctionnelles à tous niveaux, et montrent un bon degré d'appropriation des approches, ce qui donne une indication positive de la durabilité. Cela dépend toutefois du maintien de certains petits budgets de fonctionnement. La CAFSP doit également oser mettre les questions stratégiques majeures sur la table pour éviter des conflits potentiels avec des programmes similaires (principalement DECAM) qui pourraient menacer les acquis institutionnels du PAMAS.

La durabilité de l'intervention au niveau des populations dépendra de l'extension de la base d'adhésion et du renforcement de la qualité de l'offre. La question est donc renvoyée sur la mise en œuvre du PAODES.

Cohérence. Le degré de cohérence du PAMAS avec les autres programmes belges est relativement faible. On déplore un manque de concertation avec le PAODES et le PAGOSAN, alors que les programmes

ont des influences réciproques. Les causes sont multiples et dépassent le seul cadre du PAMAS. La représentation doit stimuler une coordination inter-projets à l'avenir.

La cohérence avec des programmes d'autres partenaires est également en question. Il est dommage et potentiellement préjudiciable que ni la CAFSP ni le PAMAS n'ai encore investi sur la recherche d'une approche harmonisée entre PAMAS et DECAM.

Impact. L'impact du programme est excellent sur toutes les questions institutionnelles. Un dialogue offre-demande existe aujourd'hui qui était hors de portée au démarrage du PAMAS. A noter que les cadres de concertation restent trop consensuels : il serait nécessaire aujourd'hui de mettre sur la table les « sujets qui fâchent » afin d'anticiper les risques de conflits futurs.

L'impact sur les populations (indicateurs de l'objectif général) aura été quasi nul. La continuation du programme sous le PAODES ouvre des opportunités.

Thèmes transversaux. Les thèmes transversaux ont été pris en compte dans la mesure de leur pertinence pour le PAMAS. L'élément le plus marquant est l'action d'économie sociale auquel le PAMAS a contribué.

Harmonisation. Le PAMAS a permis des avancées considérables en termes de concertation au trois niveaux du programme. La concertation avec les PTF gagnerait à porter plus sur les questions stratégiques.

Alignement. Le PAMAS est aligné sur les priorités nationales du Sénégal. Il respecte les procédures légales en vigueur dans le pays. Il a fortement contribué à relever les capacités aux trois niveaux d'intervention.

Gestion axée sur les résultats de développement. Le planning du PAMAS est intégré dans le plan d'action de la CAFSP. Les deux partenaires assurent un suivi commun régulier de l'ensemble des activités.

Responsabilité mutuelle. Les deux parties ont rempli leur engagement tout au long du projet. Ils fournissent tous deux régulièrement les informations nécessaires à l'appréciation de l'évolution du programme.

Appropriation. Le PAMAS a contribué au renforcement structurel de la CAFSP qui est aujourd'hui une structure visible et reconnue au Sénégal. La CAFSP devrait pouvoir se détacher du planning de ses PTF pour affirmer un leadership plus fort.

5.2 Recommandations préliminaires

5.2.1 Portant sur la période allant jusqu'à la fin du projet

- Le PAMAS et le PAODES doivent se rapprocher d'urgence pour harmoniser leurs stratégies et pré-identifier les actions à lancer au démarrage.
- Il faut négocier la transition des activités et l'allocation des budgets nécessaires pour éviter les trous dans la mise en œuvre.
- La CAFSP doit commencer dès maintenant à renforcer son leadership et décliner la coordination avec ses PTF sur les questions stratégiques pouvant favoriser ou menacer les mécanismes touchant à la couverture maladie universelle

5.2.2 Portant sur la période consécutive à la fin du projet

Néant. Le PAODES est supposé reprendre immédiatement les activités

5.2.3 Portant sur une autre phase ultérieure éventuelle

Les recommandations s'articulent autour de trois axes majeurs (i) orientations à matérialiser dans le PAODES, (ii) les dispositions de mise en œuvre et enfin (iii) la systématisation du PAMAS et PAODES.

Sur le plan des orientations du PAODES

- Mettre l'accent sur le transfert de ressources aux populations (ex PAMAS II) via des mécanismes de subvention des cotisations pour étendre l'offre de services au niveau hospitalier et un soutien renforcé au Fonds d'Équité.
- Améliorer la qualité de l'offre de services sanitaires, et particulièrement la régularité de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques.
- Développer une stratégie conjointe pour le développement de mutuelles de santé sous le leadership de la CAFSP, avec l'ensemble des PTF intéressés à supporter ce type d'approche.
- Orienter la communication auprès des populations sur la protection contre le risque plutôt que sur le préfinancement de services sanitaires, ce qui tend à induire l'adhérent en erreur.

Sur le plan de la mise en œuvre

- Poursuivre le fonds d'équité et la capitalisation de l'expérience
- Poursuivre le support aux institutions mutualistes
- Identifier rapidement les AT du volet demande du PAODES.

Sur le plan de la capitalisation

- Systématiser et communiquer au niveau national sur les acquis et enseignements du PAMAS et du futur PAODES.

