



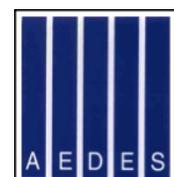
**BELGIAN
DEVELOPMENT AGENCY**

Résumé Exécutif de la revue finale du PROJET D'APPUI A L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS (PAODES)

SEN 10 027 11
Sénégal

20 octobre 2017

Jaak Labeeuw
Sara Van Belle
Amadou Mbaye



Résumé opérationnel

Le PAODES est un projet de coopération bilatérale direct entre le Gouvernement du Sénégal et le Royaume de Belgique. Il a un volet offre et un volet demande, et a été conçu comme un programme unique de plus de 25 millions avec le projet PAGOSAN qui couvrait la gouvernance. Sa durée est de 72 mois.

L'Objectif général est l'amélioration durable de l'état de santé de la population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès, et **l'objectif spécifique** un accès équitable à des soins de santé de qualité et un bon niveau de protection sociale pour la population de ces régions. Vu ces ambitions, une durée totale de 10-15 ans était prévue. Suite à l'évaluation à mi-parcours, conduite en Mars 2014, 4 districts sanitaires (DS) pilotes prioritaires ont été retenus dans deux départements. Il s'agissait d'y démontrer qu'un système congruent entre l'offre et la demande basé sur les cinq piliers que sont (i) la qualité des soins, (ii) le renforcement de la fonction d'encadrement par l'équipe cadre de district, (iii) les investissements, (iv) la tarification forfaitaire et (v) l'appui à la mise en place d'unités mutualistes professionnalisées de niveau départemental, peut constituer une solution d'accélération vers la couverture sanitaire universelle. Des investissements ont été réalisés dans 2 districts pilotes prioritaires (Sokone et Kounghoul) mais également au niveau de Gossas, Nioro (Saboya), Thiadiaye, Mbour (Toglou), Mbacké et Kaffrine.

Le PAODES a également bénéficié de deux autres programmes bilatéraux entre le Gouvernement du Sénégal et le Royaume de Belgique, le Programme d'appui à la réalisation d'études et d'expertises (PAREE), et le programme de renforcement des capacités institutionnelles (PRC).

Sur le plan politique, le développement de la couverture maladie universelle (CMU) reste, plus que jamais, une priorité nationale. L'Agence pour la couverture maladie universelle (Lala CMU), créée en 2015 et placée sous la tutelle technique du Ministère chargé de la santé et de l'action sociale et sous celle du Ministère des finances bénéficie de l'attention directe de la présidence et de disponibilité budgétaire importante. L'objectif est de passer d'un taux de couverture de 18% en 2013 à 75% en 2017.

L'évaluation sur le terrain s'est déroulée du 5 au 19 Septembre 2017. L'équipe de consultants était formée de trois personnes, deux experts en santé publique et un expert en socio-anthropologie et politique internationale, et spécialiste en évaluation réaliste.

Cette évaluation vise à appuyer le pilotage des interventions, et à contribuer à l'apprentissage et à la redevabilité envers les parties prenantes.

Les questions d'évaluation ont couvert le champ d'évaluation générique et des questions spécifiques. Le représentant résident de la coopération technique belge (CTB) à Dakar a demandé à l'équipe d'évaluation de prêter une attention particulière à l'aspect genre, et d'identifier les leçons apprises du PAODES et recommandations qui pourraient être appliquées dans le nouveau programme de coopération, « She decides ».

Trois questions additionnelles concernant l'évaluation réaliste ont été définies. Ces questions additionnelles font appel à une série de théories extraites d'une part de la littérature et d'autre part des hypothèses des concepteurs et des exécutants du programme sur ce qui fait que le programme fonctionne, tout en sachant qu'un ensemble de théories et de mécanismes différents sont en jeu à différents niveaux dans un programme complexe tel que le PAODES.

La collecte de données consistait en une revue documentaire, des entretiens avec des personnes clés au niveau central, régional et périphérique du MSAS, la CTB, les assistants techniques internationaux et nationaux (ATI et ATN) du PAODES, l'Attaché Adjoint de l'Ambassade de la Belgique et des partenaires. Une visite sur le terrain a eu lieu dans les deux districts pilotes prioritaires.

Vu la contrainte de temps, il n'a pas été possible d'élaborer un guide d'entretien d'évaluation réaliste, ni de trianguler les observations de terrains avec des entretiens additionnels au niveau central.

La performance du PAODES est globalement très bonne.

Pertinence. Le PAODES a répondu aux besoins et priorités des bénéficiaires, a été cohérent avec les priorités politiques du Sénégal et celles de la Belgique, et s'est adapté au cours de sa mise en œuvre. La majorité des recommandations de l'évaluation à mi-parcours ont été mises en œuvre.

Efficacité. Le PAODES a le potentiel d'améliorer la qualité des services (Résultat 1), et les capacités opérationnelles des équipes cadres de district et des acteurs de santé (R2). La majorité des réhabilitations (R3) seront réceptionnés à la clôture du programme. Par contre, la stratégie de maintenance élaborée par l'expert du *PAREE* a été validée au niveau technique mais pas au niveau politique, ni la stratégie des déchets médicaux. Le PAODES a développé avec succès plusieurs initiatives innovantes (R4), la tarification forfaitaire subventionnée, un début de décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques, et l'appui à l'introduction du nouveau logiciel pour la collecte en ligne des données sanitaires, DHIS2. Par contre, le logiciel dossier médical électronique a du mal à décoller et la chirurgie de district a largement échoué par manque de soutien institutionnel et organisationnel. Concernant la cohésion entre les niveaux de l'offre et les acteurs (R5), les supervisions des diverses structures ont été fortement perturbés par les actions syndicales. Les comités de santé sont actifs dans les districts pilotes. Ce résultat visait en premier lieu le renforcement du niveau périphérique. De nombreux appuis ont cependant été accordés à la Direction Générale de Santé au niveau central.

Le R6, le renforcement des mutuelles communautaires a été abandonné puisque le PAODES a poursuivi une piste alternative de développement des assurances maladies¹. Après un début difficile l'Unité départementale d'assurance maladie (UDAM) (R7) est devenu, avec la tarification forfaitaire, le cheval de parade du PAODES. La nouvelle stratégie nationale de financement (juin 2017) montre que le gouvernement a adopté plusieurs éléments de l'approche UDAM. Les UDAM ont développées une gestion performante permettant d'intégrer l'achat de prestations de services (R8) à divers niveaux. Une étude du PAODES portant sur les sources et modes de gestion des paiements des postes et centres de santé et présentée au forum de capitalisation a clairement démontré les inefficiences liées à la fragmentation du système de financement. Les UDAM sont agréées par le MSAS, leur donnant un statut juridique (R9), et les permettant de participer à la mission de lala CMU. La capitalisation des expériences (R10) a enrichi le débat sur les modalités d'assurance maladie au Sénégal. Une enquête ménage conduite par l'Université de Dijon indiquerait que la population a une plus grande confiance dans une assurance maladie professionnelle. Le PAODES a appuyé le démarrage et le programme de communication de la CMU (R11).

¹ Strictement parlé, il s'agit dans les deux cas de mutuelles. Cependant, pour éviter toute confusion de langage, les UDAM seront référencé par le terme assurance maladie dans le rapport

Efficienc. En général, les intrants financiers, humains et matériels ont été bien utilisés assurant une bonne efficacité. Les deux interventions phares, les UDAM et la tarification forfaitaire ont permis des gains d'efficacité considérables. Il y a eu certains cas plutôt rares d'inefficacité, comme les retards dans les réhabilitations et équipements, et l'absence d'une analyse des préalables pour l'introduction du dossier médical électronique n'émanait pas d'une demande des utilisateurs, et une analyse préalable des conditions de déploiement aurait promu l'efficacité. Par ailleurs, le protocole d'harmonisation des émargements des partenaires a créé un contexte peu favorable à l'efficacité.

Impact. Le PAODES a probablement contribué à l'atteinte de certains indicateurs d'impact au niveau de l'objectif global et spécifique. Le MSAS et l'OMS ont exprimé leur souhait d'organiser un forum annuel de capitalisation, un effet inattendu.

Durabilité. L'étude de modélisation de la viabilité financière, conduite lors de l'établissement des UDAM, avait prévu cinq cas de figures selon les tendances démographiques et la pénétration des mutualités. L'état actuel de ces paramètres porte à croire que la viabilité financière est bonne. Les autorités locales se sont approprié plusieurs éléments de l'approche UDAM.

Le genre a été pris en compte aussi bien lors de la planification que de la mise en oeuvre du programme. Le PAODES a montré que le secteur santé peut être une force motrice en ce domaine.

L'environnement a été pris en compte lors de la planification des réhabilitations et constructions. Ainsi, un nouveau système de climatisation écologique a été piloté pour les bureaux UDAM.

Le pilotage axé sur les résultats a été performant à travers les réunions du SMCL, les rapports semestriels et annuels, les missions de backstopping et l'évaluation à mi-parcours.

Le suivi. Le cadre des résultats de l'intervention est de bonne qualité. Cependant, les indicateurs n'ont pas été suffisamment liés aux besoins de l'action recherche et n'ont pas été suivi prospectivement. Ainsi, il n'est en ce moment pas possible de comparer objectivement les avantages et les inconvénients de l'approche UDAM versus les mutuelles communautaires, ni ceux de la tarification forfaitaire versus la tarification éclatée.

On peut conclure qu'après un début difficile et lent, le PAODES a été performant sur quasiment tous les critères de l'évaluation, sauf pour la chirurgie de district et dans une certaine mesure aussi le dossier médical électronique.

L'articulation entre l'offre et la demande et qui est reflétée dans l'objectif spécifique a été l'épine dorsale du programme. Pour réaliser cet objectif, les six piliers du système de santé ont été renforcés d'une façon judicieuse et équilibrée. Le MSAS a par ailleurs contribué dans certains piliers, comme la stratégie « Informed Push model-Yeksi Naa (est arrivé), (IMP-YN) » lancée par la pharmacie nationale d'approvisionnement. Il reste cependant un long chemin non seulement pour atteindre l'objectif, mais aussi pour sécuriser les acquis (le programme était prévu sur 10-15 ans !).

La **viabilité financière des assurance maladies** dépendra non seulement de la croissance de leur taux de pénétration que les nombreuses initiatives de gratuités peuvent compromettre, mais aussi de la maîtrise des coûts des charges techniques, nécessitant un contrôle strict des facturations. Ce contrôle devient d'autant plus important puisque la couverture a été élargie aux officines privées, et à l'hôpital de premier niveau pour les patients référés. Par ailleurs, la couverture devra en fin de compte être étendue à tous les échelons du système de santé pour éviter les coûts catastrophiques.

L'augmentation des revenus et la maîtrise des dépenses requièrent une gestion professionnalisée et une bonne gouvernance.

La **tarification forfaitaire** contribue à la viabilité financière des assurance maladies, assure une meilleure prévisibilité des coûts pouvant augmenter la demande, et l'expérience sur le terrain a montré que ce mode de tarification peut également améliorer la viabilité financière des structures de santé. Son tendon d'Achille est cependant l'abolition des subventions pour les patients référés. Il sera donc entre autres nécessaire d'ajuster les tarifs au prix de revient des prestations de service. L'étude des coûts de revient prévue à cet effet, n'a malheureusement pas été réalisée.

Le **modèle de gouvernance des UDAM** est exemplaire et mérite d'être renforcé et suivi par la CMU et les collectivités locales.

Finalement, **l'évaluation réaliste** n'a pas pu pleinement répondre aux questions « comment, pourquoi et dans quel contexte ? » par manque de données de base. Une évaluation réaliste prospective aiderait à mieux réaliser ces objectifs.

Les enseignements tirés concernent :

- ✓ L'articulation offre et demande et une gouvernance collaborative favorisent une vision holistique du système de santé ;
- ✓ La viabilité et la durabilité des innovations dépendront de la présence au sein du MSAS de porteurs (champions) ;
- ✓ La tarification forfaitaire a fait ses preuves et est appréciée tant par les prestataires que la population ;
- ✓ La structure des UDAM a créé des conditions propices à la gouvernance collaborative incluant des leaders-champions représentant la population et l'équipe professionnelle des UDAM.
- ✓ La nouvelle Stratégie Nationale de Financement de Santé offre une fenêtre d'opportunité pour mettre en oeuvre des leçons apprises ;
- ✓ Le renforcement des capacités par la réhabilitation des infrastructures, les équipements, et la formation et l'encadrement du personnel est compromis par la mobilité et le manque de motivation du personnel. Les centres de santé qui dépendent d'une commune servent tout le district sanitaire. Si ce dernier couvre tout le territoire du département, le risque devient réel qu'une fois réhabilité, ces centres soient convertis en hôpital de premier niveau. Ces hôpitaux ont une autonomie de gestion leur permettant de fixer des tarifs qui ne tiennent pas toujours compte du pouvoir d'achat de la population ce qui réduit l'accessibilité financière et donc la redevabilité envers la population.
- ✓ Un programme santé couvrant les volets offre et demande contribue à l'égalité du genre par l'amélioration de la santé maternelle, néonatale, et infantile (SMNI), une meilleure offre de la planification familiale, et une réduction des coûts catastrophiques et de la pauvreté.

Les recommandations suivantes sont émises :

Le MSAS :

- ✓ Renforcer la viabilité financière des assurances maladies et des structures sanitaires, ainsi que la gestion et la prévisibilité des coûts par l'intégration des expériences UDAM dans la CMU et la conduite des études des coûts de revient des prestations de service et la conduite d'une étude de faisabilité de la tarification forfaitaire au niveau hospitalier.
- ✓ Renforcer l'offre des soins et son articulation avec la demande sur base des leçons apprises dans le PAODES, tel que décrit dans les fora de capitalisation.

Le MSAS et Collectivités locales :

- ✓ Capitaliser les expériences de la gouvernance collaborative des assurance maladies et sur le potentiel de redevabilité entre les services publics et les autorités locales d'une part et la population d'autre part

La CTB :

- ✓ Intégrer les leçons apprises concernant la santé et le genre dans la formulation du nouveau projet « She decides »
- ✓ Conduire des évaluations réalistes prospectivement dans les programmes de coopération bilatérale.