EVALUATION FINALE DU PROJET "ACCES AUX SOINS DE SANTE 2017-2021 EN AFRIQUE DE L'OUEST AU BENIN"

Rapport Final

ADANDE Christophe	Spécialiste de Santé Publique, Chef de mission
HOUETOHOSSOU Camille	Médecin Spécialiste en santé publique, Consultant associé
DIMON Rodrigue	Spécialiste de suivi-évaluation, Consultant associé
CHABI Sabin	Spécialiste de suivi-évaluation, Consultant associé

Mai 2022

Table des matières

REMERCIEMENTS ..... **III**

SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **IV**

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**

LISTE DES GRAPHES ..... **VI**

RESUME ..... **VII**

INTRODUCTION **5**

1. BREVE PRESENTATION DU PROGRAMME **6**

1.1. CONTEXTE DU PROJET 6
1.2. OBJECTIFS DU PROGRAMME 6
1.3. RESULTATS ATTENDUS DU PROGRAMME 7
1.4. ACTEURS OPERATIONNELS DE MISE EN ŒUVRE 7

2. RAPPEL DES OBJECTIFS, RÉSULTATS ET DE LA MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION **7**

2.1. OBJECTIFS DE LA MISSION 7
2.2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA MISSION 8
2.2.1. Types d'évaluation 8
2.2.2. Principales phases de l'évaluation 8
PHASE 4 : VALIDATIONS, RAPPORTAGE ET DIFFUSION 10
2.3. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LE CADRE DE L'ETUDE 11

3. RESULTATS DE L'EVALUATION **11**

3.1. PERFORMANCE DU PROJET SUIVI DES INDICATEURS DU CAD 11
3.1.1. Appréciation de la pertinence 11
3.1.1.1. Adéquation entre les objectifs du projet et les besoins des bénéficiaires 11
3.1.1.2. Pertinence de la stratégie d'intervention 12
3.1.1.3. Adéquation avec les politiques internationales (ODD) et nationales 13
3.1.1.4. Modèle mutualiste et adéquation avec les orientations régionales 14
3.1.1.5. Contribution à l'amélioration de la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans la zone d'intervention du programme 15
3.1.1.6. Niveau d'implication et contribution des bénéficiaires 15
3.1.2. Appréciation de l'efficience 17
3.2.1.1. Niveau de réalisation des activités programmées 17
3.2.1.2. Efficience du dispositif financier et de mise à disposition des ressources de la gestion du projet 18
3.2.1.3. Performance en termes d'efficience des mutuelles du programme 19
3.2.1.4. Mobilisation et développement de synergie entre acteurs 20
3.2.2. Appréciation de l'efficacité 22
3.2.2.1. Niveau de réalisation des Indicateurs Objectivement Vérifiables 23
3.2.2.2. Niveau d'utilisation et d'efficacité des services offerts par les partenaires /structures soutenues 27
3.2.2.3. Satisfaction par rapport à la qualité des activités/soins 28
3.2.2.4. Contribution à l'amélioration de la qualité des soins des centres de santé conventionnés 31
3.2.2.5. Influence des facteurs externes et niveau d'adaptabilité 34
3.2.2.6. Appréciation du niveau d'évolution de certains indicateurs d'efficacité 35
3.2.3. Appréciation de la durabilité/Impact 36
3.1.4.1. Effets perçus par les bénéficiaires 36
3.1.4.2. Durabilité techniques/Renforcement des capacités 38
3.1.4.3. Appropriation/Renforcement mutuel/Durabilité sociale 39
3.1.4.4. Durabilité financière 41
3.1.4.5. Appropriation des résultats du produit du programme par les autorités publiques 41
3.2. THEMES TRANSVERSAUX ET ASPECTS HORIZONTAUX 42
3.2.1. Contribution à la promotion du Genre 42
3.2.1.1. Positionnement de la femme au sein des instances dirigeantes 42
3.2.1.2. Organisation de la journée de la femme mutualiste 43
3.2.1.3. Animation d'une plateforme « Genre » 44
3.2.2. Plus-value de l'intégration des MNT au projet MUSA 44
3.2.2.1. Contribution à l'amélioration du sociétariat 45
3.2.2.2. Adéquation et plus-value de la collaboration académique 46
3.3. ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT DU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE 46
3.3.1. Forces, Faiblesses, opportunités et menaces des mutuelles de santé au Bénin 47
3.3.2. Analyse des goulots d'étranglements du sociétariat 48

4. LEÇONS APPRISES, BONNES PRATIQUES, ORIENTATIONS FUTURES ET RECOMMANDATIONS **51**

4.1. LEÇONS APPRISES 51
4.2. RECOMMANDATIONS 53

ANNEXES **58**

ANNEXE 18 : LISTE DE LA DOCUMENTATION EXPLOITEE **58**

ANNEXE 2:DETAILS DE L'APPRÉCIATION DE LA PERTINENCE .... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ANNEXE 3:DETAILS DE L'APPRÉCIATION DE L'EFFICIENCE..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ANNEXE 4:DETAILS DE L'APPRÉCIATION DE L'EFFICACITE..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ANNEXE 5:DETAILS DE L'APPRÉCIATION DE LA DURABILITÉ ..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ANNEXE : REPARTITION DES ATTESTATIONS DE SOINS AUDITEES PAR FORMATION SANITAIRE **64**

LISTE DE LA DOCUMENTATION EXPLOITEE **65**

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation adresse ses sincères remerciements à la Direction Régionale Afrique de l'Ouest de Louvain Corporation (LC) qui a facilité la réalisation de la mission d'évaluation du projet « Accès aux soins de santé 2017-2021 en Afrique de l'Ouest au Togo ». Ce travail est en effet, initié et réalisé dans un contexte de renforcement des stratégies d'extension de la couverture du risque maladie dans les régions centrales et du Plateaux puis dans la région des Savanes.

Nous adressons également nos remerciements au chargé du domaine des mutuelles de santé et à l'assistant technique, sans oublier les Directeurs des Unions des Mutuelles de Santé (MUSA) pour leur disponibilité et la documentation mise à notre disposition.

Enfin, l'équipe remercie très sincèrement toutes les parties prenantes rencontrées pour leur disponibilité et la qualité de leurs contributions respectives aux préoccupations abordées dans cette évaluation. Il s'agit notamment des mutualistes (membres et organes), des gérants des MUSA, des Directeurs des Unions, des staffs de Louvain Coopération au Développement (LC), des participants non mutualistes invités pour les focus group, des responsables de l'ONG GROPERE, des prestataires de soins, des élus locaux, des organismes ou PTF promoteurs des mutuelles de santé et des décideurs ou acteurs politiques clés impliqués dans le développement des mutuelles de santé au Bénin.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AG	Assemblée Générale
AQS	Assurance Qualité des Soins
BD	Bureau Directeur
CA	Conseil d'Administration
CPN	Consultation Prénatale
CS	Comité de Surveillance
CSU	Couverture Santé Universelle
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
LC	Louvain Coopération au Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IOV	Indicateur Objectivement Vérifiable
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MS	Ministère de la Santé
MUSA	Mutuelle de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PNDS	Plan National de Développement de la Santé
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
SAT	Sérum Antitétanique
SAV	Sérum Antivenimeux
SSP	Soins de Santé Primaire
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des enquêtés suivant les communes et le sexe 9
Tableau 2 : Point des personnes enquêtées par localité..... 9
Tableau 3 : Synthèse des résultats d'enquête 12
Tableau 4 : Niveau de réalisation des activités programmées 17
Tableau 5 : Tableau des prévisions/réalisations du projet 19
Tableau 6: Appréciation de l'accueil dans les centres de santé par les utilisateurs mutualistes au cours des 3 derniers mois..... **Erreur ! Signet non défini.**
Tableau 7: Niveau de réalisation des objectifs du cadre logique du Programme 23
Tableau 8 : Résultats des indicateurs (taux de létalité comparé du paludisme et taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans des mutualistes de 2017 à 2021..... 27
Tableau 9 : Résultats des audits des attestations de soins échantillonnées 33
Tableau 10: Appréciation de la viabilité/durabilité des mutuelles de santé. **Erreur ! Signet non défini.**
Tableau 11 : Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et dans les mutuelles..... 43
Tableau 12 : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces 47
Tableau 13 : Synthèse des recommandations..... 54

LISTE DES GRAPHES

Graphe 1 : Comportements (recours) des enquêtés en cas de maladies.....12
Graphe 2 : Degré de satisfaction des mutualistes par rapport à leur besoin en soins de santé ..... **Erreur ! Signet non défini.**
Graphe 3 : Evolution du taux de sinistralité moyen par année de 2017 à 2021.....20
Graphe 4 : Contributions financières des MS au budget des FS dans l'Atacora de 2017 à 2021 32
Graphe 5 : Evolution des indicateurs d'appréciation de l'efficience des prescriptions Bembèrèkè.....34
Graphe 6 : Evolution du taux de croissance de 2018 à 2021.....35
Graphe 7 : Taux de pénétration moyen par département de 2017 à 2021.....36
Graphe 8 : Changements positifs induits par la mutuelle sur les mutualistes.....37
Graphe 9 : Les motivations des mutualistes pour le paiement régulière de leur cotisation.....38

RESUME

La présente étude est une évaluation du projet **« Accès aux soins de santé 2017-2021 en Afrique de l'Ouest »**

A travers cette étude, il était question de faire un bilan de la mise en œuvre du programme de Louvain Coopération, de tirer des enseignements, de capitaliser les bonnes pratiques et de faire des recommandations d'ajustements éventuels pour le prochain programme.
L'approche méthodologique adoptée pour la collecte des données est basée essentiellement sur la revue documentaire, les entretiens semi-directifs avec des informateurs clés, des focus group, des réunions formelles, des visites sur le terrain et l'observation des dynamiques.

Performance du projet de mutuelle de santé

Le Projet de mutuelle de santé est pertinent et de bonne qualité. Il répond aux vastes besoins sanitaires des populations. De même, on observe une prise en compte des politiques en vigueur dans le pays en matière de financement de la santé. Enfin une adéquation avec les enjeux nationaux, régionaux et mondiaux de l'heure relatifs à la couverture sanitaire universelle (CSU) est mise en évidence.

Son efficience est bonne. On observe une adéquation entre les engagements financiers et le niveau de réalisation des activités (100,9%). Le suivi des ressources, la mise en œuvre des activités, la réalisation des produits attendus et leur appropriation ont été adéquats. Toutefois, les taux de sinistralité restent élevés au regard des normes dans les deux départements.

L'efficacité est bonne au regard du niveau d'atteinte des objectifs du projet. Le taux d'utilisation des services par les bénéficiaires des mutuelles reste dans les normes et maîtrisé dans les deux zones (118% pour le Mono et 126% pour l'Atacora) et se situe entre 80 et 120%. Les mutuelles de santé induisent un changement de comportement dans la population qui utilise de plus en plus les soins de santé. Cette meilleure fréquentation des centres de santé par les mutualistes, facilitée par la levée de la contrainte financière, favorise de la part de la population, une meilleure appréciation des soins donnés dans les centres de santé et une réduction des recours aux pratiques parallèles nocives.

Les effets induits par le projet ont été relevés par les enquêtés, confirmés par certaines discussions de groupe et sont dans l'ordre (i) la facilitation de l'accès aux soins à moindre coût, (ii) la considération sociale, (iii) l'abandon progressif de l'automédication, (iv) l'épanouissement des familles et (v) la tranquillité d'esprit et réduction de plaintes de la part des bénéficiaires.

Globalement, la durabilité est bonne. Celle financière a été partiellement atteinte. En effet, les cotisations mobilisées permettent toutes seules de répondre à la mission première des mutuelles de santé sans appui externe. Toutefois, la maitrise des risques liés à l'assurance notamment la sinistralité reste et demeure un défi. Les partenaires et bénéficiaires sont fortement impliqués à tous les niveaux de la mise en œuvre du projet. Les différents acteurs ont été renforcés sur plusieurs thématiques et disposent de compétences avérées. Mais ce n'est pas suffisant car ils ne pourront pas encore mettre en œuvre seuls, toutes les activités.

Thèmes transversaux appréciés à travers l'approche genre et la collaboration académique

L'approche genre a été appréciée dans un premier temps à travers l'implication des femmes dans la question de la mutualité qui est un facteur important, vu leur sensibilité aux questions en lien avec la santé de la famille. Le niveau de représentativité des femmes à des postes de prise de décision au sein des mutuelles et Unions est passé de 22% au démarrage du projet à 41.5% à la fin. Elle a été également appréciée à travers l'organisation de la journée de la femme mutualiste et l'animation de la plateforme « Genre » qui sont autant d'opportunités qui contribuent à la promotion de la femme. Toutefois, beaucoup d'efforts restent encore à faire surtout dans le Mono par rapport à la représentation des femmes au sein des comités de gestion des mutuelles.

Quant à la **collaboration académique**, elle a permis d'identifier trois (03) thématiques au cours de la mise en œuvre du projet. Il s'agit de thématiques relatives à la période de la collecte des cotisations et au mécanisme d'adhésions collectives. Globalement, il est à retenir que cette collaboration interuniversitaire a permis de construire un partenariat fiable et « gagnant-gagnant » en matière d'études et de recherches entre Université du Nord et celle du Sud. L'expérience d'adhésion groupée a été expérimentée aussi dans l'Atacora que dans le Mono avec des résultats très intéressants où, plusieurs cas d'adhésion automatiques ont été enregistré.

En termes d'innovation introduite au cours de la mise en œuvre du projet, l'étude a identifié le projet MNT. En effet, **le Projet « Maladies Non Transmissibles »** mis en œuvre en collaboration avec les acteurs du système de santé a énormément contribué et permis d'apporter une plus-value significative en termes de contribution au renforcement des compétences des agents de santé dans le suivi et la gestion des MNT; à l'amélioration du plateau technique des centres de santé ; à une meilleure fréquentation des centres de santé et à l'amélioration du sociétariat au sein des mutuelles de santé.

Les goulots d'étranglement des mutuelles de santé

L'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces a permis d'identifier comme goulots d'étranglement: le Défaut de la mise en place des instruments recommandés par l'UEMOA, la baisse de la capacité contributive des ménages et des femmes en particulier, le faible niveau de professionnalisation des acteurs, des activités des mutuelles de santé, des unions et de la FENAMUS, l'inexistence d'un système de plafonnement des dépenses de santé, les affectations des agents de santé formés de leur zone d'intervention, l'inexistence des plans de communication, la situation dans le Mono avec les mutuelles de Ex BORNEfonden

Principales leçons apprises

- L'absence de politiques nationales favorables de l'Etat et notamment la non mise en place des instruments de règlement 07 de l'UEMOA nuit considérablement au développement des mutuelles de santé au Bénin ;

- L'absence d'une définition claire de la place de la mutualité dans le dispositif de couverture universelle des soins engendre des hésitations dans les appuis à apporter au secteur de la mutualité. Ceci tant au niveau des autorités politico-administratives décentralisées, qu'au

niveau des responsables au sein de la pyramide des soins de santé, ainsi que des programmes de coopération ;

- La mise en place d'un système intégré d'information et de gestion (SIIG) est un processus long et difficile à maitriser en milieu rural par défaut de connexion, mais potentiellement gagnant pour la mutualité. Il permet d'analyser les données, de les consolider, facilitant ainsi l'apprentissage et une meilleure gestion des mutuelles pour plus de visibilité et de crédibilité en vue d'un meilleur positionnement dans le schéma de la CSU ;

- L'existence de plusieurs groupes organisés et associations professionnelles dans la zone d'intervention du Programme constitue un fort potentiel exploitable par la stratégie d'adhésion groupée et une opportunité pour élargir la base sociale des mutuelles dans le cadre des interventions futures ;

- L'implication des mutuelles de santé dans les actions préventives est bénéfique pour toute la population ;

- Les facteurs socio-culturels font que le concept de mutuelle de santé, voir l'assurance-maladie, est difficilement appropriable par la communauté. Priorité est donnée aux dépenses à engager lors des évènements socio-culturels. Il est donc capital d'approfondir cet aspect en cherchant comment articuler les deux ;

- La mobilité du personnel soignant dans la zone de couverture des mutuelles est un facteur qui ne favorise pas la maîtrise de la sinistralité et le maintien de bonnes relations avec l'offre des soins. Lorsque les prestataires de soins formés, coachés et mis en confiance par le médecin conseil viennent à être déplacés et remplacés par de nouveaux qui ne connaissent pas les mutuelles de santé et leur mode de fonctionnement, les efforts déployés jusque-là sont annihilés et il faut donc reprendre le travail de collaboration ;

  L'expérience démontre que l'implication des femmes dans les actions portant sur la santé, favorisent l'accès à l'information et produit des résultats très encourageants et perceptibles. La femme est très sensible aux problèmes de santé de la famille et l'expérience se confirme que là où les femmes obtiennent des postes de responsabilité, la mobilisation sociale, la gouvernance et l'appropriation paraissent plus efficace ;

- La mise en place d'un cadre d'échange entre offre et demande des soins de santé permet aux populations mutualistes de mieux percevoir la notion de droit à la santé qui n'était pas bien comprise auparavant. De plus en plus, les populations revendiquent leur droit à des soins de santé de qualité et dénoncent les mauvais comportements dans les centres de santé ;

- L'intervention des mutuelles de santé à travers le suivi des prestations, des actions de plaidoyer et de supervision par le Médecin Conseil et l'Infirmier Conseil contribuent efficacement à l'amélioration de la qualité des soins (accueil, efficacité, efficience, amélioration du plateau technique, etc.) des centres de santé conventionnés.

Au terme de la mission, les recommandations suivantes sont faites par l'équipe d'évaluation :

	Constats majeurs		Recommandations	Explications
	A l'endroit de LC			
1	Résultats très intéressants obtenus à travers le projet MNT dans l'Atacora	1.1	Passer à l'échelle avec l'expérience du développement du préventif à travers entre autres, la lutte contre les MNT ;	Diffusion de l'expérience Pour une meilleure connaissance des MNT et des mécanismes de prévention par la population ; un meilleur accès aux services de santé de qualité et une rationalisation des dépenses de mutuelles pour raisons de maladies opportunistes des MNT
		1.2	Partager les résultats de l'expérience des MNT avec les autorités ministérielles notamment le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles	
2	Persistance de la pandémie de la COVID	2.1	Poursuivre les actions menées dans le cadre de la lutte contre COVID 19.	Pour une maitrise des gestes barrières et accès aux dispositifs ; la minimisation des risques de contagion et un meilleur accès aux services de santé de qualité. Cela faciliterait l'organisation des campagnes de mobilisation de ressources ;
3	Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des services des mutuelles de santé, des unions et de la FENAMUS.	3.1	Accompagner la mise en place d'une base forte de relais communautaires bien formés sur la mutualité, la communication, le marketing social (LC)	Pour les CMB, éviter au maximum, les relais communautaires du système de santé ou revoir la stratégie car ils ne sont souvent pas disponibles surtout avec la nouvelle politique de santé communautaire où ils seront rémunérés mensuellement avec leur paquet d'activités renforcé;
		3.2	Doter la FENAMUS de ressources humaines qualifiées pour la gestion technique tout en valorisant son capital humain actuel, notamment les élus mutualistes à différents niveaux (Fédération, Unions et Mutuelles).	L'on devra veiller à ce que les équipes techniques une fois formées soient autonomes pour ce qui est des aspects techniques; Ressources Humaines partagées pour une meilleure efficience
	A l'endroit de CONSAMUS/FENAMUS			
4	Expérience réussie de l'initiative de l'Infirmier Conseil. Mais elle n'est pas connue de l'Etat.	4.1	Instaurer le suivi des prestations de soins par un infirmier conseil dans les centres de santé périphériques (LC)	Pour parvenir à une généralisation de la pratique, il sera nécessaire en plus de faire un front commun avec d'autres acteurs pour capitaliser et largement diffuser les expériences, et améliorer la pratique de Médecin Conseil.
		4.2	Inciter l'Etat à l'institutionnalisation de la pratique, dans le cadre d'une politique contractuelle ;	Le réseautage (unions, fédérations) des mutuelles de santé pour se partager les services d'un Médecin Conseil (en raison du coût) ;
	Pratique de l'utilisation des Médecins Conseils	4.3	Faire en sorte à ce que le Ministère de la Santé reconnaisse l'initiative, développe le corps des IC au Bénin, développe le métier et encourage sa légifération ;	Cela sera très utile surtout dans le cadre de l'opérationnalisation de l'ARCH;

		4.4 4.5 4.6	Faire en sorte à ce que le Ministère de la Santé reconnaisse l'initiative, développe le corps des IC au Bénin, développe le métier et encourage sa légifération ; Etudier cette approche dans la perspective de son implémentation dans le cadre du volet Assurance Maladie de l'ARCH Voir comment CONSAMUS va amener les structures d'appui à adopter cette initiative dans leur zone d'intervention	L'initiative doit être conduite par FENAMUS avec l'appui de CONSAMUS;
5	Fragmentation des initiatives et approche (outils, cotisations, etc.). Problème de paternité des initiatives	5.1 5.2 5.3	Travailler à améliorer les performances de mutuelles de santé, mieux les organiser, mieux les structurer ; harmoniser les outils de gestion et les pratiques et en essayer autant que possible d'avoir un paquet minimum d'outils commun ; Arriver à mettre en place une assurance maladie mutualiste unique, avec une seule carte pour toutes les mutuelles à travers le pays tout en maintenant l'autonomie en termes de structure d'appui et de fonctionnement. Organiser un atelier pour réfléchir sur la meilleure stratégie de plaidoyer sur cet aspect et aller pour plaider auprès des autorités ;	L'état des lieux de 2020 affiche environ 100.000 bénéficiaires à jour, Chaque structure à son effectif et l'Etat n'a point connaissance. Cette situation de fragmentation n'est pas de nature à aller en faveur des mutuelles de santé. Il urge alors que des réflexions soit menées pour identifier très rapidement les stratégies adéquates ; Ainsi, les mutuelles auront la même identité, la même cotisation, le même paquet de prestations, etc.
6	Non prise en compte effective des mutuelles de santé dans le dispositif ARCH	6.1 6.2 6.3 6.4	Travailler à développer et à rendre plus performantes et visibles les mutuelles de santé, seule alternative actuelle pour le secteur agricole Mettre en place un dispositif de consolidation des données du Système de Gestion pour des fins de visibilité, représentation et de plaidoyer. Développer d'autres stratégies afin de booster le sociétariat au sein des mutuelles de santé appuyées. Mettre en place une stratégie de professionnalisation des acteurs.	La prise en compte des mutuelles de santé dans le dispositif ARCH est un combat permanent. Plusieurs fois, il a été dit que les mutuelles de santé seront prises en compte. Mais à ce jour, de façon formelle, aucun texte ne le précise ; Face à cette situation confuse, où l'accent est mis sur la prise en charge des pauvres extrêmes et non extrêmes, les acteurs mutualistes ont un grand intérêt à continuer le développement des mutuelles car ce n'est que cela qui va régler la question de l'accès aux soins du grand groupe des acteurs du secteur informel ; Avec la nouvelle loi qui fait obligation à tous d'avoir une assurance maladie, le combat aujourd'hui ne devrait pas être de marchander l'implication des mutuelles de santé dans l'ARCH mais plutôt la recherche des performances ;

		6.5 6.6 6.7 6.8	Revoir la structuration et le fonctionnement interne des mutuelles pour une meilleure efficacité ; Veiller au développement et à la diversification des activités en lien avec la mutualité de santé. Rendre opérationnelle et autonome la FENAMUS. Continuer de faire un plaidoyer vis-à-vis de l'Etat pour faire reconnaitre les mutuelles dans le dispositif ARCH	Il en va de sa crédibilité et de ses capacités à assurer les fonctions qui pourraient lui être confiées éventuellement dans le cadre de la délégation de gestion de la CSU.
7	L'inexistence de certains documents stratégiques et non appropriation par l'Etat de certains.	7.1 7.2 7.3	Appuyer l'élaboration d'une stratégie de communion pour les mutuelles de santé Appuyer l'élaboration des plans de communications pour la mise en œuvre des campagnes de mobilisations des mutuelles de santé, Veiller à ce que les élus mutualistes et les membres des cellules mutualistes de base soient formés dans les règles de l'art (communication, marketing social, analyse des dépenses)	Pour accompagner les campagnes de mobilisation sociale.
	A l'endroit des Unions			
8	Le taux de sinistralité dans toutes les mutuelles est élevé	8.1	Maintenir l'option de recruter des IC en appui aux MUSA et passer à l'échelle de même pour les Médecins Conseil ; Renforcer l'expérience de Médecin Conseil et d'Infirmier Conseil pour une meilleur rationalisation des dépenses dans une logique d'une meilleure maitrise des coûts ;	On devra continuer le travail des IC et des MC afin de s'assurer de l'efficacité et de l'efficience des prescriptions pour la bonne santé financière des mutuelles de santé.
9	Mobilité/Affectations des agents de santé ayant déjà une expertise dans le domaine de la mutualité et surtout en matière de sensibilisation et de gestion de contrat	9.1	Négocier pour disposer d'avance des dates probables et des plans d'affectation afin de planifier la formation des nouveaux prestataires de soins Renforcer les relations avec les autorités sanitaires afin de trouver des alternatives pour prévenir ou contourner ces difficultés qui minent le développement des mutuelles sociales ;	Les Unions, de par leurs relations avec les acteurs du système de santé local devront être en veille informationnelle pour la Zone Sanitaire pour éventuellement anticiper
10	Situation de faible sociétariat en général et dans le	10.1	Revoir la structuration du REMUSA en faisant l'option d'avoir au plus six (06) mutuelles communales pour tout le département	Cohabitation de mutuelles communales et mutuelles d'arrondissement. Faire en sorte qu'il n'y ait plus de mutuelle d'arrondissement

	Mono en particulier où cohabitent deux catégories de mutuelles.	10.2 10.3	Harmoniser les modalités et pratiques relatives aux cotisations et aux prises en charge ; Renforcer le suivi au sein de toutes les mutuelles membres du REMUSA ;	Toutes les mutuelles membres du REMUSA puissent bénéficier des mêmes appuis pour raison d'équité ; Il ne sera plus question de 11 mutuelles de santé mais de 6 unions Dans le cadre de l'intégration de BORNEfonden à Plan, l'accompagnement de ces mutuelles devraient en principe se faire avec Plan. Mais rien ne se fait ; les mutuelles doivent prendre leur responsabilité.
11	Discrimination dans les appuis à l'endroit des mutuelles de santé membres du réseau.	11.1	Rechercher des financements additionnels pour faire face aux charges relatives à l'appui des onze mutuelles de santé en outils de travail et fonctionnement.	Discuter avec les élus pour voir comment utiliser de façon efficace, les intérêts issus du dépôt à terme à Orabank
12	Le système actuel de cotisation ne garantit pas le risque d'anti sélection et de plus n'est ni efficient ni efficace au regard des résultats obtenus	12.1	Promouvoir l'expérience d'adhésion groupée/automatique	Plus efficient ; Identification des groupes organisés, formations, sensibilisations sur les notions de prévoyance maladie et Appui à la promotion des activités génératrices de revenus ; impact de la maladie sur les activités et appui éventuel à leur institutionnalisation

INTRODUCTION

L'accès à une protection adéquate en matière de sécurité sociale et aux soins de santé de qualité constituent des droits fondamentaux de l'homme, qui malheureusement sont loin d'être respectés à l'échelle mondiale. Quatre-vingts pour cent (80%[1]) de la population en Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie sont privées d'une telle protection. La récurrence et la diversité des besoins rendent ce problème plus préoccupant : *les conditions de vie et de travail des acteurs de l'économie informelle et des populations rurales les exposent le plus aux risques en matière de santé et d'accidents, alors qu'ils représentent les catégories de personnes les plus souvent exclues de la sécurité sociale.*

Cette exclusion entraîne des conséquences dramatiques sur la vie de l'individu et sur toute sa famille ; et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que chaque année les coûts des soins de santé poussent 100 millions de personnes dans le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. Cette exclusion réduit également les possibilités de croissance économique et de développement social et rend les pays plus vulnérables aux conséquences des chocs sanitaires.

L'extension de la protection sociale, en particulier en matière de santé, est donc une question urgente si l'on veut contribuer à la croissance économique, au développement social, et protéger des centaines de millions de personnes dans le monde, de la pauvreté et des souffrances évitables.

Pour pallier ces problèmes et donner des chances à cette catégorie de personnes d'avoir accès aux soins de santé de qualité, plusieurs initiatives sont mises en place depuis deux décennies en Afrique avec l'appui des bailleurs/PTF.

Il est mis en œuvre dans ce cadre le projet **« Accès aux soins de santé 2017-2021 en Afrique de l'Ouest » au Bénin**

Dans le souci d'apprécier objectivement les résultats, le projet a été évalué en appréciant l'atteinte des objectifs, des résultats et des indicateurs au regard des ressources mises en œuvre afin de formuler des recommandations en vue de l'amélioration des prochaines actions à développer.

Le présent rapport qui présente les conclusions de ce travail est subdivisé en quatre parties

(i) Brève présentation du Programme ;
(ii) Rappel des objectifs, résultats et méthodologie de la mission ;
(iii) Résultats de l'évaluation et
(iv) Leçons apprises, bonnes pratiques et recommandations

[1] Maria-Pia Waelkens and Bart Criel, Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub- Saharienne, État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche, HNP Discussion Paper, Mars 2004

1. BREVE PRESENTATION DU PROGRAMME

1.1. Contexte du projet

En 2016, quatre (4) ONG universitaires francophones belges (Eclosio, anciennement nommé Aide au Développement Gembloux, la FUCID, Louvain Coopération et ULB Coopération) ont décidé d'unir leurs forces et ainsi renforcer leurs synergies. Une entité baptisée « Uni4Coop » s'est progressivement concrétisée, dans une volonté partagée d'avancer ensemble, de se renforcer, d'agrandir les réseaux et de favoriser les pratiques prônées et expérimentées par chacune. Les quatre (4) ONG sont désormais engagées ensemble dans un programme commun financé par la Direction Générale de la Coopération au Développement belge pour une durée de 5 ans de 2017 à 2021. Dans le cadre de ce programme quinquennal, deux évaluations sont prévues : une évaluation intermédiaire en 2019 et une évaluation finale en 2021.

Louvain Coopération (LC), ONG internationale de droit belge, est présente au Bénin depuis 1994 où elle a ouvert un bureau de coordination régionale à partir de 1999. Ses activités se sont ensuite étendues au Togo à partir de l'année 2003. Après des interventions quelque peu isolées, au cours de ses premières années de présence dans la région, Louvain Coopération a entrepris de conduire des interventions dans une approche de programmation pluriannuelle. C'est ainsi qu'un premier plan d'action quinquennal couvrant la période 2003-2007 a été élaboré et mis en œuvre. A partir de 2008, un nouveau programme sexennal comportant deux phases triennales (2008-2010 et 2011-2013) a été exécuté. Depuis 2017, un nouveau **programme quinquennal couvrant la période 2017-2021** est en cours d'exécution.

Le programme quinquennal 2017-2021 de LC au Bénin lié au domaine de l'accessibilité à des soins de santé de qualité ou Mutuelles de Santé (MUSA) porte sur la promotion de système mutualiste et de la gestion communautaire, mené dans les départements du Mono et de l'Atacora. Ce programme est basé principalement sur la consolidation, la capitalisation des interventions antérieures de LC dans ces zones, et dans une moindre mesure sur l'extension à l'intérieur de la même zone de concentration. La thématique de **l'accessibilité à des soins de santé de qualité** menée est celle dans laquelle LC en Afrique de l'Ouest a déjà une expertise confirmée.

La stratégie du programme repose principalement sur des approches de renforcement des capacités, d'articulation entre acteurs, de sensibilisation au genre et de capitalisation/recherche-action.

1.2. Objectifs du Programme

L'objectif spécifique (OS 3) tel que formulé dans le programme MUSA Uni4Coop 2017-2021 au Bénin est intitulé : Améliorer l'accès (financier) à des services de santé essentiels de qualité sûrs, efficaces pour les populations du secteur informel et rural de Tanguiéta-Cobly-Matéri (Atacora) et de Comé (Mono), et ce à travers un système mutualiste communautaire, qui s'insère dans le dispositif de la couverture maladie universelle de la RAMU mis en place par l'Etat.

1.3. Résultats attendus du Programme

- **Résultat 1 :** Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 5 mutuelles de base sont améliorées.

- **Résultat 2 :** Les Unions de Mutuelles ont renforcé leurs capacités techniques de gestion et accompagnent leurs membres à la Base dans le respect des règles prudentielles de l'UEMOA. Elles offrent des produits complémentaires adaptés à leur zone d'intervention et travaillent, avec l'aide du médecin conseil, à une meilleure qualité des soins.

- **Résultat 3 :** Le mouvement mutualiste influe le dispositif de Couverture Maladie Universelle grâce aux actions de lobbying et de plaidoyer conduites par la plateforme nationale. Elle contribue à l'harmonisation et professionnalisation des pratiques au niveau des unions.

- **Résultat 4 :** Les connaissances et expériences acquises sont produites, mises en évidence et diffusées.

1.4. Acteurs opérationnels de mise en œuvre

Quatre (4) partenaires opérationnels sont impliqués dans le programme MUSA au Bénin :

- Conseil des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales (CONSAMUS).
- Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement (GROPERE).
- Union des Mutuelles Sociales de la Pendjari (UMUSOP).
- Réseau « MIVO » des Mutuelles de Santé de la Zone Sanitaire de Comé (REMUSA ZS-C).

2. RAPPEL DES OBJECTIFS, RÉSULTATS ET DE LA MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION

2.1. Objectifs de la mission

L'objectif global de cette étude est de faire un bilan de la mise en œuvre du programme de Louvain Coopération, de tirer des enseignements, de capitaliser les bonnes pratiques et de faire des recommandations d'ajustements éventuels pour le prochain programme. La finalité est de permettre l'apprentissage, d'aider à la décision et à la gestion des connaissances.

De manière spécifique, il s'agira de :

- Mesurer l'efficience et la pertinence du projet ;
- Mesurer surtout l'efficacité, la durabilité et l'impact du projet ;
- Apprécier la prise en compte des thématiques transversales de Louvain Coopération au Développement **(**approche genre et inclusive ; l'approche partenariale ; la bonne gouvernance des organisations et des partenariats publics-privés ; les innovations)

- Proposer des orientations dans le cadre d'un futur programme, sur la base des constats faits sur le terrain.

2.2. Démarche méthodologique de la mission

2.2.1. Types d'évaluation

Cette évaluation est une étude rétrospective à visée descriptive et exploratoire ayant à la fois des aspects quantitatifs et qualitatifs.

2.2.2. Principales phases de l'évaluation

L'évaluation a été menée en 4 phases à savoir : (i) une phase d'analyse documentaire et validation de l'approche générale de l'évaluation ; (ii) une phase de collecte des données sur le terrain ; (iii) une phase d'analyse des données et de rédaction du rapport ; (iv) une phase de diffusion du rapport de l'évaluation.

Phase 1 : Revue documentaire, descriptive et analytique et de validation du cadre d'évaluation

La revue documentaire a été menée au niveau de la Direction Régionale de Louvain Coopération à Cotonou puis dans les unions pour mieux apprécier le contexte de mise en œuvre, les objectifs et les résultats attendus. Pendant la phase préparatoire de l'évaluation, les principaux documents du projet ont été étudiés afin d'en extraire un maximum d'informations nécessaires pour répondre aux questions évaluatives. Il a également été procédé à l'exploitation des documents de politique nationale en matière d'accès aux soins de santé, de développement des mutuelles de santé et du Plan d'Actions du Gouvernement (PAG) afin de comprendre davantage le dynamisme et la vision nationale en matière de développement des mutuelles de santé au Bénin.

Phase 2 : Collecte de données sur le terrain

La collecte des données, comme signalée plus haut, a abordé aussi bien des aspects quantitatifs que qualitatifs. Elle s'est intéressée aux bénéficiaires des interventions des mutuelles, les non mutualistes et les autres parties prenantes dans la mise en œuvre du projet quinquennal. Dans le but de faciliter les collectes sur le terrain, vingt-cinq (25) agents enquêteurs expérimentés ont été recrutés puis formés par le spécialiste en suivi et évaluation de l'équipe sur l'exploitation des questionnaires digitalisés sur KoBoToolbox™ à l'aide de smartphones. En fonction des données et informations recherchées sur la base des questions évaluatives, trois techniques de collecte ont été utilisées avec des outils correspondants. Il s'agit des entretiens individuels à l'aide des questionnaires, des entretiens semi-structurés à l'aide des guides d'entretien et des focus groups avec les bénéficiaires et non bénéficiaires des interventions des mutuelles puis des observations directes.
Les informations recherchées à travers les entretiens individuels avec les mutualistes sont essentiellement leur perception de la qualité des prestations offertes par les mutuelles, les centres de santé conventionnels, les difficultés rencontrées dans la prise en charge et les suggestions en vue de l'amélioration des services des mutuelles dont ils sont membres. Avec

les non mutualistes, les informations collectées sont orientées vers la connaissance de la mutuelle, les raisons de leur non adhésion et les conditions qui pourraient les encourager à adhérer aux mutuelles.
Quant aux focus groups avec les mutualistes ou avec les non mutualistes, les mêmes informations ci-dessus présentées sont recherchées.
Les entretiens semi-structurés avec les acteurs et partenaires ont permis de collecter les informations relatives au dispositif de la mutuelle, les résultats des mutuelles, sa pérennisation dans un contexte de mise en œuvre du programme ARCH, les forces, faiblesses, opportunités et menaces autour des mutuelles.

Dans le cadre de la collecte des données quantitatives, des entretiens individuels ont été conduits. Pour ces entretiens individuels avec les mutualistes, un taux d'échantillonnage de 30% a été appliqué dans chacune des mutuelles appuyées par le programme pour disposer du nombre de mutualistes à enquêter. En outre, de façon aléatoire, par la technique de pas, les mutualistes ont été identifiés pour être enquêtés. Quant aux non mutualistes, le même effectif a été retenu par rapport aux mutualistes et le choix a été opéré à partir du voisinage avec le mutualiste enquêté. Il s'agit à la fois des membres non à jour de cotisation depuis au moins un an, mais aussi de ceux qui n'ont jamais adhéré aux mutuelles de santé. Ainsi, un total de 570 mutualistes et 596 non mutualistes ont été enquêtés dans les 5 communes d'intervention et répartis comme suit :

Tableau 1 : Répartition des enquêtés suivant les communes et le sexe

Communes	Mutualiste	Non mutualiste	Total
Bopa	62	94	156
Cobly	130	132	262
Houéyogbé	84	84	168
Matéri	200	190	390
Tanguiéta	94	96	190
Total	**570**	**596**	**1166**

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

Quant aux données qualitatives, il a été organisé des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés et des focus groups avec des mutualistes puis avec des non mutualistes aux fins de recueillir des données et informations pertinentes en lien avec les questions évaluatives.
Le point des personnes rencontrées à travers les focus groups se présente comme suit :

Tableau 2 : Point des personnes enquêtées par localité

Localités	Mutualistes	Non mutualistes	Total	Nombre de FG	FS
Houéyogbé	9	10	19	3	
Bopa	31	47	78	13	3
Cobly	52	42	94	16	3
Matéri	92	82	174	29	3
Tanguiéta	45	38	83	14	3
Bembèrèkè	12	0	12	2	3
Grand Total	**241**	**219**	**460**	**77**	

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

Au total, 77 focus groups ont été organisés et ont impliqué 460 personnes dont 219 non mutualistes.
Sur la base d'un taux d'échantillonnage de 30%, quinze (15) formations sanitaires conventionnées ont été échantillonnées de façon aléatoire. Au sein de ces formations sanitaires échantillonnées, il a été procédé à un audit des attestations de soins par le médecin spécialisé en santé publique de l'équipe des consultants. L'échantillonnage des attestations/ ordonnances a porté sur l'exercice 2021. Les ordonnances/attestations de soins des mutualistes sont sélectionnées dans toutes les formations sanitaires échantillonnées. En observant un pas d'échantillonnage de 3 sur les 12 mois que compte l'année 2021, mars, juin, septembre et décembre ont été retenus.
Ainsi, un échantillon de 819 attestations de soins a été audité soit environ 15% des cas de malades enregistrés. Le détail des formations sanitaires échantillonnées par commune et le nombre d'attestations étudiées sont présentes en annexe 1 du présent rapport.
Les entretiens animés soit en focus group ou en individuel l'ont été sans la présence des représentants du bailleur, ce qui a largement facilité les discussions. L'équipe de consultants a également, dans la mesure du possible, triangulé les données collectées, c'est l'exemple des discussions en focus group avec les données quantitatives.

Phase 3 : Traitement, analyse des données et rédaction du rapport

Avant tout traitement des fiches renseignées, une assurance qualité des données et informations a été faite au fur et à mesure via la plateforme KoBoCollect pour garantir leur fiabilité. Le premier niveau d'assurance qualité est la supervision des collectes et la revue des fiches renseignées lors de la phase terrain.
De façon générale, l'analyse des données a été faite par les techniques classiques d'analyse des entretiens, particulièrement l'analyse thématique.
Les données collectées auprès des formations sanitaires ont été synthétisées dans un tableau et analysées rubrique par rubrique, de façon à apprécier les différentes dimensions de la qualité des soins (accueil, disponibilité permanente des médicaments, le coût des médicaments, le plateau technique, etc.) des différentes formations sanitaires.

En ce qui concerne les données de l'enquête quantitative, elles ont été extraites du serveur de KoBoCollect et disponibles de ce fait en Excel pour des traitements. A cet effet, la statistique descriptive a été utilisée pour apprécier les tendances et les résultats. Des tests statistiques ont permis d'apprécier la significativité des écarts enregistrés entre mutualistes et non mutualistes selon les indicateurs.

Quant aux informations qualitatives, une analyse de contenu a été faite pour ressortir les informations tendancielles. Enfin, il a été également procédé à la triangulation des données.

Phase 4 : validations, rapportage et diffusion

Les différents rapports ont été rédigés conformément aux recommandations du commanditaire. Les observations et les suggestions d'amélioration sont prises en compte en vue de la rédaction du rapport final. En effet, avant le démarrage effectif de la mission sur le terrain, une séance de cadrage méthodologique a été organisée au siège de la Direction Régionale de LC le 2 décembre 2021 en vue d'harmoniser les points de vue et valider toute la

démarche méthodologique et les outils. Dans le processus également du rapportage, les différents drafts ont été soumis en vue de recueillir les différentes observations dans la finalisation du rapport de l'évaluation.

2.3. Difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude

Il convient de rappeler que par nature, la collecte des données qualitatives, l'une des méthodes utilisées pour cette évaluation dépend en grande partie de la disponibilité des personnes interviewées, de leur volonté et de leur capacité de partager leurs expériences et points de vue avec l'équipe de consultants, de leurs mémoires et des perceptions sélectives. Les reports de rendez-vous et la dispersion des cibles échantillonnées ont été autant de difficultés enregistrées au cours de l'étude.

3. RESULTATS DE L'EVALUATION

3.1. Performance du projet suivi des indicateurs du CAD

3.1.1. Appréciation de la pertinence

Elle a été appréciée à travers l'adéquation entre les objectifs du projet et les besoins des bénéficiaires ; la stratégie d'intervention ; l'adéquation avec les politiques internationales et nationales ; les articulations avec les actions mises en œuvre par d'autres partenaires ; la contribution à l'amélioration de la qualité des soins ; la disponibilité et l'accessibilité financière aux soins ; le niveau d'implication et la contribution des bénéficiaires à la mise en œuvre du projet.

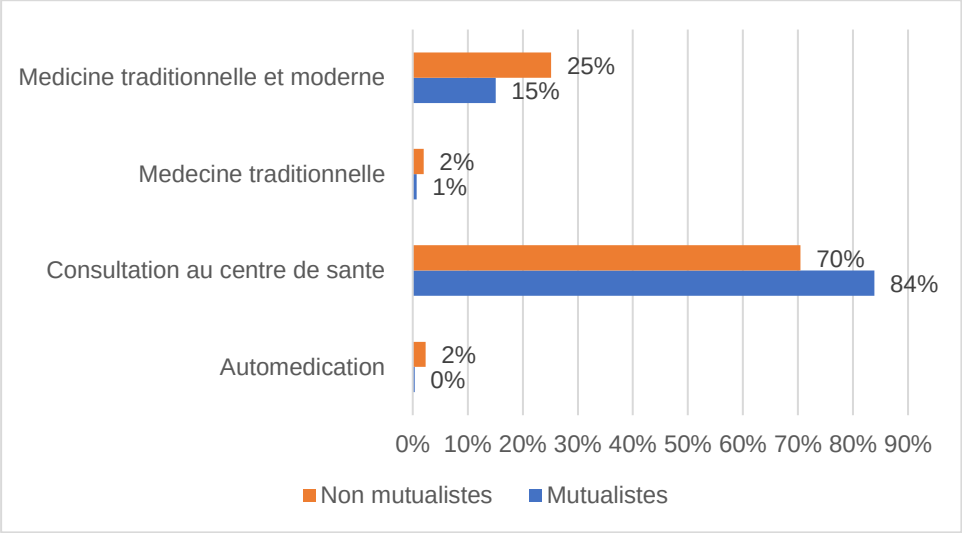
3.1.1.1. Adéquation entre les objectifs du projet et les besoins des bénéficiaires

Le projet vise à garantir un accès aux soins de santé de qualité pour les acteurs du système agricole et informel ainsi que leurs familles dans les départements du Mono et de l'Atacora via la promotion d'un système mutualiste à base communautaire. Ce système d'assurance maladie, basé sur le principe de la solidarité, réduit la contribution directe des mutualistes dans la prise en charge des soins de santé et diminue ainsi la barrière financière au recours aux centres de santé en cas de maladie. Ainsi, ils peuvent se faire soigner plus vite et plus souvent sans devoir s'endetter.

Cet objectif s'est décliné dans la mise en œuvre du projet en plusieurs actions dont la prise en charge des frais de consultation, des médicaments et des soins ambulatoires pour plusieurs maladies courantes, des soins hospitaliers et ceci, en contrepartie de cotisations perçues auprès des bénéficiaires.

Le projet a su répondre aux besoins sanitaires des groupes cibles finaux et intermédiaires qui sont la population globale des départements de l'Atacora et du Mono.

De même, l'analyse des données de l'enquête de terrain montre qu'en cas de maladie, les bénéficiaires mutualistes fréquentent beaucoup plus les centres de santé que les non mutualistes comme l'indique le graphe ci-dessous (avec un seuil de significativité de 5%).



Graphe 1 : Recours des enquêtés en cas de maladies
Sources : Construit à partir des données d'enquêtes, janvier 2022

Aussi, comme l'indiquent les données du tableau ci-dessous, issues du dépouillement des enquêtes de terrain, le recours au centre de santé est entré dans les habitudes des communautés. La mutuelle a facilité la fréquentation des formations sanitaires. La plupart des mutualistes rencontrés ont déclaré à 93% que les services offerts par les formations sanitaires satisfont leurs attentes.

Tableau 3 : Satisfaction des mutualistes par rapport aux services offerts dans les centres de santé conventionnés

Modalités	Nombre	%
NON	38	7%
OUI	532	93%

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

3.1.1.2. Pertinence de la stratégie d'intervention

Dans le but d'atteindre ses objectifs, le projet a appuyé dans chaque département, l'union des mutuelles de santé, partenaire stratégique qui rend des services durables à ses mutuelles membres. De manière complémentaire, la plateforme nationale des acteurs de la mutualité, le Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales (CONSAMUS), est renforcée pour harmoniser les pratiques, et défendre les intérêts des mutuelles dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé publique et de protection sociale.

Le projet vient en complémentarité avec des interventions d'autres bailleurs et crée, par conséquent, des synergies non seulement avec eux, mais aussi avec d'autres programmes de Louvain Coopération en renforçant les interventions menées pour la facilitation de l'accès aux soins de santé des populations des deux départements (développement de synergie avec le programme SAE de LC dans les 2 Départements abordé plus loin dans le présent rapport).

La stratégie d'intervention prend aussi en compte les différents acteurs qui interviennent comme parties prenantes à un niveau ou un autre, tout en s'appuyant sur des dynamiques locales existantes. Il s'agit des prestataires de services santé, des radios communautaires, des groupes organisés (surtout de femmes), des institutions de microfinances, des Associations Villageoises d'Epargne et de Crédit (AVE&C), etc. L'implication de ces différents acteurs et leur intégration effective dans la mise en œuvre du programme, constituent des éléments de réussite.

De façon globale, il résulte de la synthèse des discussions avec les différents acteurs que la stratégie d'intervention du projet est adaptée aux problèmes ciblés.

3.1.1.3. Adéquation avec les politiques internationales (ODD) et nationales

Au Bénin, compte tenu des changements importants intervenus aux plans national et international[2], il s'est avéré nécessaire d'élaborer un nouveau plan pour faire face aux enjeux de développement du secteur de la santé.
Le nouveau Plan National de Développement de la Santé PNDS (2018-2022) se fonde entre autres sur la politique du secteur de la santé ainsi que les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse diagnostique et les résultats de l'évaluation à mi-parcours du PNDS (2009-2018) qui ont ressorti les défis majeurs du secteur de la santé pour les années à venir.

Dans sa structuration, le PNDS 2018-2022 est organisé autour des six piliers de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé. Il s'agit de : (1) développement du leadership et de la gouvernance ; (2) prestations de service ; (3) développement des ressources humaines pour la santé ; (4) développement des infrastructures, des équipements, de la maintenance et des produits de santé ; (5) amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche pour la santé et (6) amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé.
Ces Orientations Stratégiques sont déclinées en objectifs, axes d'interventions et actions prioritaires.

Défis du PAG domaine santé

1. La mauvaise gouvernance du système de santé

……. « Il convient donc de réorganiser le système de santé pour une couverture sanitaire plus efficace, en référence à l'ODD 3 ("donner aux individus l'opportunité de mener une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous et à tous les âges"), et ce à travers :

- L'amélioration de la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé
- L'accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins
- Le renforcement du partenariat pour la santé

2. Les 5 domaines d'intervention pour la période 2016-2021 sont les suivants :

- La création de 3 agences nationales (gestion de la médecine hospitalière, de la gestion de la santé primaire et du contrôle qualité des pratiques de la santé)
- La révision du cadre réglementaire de la distribution des médicaments
- L'opérationnalisation d'un dispositif d'assurance maladie permettant l'accès de tous aux soins de santé
- Des mesures incitatives (fiscales, financières, etc..) pour l'investissement privé dans le secteur (centres de diagnostic, laboratoire biomédical, imagerie médicale, radiothérapie, etc..).

3. Les réformes évoquées pour la santé sont

- La création de 3 agences nationales (gestion de la médecine hospitalière, de la gestion de la santé primaire et du contrôle qualité des pratiques de la santé)
- La révision du cadre réglementaire de la distribution des médicaments
- L'opérationnalisation d'un dispositif d'assurance maladie permettant l'accès de tous aux soins de santé

Source: Bénin Révélé

[2]Il s'agit notamment des Objectifs de Développement Durable (ODD), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2025, le Plan de Croissance pour le Développement Durable (PC2D), le Programme d'Actions du Gouvernement (PAG 2016-2021) et les réformes intervenues dans le secteur.

De plus, l'ODD 3 (Bonne santé et bien-être) précise de façon spécifique dans ses sous composantes suivantes : (i) ***Mortalité néonatale et infantile*** **«** *3.2 : D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus* » ***(ii) Maladies non transmissibles*** **«** 3.4 : D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être » **et à *la couverture en santé*** **«** *3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* **»**

Il ressort de tout ce qui précède que le projet accès aux soins de santé 2017/2021 au Bénin au regard de ses objectifs et des résultats obtenus est en accord avec les politiques internationales (ODD) et nationales (PNDS, PAG, etc).

3.1.1.4. Modèle mutualiste et adéquation avec les orientations régionales

Au Bénin les premières initiatives mutualistes datent de l'année 1989. Les premières mutuelles ont été mises en place sans une législation propre. Elles sont reconnues comme associations loi 1901. Mais depuis le 26 juin 2009, l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) a adopté le règlement n°007/2009/CM/UEMOA qui porte règlementation de la mutuelle sociale au sein de son espace. Entré en vigueur depuis juillet 2011, ce règlement communautaire, complété par des règlements d'exécution[3]prévoit la gestion professionnelle des mutuelles sociales.

Il nous a été donné de constater que les deux unions et les cinq mutuelles de santé, objet de notre étude ont globalement pris en compte toutes les obligations des mutuelles et de leur faîtière telles que stipulées dans ladite règlementation. (Voir encadré ci-contre).

Ainsi par exemple, toutes les mutuelles de santé et leurs unions disposent d'un siège, de

QUELQUES ASPECTS DU RÈGLEMENT DE L'UEMOA

Les mutuelles sociales sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Les mutuelles sociales ont la possibilité de se regrouper en structures faîtières dotés ou non de personnalité juridique.
Dans la création d'une mutuelle sociale quatre actes sont requis :

- les statuts
- le règlement intérieur
- l'Agrément
- l'Immatriculation

Les obligations de :

-
- Avoir un siège
- Respecter la législation en vigueur ainsi que les textes statutaires ;
- Se conformer aux normes de gestion établies ;
- Veiller à la qualité des prestations fournies ;
- Produire des rapports périodiques (technique, moral et financier) ; etc.
- Obligation de mettre en place ces instruments ;
- Organe Administratif de la mutualité Sociale (OAMS) ;
- Fonds Nationale de Garantie (FNG) ;
- Registre National d'Immatriculation des Mutuelles Sociales (RNIMS)

Source : Règlement n°07/2009/cm/UEMOA

- [3]n°003/2011/CM/UEMOA qui fixe les règles prudentielles sur les risques courts
- le règlement N°03/2012/CM/UEMOA qui porte sur l'adoption du Plan Comptable des mutuelles Sociales (PCMS)

textes fondamentaux et sont enregistrés conformément à la loi 1901 des associations.

La structuration des organes de gestion est conforme aux prescriptions du règlement de l'UEMOA. Aussi, on note des efforts louables dans l'utilisation du Plan Comptable des Mutuelles Sociales (PCMS) à travers la production des différents documents financiers élaborés par les mutuelles de santé. Enfin, le système d'information et de gestion en cours de déploiement est conçu en prenant en compte les exigences de cette règlementation de l'UEMOA.

3.1.1.5. Contribution à l'amélioration de la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans la zone d'intervention du programme

Les mutuelles de santé dans les cinq (5) communes d'intervention du projet ont véritablement contribué à l'amélioration de la qualité, à la disponibilité et à l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) des soins de santé pour tous comme l'attestent les faits ci-dessous :

- Au cours de la période de mise en œuvre, les mutuelles de santé appuyées dans le cadre du projet ont enrôlé au total 51.329 bénéficiaires dans les deux départements d'intervention (42.958 dans l'Atacora et 8.371 dans le Mono).
- De 2017 à 2021, les MUSA ont contribué au financement des centres de santé conventionnés pour un montant total de **144.426.042 FCFA** dont **93.876.905 FCFA** de ticket modérateur, ce qui représente un taux d'environ 10% par rapport aux budgets des formations sanitaires conventionnées (voir détail au 3.1.3.3.)
- De 2017 à 2021, l'ensemble des 5 mutuelles a pris en charge 74.470 cas de maladies au niveau des centres de santé périphériques et hôpitaux dans les deux départements. Les taux d'utilisation des services de santé sont de 118% et de 126% respectivement dans le Mono et l'Atacora. Ces taux sont beaucoup plus faibles dans la population en général (53,1% dans le Mono et 67,3%[4] dans l'Atacora ; 53,7% pour la Zone Sanitaire Comè-Bopa-Grand popo-Houèyogbé et 76,3% pour la Zone Sanitaire Tanguiéta-Matéri-Cobly) et confirment le rôle des mutuelles dans l'accès facile aux soins de santé de leurs membres, grâce au système du tiers payant.
- Les soins dont bénéficient les mutualistes font l'objet d'une analyse par deux médecins conseils et un infirmier conseil afin de s'assurer de leur qualité. Ainsi, les mutuelles contribuent non seulement à améliorer la qualité des soins offerts aux mutualistes mais aussi à toute la population. Cette qualité des soins transparait à travers l'adéquation entre le diagnostic et le traitement administré au cours de la dernière année de mise en œuvre (96% dans l'Atacora et 98% dans le Mono pour les taux de conformité).

Ces données montrent que l'intervention a significativement contribué à l'amélioration de la qualité du système de santé local et au sein de la population mutualiste en particulier.

3.1.1.6. Niveau d'implication et contribution des bénéficiaires

La stratégie d'intervention utilisée dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet privilégie une forte participation des bénéficiaires, la finalité étant de créer des systèmes pérennes issus

[4]Annuaire des statistiques sanitaires Benin 2020

des communautés et mis en œuvre par les membres des communautés eux-mêmes. Ceci facilite une vraie appropriation et donc une durabilité de ces systèmes. La mise en œuvre opérationnelle du projet s'est fait selon une approche participative où les communautés, à travers leurs élus au niveau des Unions et des Mutuelles, sont impliquées dans la réflexion stratégique et sont responsables de la mise en œuvre opérationnelle. Les mutualistes sont représentés directement ou indirectement par des instances dirigeantes dont l'AG est l'organe suprême qui définit la politique générale et prend les grandes décisions.

Aussi, en plus de la cotisation que les mutualistes donnent, il est prévu un ticket modérateur qui est fonction du niveau du système de la pyramide sanitaire et du type de service. Dans le Mono, le ticket modérateur est de 35% pour les petits et de 50% pour les gros risques alors que dans l'Atacora, il est de 35% pour tous les niveaux et pour tous les services sauf pour la prise en charge de la morsure de serpent qui est de 75%.
Par ailleurs, l'implication des mutualistes dans le dispositif de contrôle social marche assez bien et permet de remonter les problèmes entre mutualistes et CS conventionnés jusqu'aux organes puis au Médecins Conseils afin de trouver une solution.

Le programme accès aux soins de santé 2017/2021 au Bénin, dans son montage et avec son approche de renforcement du système de santé, est pertinent. Il répond aux besoins du système de santé et de la population. De même, on observe une prise en compte des politiques en vigueur dans le pays en matière de financement de la santé. Enfin, une adéquation avec les enjeux nationaux, régionaux et mondiaux de l'heure relatifs à l'élargissement de la couverture en assurance maladie est mise en évidence. Cette pertinence est d'ailleurs clairement perçue par les mutualistes et les autorités surtout sanitaires qui ne tarissent pas d'éloges quant aux bienfaits du projet. Cette adéquation avec les attentes et besoins des bénéficiaires est soutenue par une stratégie souple pour la gestion du projet.

Des témoignages ont été recueillis sur le terrain lors des focus groups et sont illustrés à travers les verbatims suivants :

« La maladie ne prévient pas et c'est parfois quand tu n'as pas l'argent que les problèmes de santé se posent au sein du ménage. Avec la mutuelle de santé, on a une tranquillité d'esprit quant au suivi sanitaire et on bénéficie des soins adéquats. »
Homme mutualiste à Kountori

« Avec un bon suivi grâce à la mutuelle de santé, mes enfants ne tombent plus trop malades. La mutuelle est comme un fétiche ou bien une église auprès de laquelle tu demandes le bien-être et le bonheur pour ton ménage et quand tu y adhère tu as la sécurité sanitaire »
Homme mutualiste à Kountori

« On ne cessera de remercier LD pour les différents appuis dans le cadre du renforcement du plateau technique du Centre de Santé de Kountori. Ce qui m'a beaucoup marqué est la dotation du centre de santé en émocure pour faciliter les analyses, sinon c'est parfois avec peine que nous sommes obligés de demander pour de simples analyses aux patients d'aller à St Jean puis revenir pour les prescriptions après examination des résultats. Au-delà de tout, LD nous offre l'opportunité d'utiliser cet appareil qui pour moi est la première fois dans le démarrage de ma carrière de prestataire de sante ».
Infirmière Diplômée d'État au Centre de Santé d'Arrondissement de Kountori

« Depuis que je suis entré dans la mutuelle je ne tombe plus trop malade, avec déjà les conseils on parvient à éviter certains ennuis de santé ou de trop trainer à la maison pour des automédications, ce qui par le passé engendrait des situations d'aggravation ».
Femme, mutualiste de Cobly

« Avec l'adhésion de mon ménage dans la mutuelle, il n'y a plus de bradage de nos produits agricoles dans le souci d'assurer des soins de qualité aux enfants ou pour nous-mêmes. Même avec 300 FCFA je peux amener mon enfant au centre de santé en attendant son père et je vous assure que cela apporte une harmonie dans le couple ». Femme, mutualiste de Tchanhoun-Cossi

« Avec le suivi qui se fait au niveau des mutualistes, j'ai constaté qu'il n'y a plus de prescriptions médicales inutiles ou accessoires par l'agent de santé. On reçoit le traitement adéquat à un coût très accessible ». Homme, mutualiste de Taïcou

Le score pour la pertinence est donné ci-dessous.

Pertinence	A	B	C	D
	X			

L'annexe 2 donne également les scores pour chaque sous composante des critères généraux d'évaluation. Le lien entre les objectifs/activités du projet et les besoins des bénéficiaires est très fort.

3.1.2. Appréciation de l'efficience

Il est important de préciser que la mission n'étant pas un audit financier ou un contrôle de gestion financière, elle s'est intéressée au lien entre les moyens financiers déployés et les résultats atteints. L'efficience du projet a donc été appréciée à travers la dimension dispositif financier et gestion du projet en rapport avec le respect des calendriers mais aussi l'analyse de l'évolution du taux de sinistralité (ou taux de charges de sinistres). Les aspects de développement de synergies entre acteurs ont également été développés ici.

3.2.1.1. Niveau de réalisation des activités programmées

Tableau 4 : Niveau de réalisation des activités programmées

Les résultats du programme	Taux de réalisation globale des activités planifiées pour l'atteinte des résultats	Commentaires
Résultat 1 : Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 5 mutuelles de base sont améliorés.	92%	

Les résultats du programme	Taux de réalisation globale des activités planifiées pour l'atteinte des résultats	Commentaires
Résultat 2 : Les Unions de Mutuelles ont renforcé leurs capacités techniques de gestion et accompagnent leurs membres à la Base dans le respect des règles prudentielles de l'UEMOA. Elles offrent des produits complémentaires adaptés à leur zone d'intervention et travaillent, avec l'aide du médecin conseil, à une meilleure qualité des soins.	**81%**	
Résultat 3 : Le mouvement mutualiste influe le dispositif de Couverture Maladie Universelle grâce aux actions de lobbying et de plaidoyer conduites par la plateforme nationale. Elle contribue à l'harmonisation et à la professionnalisation des pratiques au niveau des unions.	**90 %**	
Résultat 4 : Les connaissances et expériences acquises sont produites, mise en évidence et diffusées.	75%	
Moyenne	**86%**	

Source : Rapport Annuel Projet accès aux soins de santé 2017/2021

Sur la base des rapports d'activités, des constats et observations sur le terrain, on peut dire que les activités ont été réalisées en grande partie. Le niveau de réalisation des activités est au-dessus de 86% par rapport aux prévisions. Ce gap a été surtout constaté au niveau du résultat 2 et du résultat 4 du projet. En effet, le programme MUSA a prévu la tenue de réunions d'échanges Bénin-Togo entre les Médecins Conseils. En raison des restrictions budgétaires, la Région Centrale du Togo n'a pas pu bénéficier des prestations d'un Médecin Conseil. De même, dans la Région des Savanes toujours au Togo, les deux premiers Médecins Conseils qui se sont succédé ont démissionné pour occuper d'autres fonctions. Cette instabilité au poste de Médecin Conseil n'a pas permis d'organiser ces rencontres d'échanges. En tout état de cause, la tenue de ces rencontres surtout en 2020 et en 2021 aurait été compliquée en raison de la fermeture des frontières terrestres pour raison de pandémie de covid-19. Par ailleurs, une fois par année, le CP MUSA permet à LC et ses partenaires opérationnels au Togo et au Bénin d'échanger sur leurs expériences. Les travaux de ces CP MUSA fournissent les matériaux de réflexion et de capitalisation sur l'expérience mutualiste et contribuent au renforcement des capacités des participants. Depuis la fermeture des frontières terrestres en raison de la pandémie de covid-19, la tenue d'activités regroupant les acteurs des deux pays ont presque toutes été annulées.

3.2.1.2. Efficience du dispositif financier et de mise à disposition des ressources de la gestion du projet

Pour la gestion financière du projet, des dispositions ont été prises tant au niveau de la gestion des comptes qu'au niveau du contrôle par le Responsable Administratif et Financier sans pour

autant qu'il y ait blocage du fonctionnement. Le dispositif financier au-delà de son efficacité, fonctionne avec peu de ressources financières d'où son efficience.

Le tableau ci-dessous présente les niveaux de réalisations financières des activités par rapport aux prévisions :

Tableau 5: Tableau des prévisions/réalisations du projet

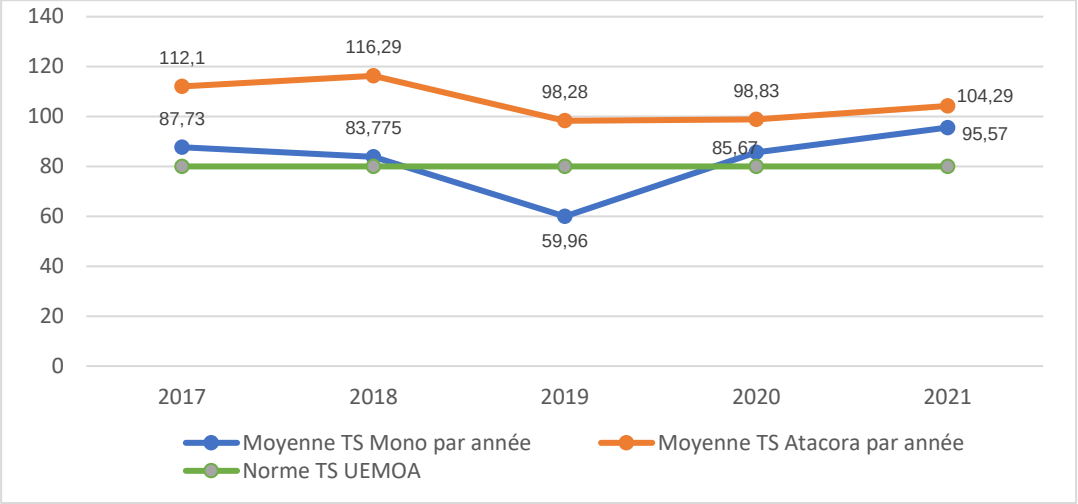
Structure Budget	Budget total ajusté	Dépenses Totales	Taux d'exécution	Solde
OS3	1,182,103.00	1,192,794.00	100.90%	-10,691.00
Investissement	59,273	50,070.00	84.47%	9,203.00
Missions	153,989	142,033.00	92.24%	11,956.00
Fonctionnement	76,481	70,450.00	92.11%	6,031.00
Formations et ateliers	284,711	290,071.00	101.88%	-5,360.00
Autres	100,340	138,082.00	137.61%	-37,742.00
Personnel	507,309	502,088.00	98.97%	5,221.00

Source : Rapport Annuel Projet accès aux soins de santé, 2021

Une analyse rapide de l'allocation des ressources financières laisse transparaître que celles-ci ont été engagées à plus 100%. Les dépenses d'investissement prévues ont été réalisées et concernent essentiellement l'acquisition de motos, d'équipements informatiques et le fonds de crédit. L'acquisition de petits matériels pour le dépistage des MNT a été entièrement financée par le Projet MNT. Les écarts enregistrés sont dus à l'appui à la mise en œuvre du plan de riposte COVID du mouvement mutualiste suite un avis de non objection de la DGD.

3.2.1.3. Performance en termes d'efficience des mutuelles du programme

L'étude s'est également intéressée à l'appréciation de la performance des mutuelles de santé en termes d'efficience, en analysant les indicateurs d'efficience recommandés par l'UEMOA. Il s'agit principalement du taux de charge de fonctionnement et du taux de sinistralité. Mais tenant compte du fait que c'est LC qui assure actuellement la prise en charge des frais de fonctionnement via les unions, l'équipe d'évaluation s'est beaucoup plus focalisée sur l'analyse du taux de sinistralité.
Le taux de sinistralité correspond à la part en pourcentage des cotisations acquises, consacrées aux dépenses de prestations. Les taux de sinistralité sont passés de 98.83% en 2020 à 104.29% en 2021 pour l'Atacora et de 85.67% en 2020 à 95.57% en 2021 dans le Mono. Ces taux restent relativement élevés comparativement à la norme de l'UEMOA qui est entre 70 et 80%. Des efforts restent donc à faire pour réduire ces indicateurs.



Graphe 2 : Evolution du taux de sinistralité moyen par année de 2017 à 2021
Sources : Construit à partir des données des rapports annuels, janvier 2022

Ce diagramme présente l'évolution du taux de sinistralité moyen dans le Mono et dans l'Atacora de 2017 à 2021. Ce taux a connu son maximum en 2018 dans l'Atacora avec une valeur estimée à 116,29% et dans le Mono avec une valeur de 95,57% en 2021. Il y a donc une forte part des cotisations acquises consacrées aux dépenses de prestations en 2018 dans l'Atacora et en 2021 dans le Mono. L'Atacora a connu une augmentation du taux de charge de sinistres en 2018 contrairement au Mono qui l'a connu en 2021.
Par ailleurs, les taux de sinistralité dans le département de l'Atacora sont supérieurs à ceux du Mono durant toute la période de mise en œuvre du projet.
L'analyse de la courbe nous fait aussi constater qu'elles ont la même allure sauf qu'en 2020, le taux de sinistralité du Mono s'est beaucoup plus rapproché de celui de l'Atacora et a flambé en 2021.
Dans les deux cas, les taux sont au-delà de la norme recommandée par l'UEMOA qui doit être entre 70 et 80% avec une nuance ou les efforts de respect des normes sont faits dans le Mono entre 2017 et 2020.

3.2.1.4. Mobilisation et développement de synergie entre acteurs

La recherche de synergie entre les différents acteurs du projet reste une préoccupation forte. C'est dans ce sens qu'on peut inscrire les différentes articulations du mécanisme de suivi-évaluation et du système de communication. Les différentes rencontres sont autant de cadres de concertation et de renforcement de la synergie entre les acteurs.

Dans l'Atacora, la mise en œuvre du projet de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) se fait en étroite collaboration avec la Zone Sanitaire. Pour concrétiser cette collaboration, un important don de matériel médical a été fait aux seize (16) Centres de Santé (CS) conventionnés avec les mutuelles afin de renforcer leur plateau technique et de faciliter la détection des MNT. Cette nouvelle collaboration est appréciée jusqu'au niveau central. Ce nouveau rapprochement entre l'offre et la demande de soins de santé facilite la conduite des activités et le suivi de la qualité des soins.

Dans le Mono et dans l'Atacora, des synergies d'actions développées entre les mutuelles de santé et le volet Sécurité Alimentaire et Economique (SAE) ; des groupes organisés non accompagnés par le programme SAE et des groupes de tontine ont permis de mobiliser des

cotisations groupées de tous les membres à la fois. Soit un total de 1982 (dont 1920 dans l'Atacora et 62 dans le Mono). Aussi, dans le cadre d'une meilleure articulation entre mutuelles d'un même réseau d'une part et pour des besoins de mise à niveau d'autre part, 09 mutuelles appuyées par Plan International Bénin ont bénéficié de l'appui du Réseau des Mutuelles de Santé (REMUSA) dans : i) l'organisation et la tenue des Assemblées Générales (AG), ii) la mise en place de textes fondamentaux conformes aux règles de l'UEMOA, iii) la détermination d'un nouveau couple cotisations/prestations.

De même, toujours en termes d'articulation, le REMUSA MIVO, l'Union des Mutuelles Sociales de la Pendjari (UMUSOP) et Louvain Coopération ont été représentés à la 4ème édition du Camp de la Mutualité de Dassa, organisée par l'ONG APROSOC en partenariat avec l'Association des Ainés de la Belgique (ENEO) du 14 au 16 juin 2018. Cette édition a mobilisé tout le mouvement mutualiste béninois, les structures d'appui, les autorités locales et départementales ainsi que les populations de l'arrondissement central de Dassa-Zoumè. A cette occasion, les différentes expériences ont été partagées.

Par ailleurs, et dans le cadre du développement du dialogue entre offre et demande de soins, des cadres de concertation semestriels et des mini cadres de concertation se tiennent régulièrement. En effet, les réunions de cadres de concertation sont des rencontres au cours desquelles les mutuelles de santé, avec l'appui du médecin conseil (MC), de l'équipe technique et du partenaire local, rencontrent les prestataires de soins de toutes les formations sanitaires conventionnées pour évaluer le partenariat. C'est aussi l'occasion de discuter des difficultés que chacune des parties rencontre dans la collaboration. Elles sont facilitées par les autorités sanitaires qui jouent un rôle de supervision et de modération. Quant aux minis cadres de concertation, ils se tiennent généralement quand il y a des problèmes spécifiques au niveau d'un centre de santé. Ils constituent un espace de discussion entre prestataires d'une formation sanitaires et les mutualistes qui les fréquentent. Ils se déroulent en présence de l'équipe technique et de quelques élus de la mutuelle. Globalement, les discussions au cours des cadres et minis cadres de concertation sont également alimentés par les résultats de supervisions réalisées par le MC. Tous ces aspects contribuent à la satisfaction des mutualistes.

Les enquêtes de terrain ont permis de recueillir certains témoignages par rapport aux acquis des collaborations entre la mutuelle et les centres de santé ; des acquis qui au regard de la perception des enquêtes méritent d'être renforcés pour garantir des soins de qualité et un bon accueil au profit des mutualistes.

« Il est courant de recevoir les plaintes des mutualistes quant au mauvais accueil par les agents de sante mais j'avoue de plus en plus on note beaucoup d'amélioration aussi bien profitable pour les mutualistes que les non mutualistes. Le problème persistant demeure en la non-disponibilité au niveau de la pharmacie du centre, des médicaments prescrits par les agents de santé et qui constituent toujours la source de découragement des mutualistes. Ceci rend difficile notre travail en tant que membre CA, particulièrement pour les sensibilisations en vue d'adhésion massive ». Homme, membre du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Cobly

« La collaboration de la mutuelle avec le centre de santé au démarrage n'était pas aisée surtout avec les mauvais accueils qui faisaient baisser notre performance. Mais aujourd'hui, il y'a nettement une amélioration, même s'il reste à faire vu que chaque fois qu'il y'a une mutation de personnel au niveau du centre de santé, il faut reprendre la même démarche en vue de ne pas rompre la dynamique d'amélioration de l'accueil et de la qualité des soins » Homme, membre du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Materi

« La collaboration n'est pas verticale, il y a une bonne communication. Les feedbacks se font pour agir rapidement sur les différents problèmes ». Entretien MCC Houéyogbé

« Nette amélioration de la circulation de l'information dans la population qui commence à faire de plus en plus confiance à la mutuelle » Entretien Gérant Mutuelle

« Sans les formations sanitaires, la mutuelle ne peut pas exister. Il y a eu beaucoup d'amélioration dans la prise en charge, la formation de tous les responsables et leur collaborateur sur les concepts mutualistes, le remplissage des attestations ». Un gestionnaire d'Union de mutuelles de santé

« Louvain Coopération est notre 'sauveur'; sans Louvain Coopération, les mutuelles vont fermer ainsi que le REMUSA ». Un gestionnaire d'Union de mutuelles de santé

« GROPERE, ONG promotrice des deux mutuelles appui toujours le REMUSA en travaillant sur l'implication des Maires dans les sensibilisations ». Un gestionnaire d'Union de mutuelles de santé

De façon globale, l'efficience de la gestion du projet est bonne et on observe une adéquation entre les engagements financiers et le niveau de réalisation des activités (100,9%). Le suivi des ressources, la mise en œuvre des activités, la réalisation des produits attendus, et leur appropriation ont été adéquats comme démontré ci-haut. Toutefois, les taux de sinistralité restent élevés.

Le score pour l'efficience est donné ci-dessous. L'annexe 3 donne également les scores pour chaque sous composante des critères généraux d'évaluation.

Efficience	A	B	C	D
		X		

3.2.2. Appréciation de l'efficacité

La mission a apprécié l'efficacité de la mise en œuvre à travers plusieurs axes dont le degré de réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique, des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) ; le niveau d'utilisation des services ; l'influence des facteurs externes et capacité d'adaptation ; la satisfaction par rapport aux soins ; l'appréciation des taux de croissance brute des bénéficiaires ; des taux de pénétration et des taux de fidélisation.

3.2.2.1. Niveau de réalisation des Indicateurs Objectivement Vérifiables

Les résultats obtenus pour les indicateurs sont indiqués dans les tableaux ci-dessous. Les valeurs ont été obtenues des rapports annuels. Les valeurs obtenues ont été codifiées comme suit :

- Vert, l'objectif est atteint ;
- Orange, l'indicateur s'est amélioré significativement sans que l'objectif soit atteint ;
- Rouge, l'indicateur ne s'est pas amélioré

Tableau 6: Niveau de réalisation des objectifs du cadre logique du Programme

Indicateurs du Programme	Valeur Baseline	Cible finale attendue à la fin du programme	Valeur obtenue en 2021	Commentaire de l'équipe d'évaluation
<u>Objectif :</u> Améliorer l'accès (financier) à des services de santé et à des médicaments essentiels de qualité sûrs, efficaces, de qualité pour les populations du secteur informel et rural de Tanguiéta-Cobly- Matéri (Atacora) et de Comé (Mono), et ce à travers un système mutualiste communautaire, qui s'insère dans le dispositif de la couverture maladie universelle (CMU) mis en place par l'Etat.				
Taux de létalité comparé du paludisme (H/F)	Atacora P : 5,4% Mono P : 1,46%	<1%	**Atacora :** Mut : 0,16% Popul ; 2,12% **Mono :** Mut : 0,45% Popul : 2,16%	Dans les départements du Mono et de l'Atacora, aussi bien le taux de létalité du paludisme que celui de mortalité des enfants de moins de 5 ans est nettement plus faible au sein de la population mutualiste qui, en raison de la levée de la barrière financière, accède à temps opportun à des soins de santé de qualité. Les mutuelles de santé contribuent à la levée des barrières financières d'accès aux soins de santé
Taux de mortalité des enfants des mutualistes de moins de cinq ans (G/F)	Bénin : 85‰ (H : 89‰ et F : 81‰)	<60‰	**Atacora :** Mut : 1,4‰. Popul ; 10,02‰ **Mono :** Mut : 0‰ Popul : 4.4‰	
<u>Résultat 1</u> : Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 5 mutuelles de base sont améliorés				
IOV1.1. Niveau de fonctionnalité des MUSA (triangle organisationnel : vouloir, pouvoir et faire)		85%	Atacora : 86% Mono: 78%	Plusieurs facteurs explicatifs dont L'inexistence de mécanismes de consolidation financière Le contexte marqué par la pandémie de coronavirus a été l'un des facteurs externes qui ont influencé négativement la mise en œuvre du projet. En effet, les restrictions gouvernementales ont influencé négativement les activités de la population jouant ainsi non seulement sur leur capacité contributive mais aussi sur les stratégies de sensibilisation et de mobilisation de la communauté.

IOV1.2. Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)	Atacora 83,12% Mono 94,65%	Entre 80% et 120%	Atacora : 126% Mono: 118%	
IOV1.3. Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et les mutuelles	Atacora : 27% Mono : 17%	45%	Atacora : 50% Mono: 33%	Les constructions sociales et les religions continuent d'influencer la participation des femmes et leur niveau de représentation à des postes clés de responsabilité au sein des organes des mutuelles (Présidence CA et CC, secrétariat et Trésorerie du CA).
<u>Résultat 2</u> : Les Unions de Mutuelles ont renforcé leurs capacités techniques de gestion et accompagnent leurs membres à la Base dans le respect des règles prudentielles de l'UEMOA. Elles offrent des produits complémentaires adaptés à leur zone d'intervention et travaillent, avec l'aide du médecin conseil, à une meilleure qualité des soins				
IOV2.1. Taux de sinistralité des MUSA	Atacora 76,95% Mono 94,08%	Entre 70% et 80%	Atacora 107,85% Mono 94.42%	Moyenne de 101% Objectif non atteint à -46% Le système actuel de cotisation ne garantit pas le risque d'anti-sélection et de plus n'est ni efficient ni efficace au regard des résultats obtenus
IOV2.2 Niveau de fonctionnalité des Unions	NA	85%	Atacora86% Mono 72%	Moyenne de 79% Objectifs atteints à 93% Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des services des mutuelles de santé, des unions et de la FENAMUS.
IOV2.3 Adéquation entre le diagnostic et le traitement administré aux bénéficiaires des mutuelles	Atacora 82% Mono 89%	95%	Atacora 96% Mono 98%	
IOV2.4 Nombre cumulé de produits d'assurances complémentaires proposés par les mutuelles et le pourcentage de pénétration de ce produit	NA	3 >15%	Atacora 1 17%	

Résultat 3 : Résultat 3 : Le mouvement mutualiste influe le dispositif de Couverture Maladie Universelle grâce aux actions de lobbying et de plaidoyer conduites par la plateforme nationale. Elle contribue à l'harmonisation et professionnalisation des pratiques au niveau des unions				
IOV 3.1 Nombre cumulé de propositions soumises par la plateforme et acceptées par les autorités de l'Etat en lien avec la AMU	0	2	0	
IOV 3.2 Le CONSAMUS dispose d'une base de données fiable et actualisée	NON	Oui 90%	90%	
IOV 3.3 Nombre cumulé de nouvelles pratiques diffusées ou harmonisées par la plateforme dont celles qui témoignent de la plus-value apportée par la synergie MASMUT	0	6 4 MASMUT		
Résultat 4 : Les connaissances et expériences acquises sont produites, mise en évidence et diffusées				
IOV 4.1 Nombre cumulé de capitalisations et de recherche-actions produites et publiées en ligne	0	2	4	
IOV 4.2 Nombre de MOU signées chaque année avec des instituts d'Afrique occidentale pour réaliser ou accompagner lesdites recherche-actions ou capitalisations	0	0	0	
IOV 4.3 Importance donnée dans ces recherches et capitalisations à l'aspect genre	NA	2.5	2	

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

Au regard du tableau d'évaluation du cadre logique du projet, un certain nombre d'analyses se dégagent.
Les deux (02) indicateurs de l'objectif spécifique ont été atteints.
Sur les treize (13) indicateurs objectivement vérifiables, le projet accès aux soins de santé 2017/2021 au Bénin, sur sa période de mise en œuvre de 2017 à 2020, en a réalisé totalement huit (8) soit un taux de réalisation de 62%, trois (03) partiellement réalisés soit 23% et une (01) non réalisé soit 1%. Globalement le niveau d'atteinte des objectifs est bon.

3.2.2.2. Niveau d'utilisation et d'efficacité des services offerts par les partenaires /structures soutenues

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet, deux indicateurs permettent d'apprécier l'atteinte de l'objectif spécifique qui est celui d'améliorer l'accès (financier) à des services de santé et ce, à travers un système mutualiste communautaire, qui s'insère et complète dans le dispositif de la couverture maladie universelle (CMU) mis en place par l'Etat (le dispositif ARCH). Il s'agit du taux de létalité comparé du paludisme et du taux de mortalité des enfants mutualistes de moins de cinq (5) ans.
Les résultats de ces deux indicateurs à l'année 4 de mise en œuvre du projet sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Résultats des indicateurs (taux de létalité comparé du paludisme et taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans des mutualistes de 2017 à 20**21**

Indicateurs de l'OS	***National***	Zone du programme	***Valeur Baseline***	Niveau de réalisation au cours du programme				
				2017	***2018***	***2019***	***2020***	***2021***
***IOV1** : Taux de létalité comparée du paludisme (H/F)*	*ND*	Atacora Population :	5,40%	5,40%	3%	2,24%	2%	2,12%
		Atacora mutualiste :	ND	0,02%	0,66%	0,34%	0,10%	0,16%
		Mono Population :	1,46%	1,46%	0,28%	2,21%	2,21%	2,16%
		Mono mutualiste:	ND	0%	0%	0%	0%	0,45%
***IOV2** : Taux de mortalité des enfants des mutualistes de moins de cinq ans (G/F)*	Bénin : 85‰ (H : 89‰ et F : 81‰)	Atacora Population :	ND			10‰	13,7‰	10,02%
		Atacora mutualiste :	ND	4,03‰	1,18‰	4,7‰	0,5‰.	1,4‰
		Mono Population :	ND			9‰	9‰	4,40%
		Mono mutualiste:	ND	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰

Source : Rapport annuel du projet accès aux soins de santé 2017/2021

De l'observation du tableau, il ressort que dans le Mono, le taux de létalité comparée du paludisme est resté nul au cours des quatre premières années du projet (0% de 2017 jusqu'en

2020). C'est seulement en 2021, que le taux est passé à 0,45%. Par contre, le taux de mortalité des enfants des mutualistes de moins de cinq ans est resté nul durant toute la durée de mise en œuvre du programme dans ce département.

Dans le département de l'Atacora, au cours des trois premières années du projet, le taux de mortalité des enfants des mutualistes de moins de cinq ans est passé de 4.03‰ en 2017à 1.18‰ en 2018 et à 4.7‰ en 2019. Mais à partir de 2020, ce taux a chuté à 0.5‰ avant de remonter légèrement à 1.4‰. Quant au taux de létalité comparée du paludisme, il est passé de 0,02% à 0,66% en 2018 où il a connu son maximum avant de chuter progressivement à 0,34% en 2019, à 0.10% en 2020 avant d'accroitre à 0,16% en 2021.

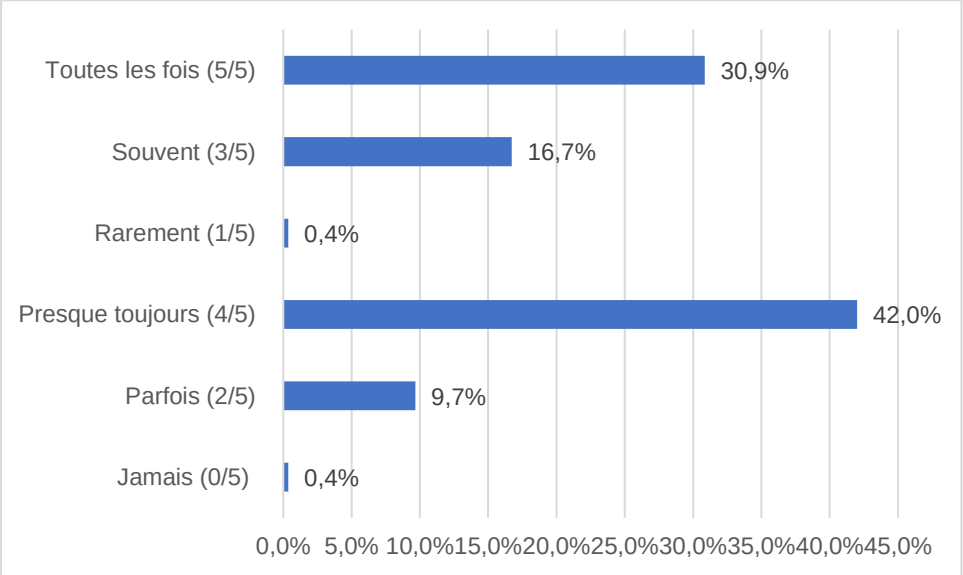
Par ailleurs, l'analyse relève que sur toute la durée du projet accès aux soins de santé 2017/2021, aussi bien le taux de létalité comparé du paludisme que celui de mortalité des enfants de moins de 5 ans est resté beaucoup plus bas au sein de la population mutualiste que celle de la population des zones d'intervention des mutuelles dans les deux départements.

L'analyse des différents taux obtenus confirme l'impact positif du prépaiement des soins de santé mis en place par les Mutuelles de santé qui permet de contourner la barrière financière au recours des soins de santé. L'accessibilité financière que facilitent les mutuelles de santé pour leurs membres favorise une prise en charge rapide et correcte du paludisme qui constitue le premier facteur de létalité au Bénin.

3.2.2.3. Satisfaction par rapport à la qualité des activités/soins

Les forts taux d'utilisation des services enregistrés dans les deux départements (Mono et Atacora) de 2017 à 2021, période de mise en œuvre du projet, expriment clairement la satisfaction de la population par rapport aux résultats obtenus en termes de qualité mais aussi et surtout en termes d'accessibilité financière aux soins de santé.

Les enquêtes de terrain réalisées dans le cadre de l'étude l'ont confirmé à travers les résultats consignés dans les graphes et tableaux ci-dessous :



Graphe 3 : Degré de satisfaction des mutualistes par rapport à leur besoin en soins de santé

Source : Construit à partir des données collectées, janvier 2022

. En effet, les enquêtes de terrain réalisées auprès des mutualistes pour prendre connaissance de leur degré de satisfaction par rapport à leur besoin en soins de santé dans les centres de santé conventionné au cours des trois derniers mois ont montré que 89.6% d'entre eux donnent au moins la note de 3 sur 5. Parmi eux, 30.9% ont déclaré qu'ils sont toutes les fois satisfaites des prestations et 42% le sont presque toujours comme le montre le graphique ci-dessus. Ces résultats témoignent de la bonne collaboration entre les centres de santé et les mutuelles et constituent les résultats perceptibles des différentes actions menées par les mutuelles en direction des centres de santé conventionnés pour améliorer la qualité des prestations dans les centres de santé.

Par ailleurs, les bénéficiaires ont largement exprimé leur satisfaction par rapport aux activités conduites dans le cadre du projet et plus particulièrement l'accueil.

Tableau 8: Appréciation de l'accueil dans les centres de santé par les utilisateurs mutualistes au cours des 3 derniers mois

Degré de satisfaction	Mutualistes	Non mutualiste
Pas satisfait	**0%**	**1%**
Peu satisfait	14%	16%
Satisfait	66%	71%
Très satisfait	20%	12%

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

A l'analyse du tableau, il ressort que 86 % des mutualistes enquêtés ont déclaré être tout au moins satisfaits de l'accueil dans les centres de santé conventionnés au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Cette assertion est confirmée par 83% des non mutualistes enquêtés. Ce qui n'était pas le cas les années précédentes, surtout au démarrage des activités des mutuelles, aux dires des enquêtés lors des focus groups aussi bien avec les mutualistes qu'avec les non mutualistes.

Tableau 9: **Synthèse des appréciations pour toutes les communes**

Dégré de satisfaction	Bopa	Cobly	Houéyogbé	Matéri	Tanguiéta
Pas satisfait	0%	2%	0%	0%	0%
Peu satisfait	13%	19%	13%	0%	0%
Satisfait	68%	77%	83%	32%	63%
Très satisfait	4%	7%	4%	68%	38%

Toutefois, des disparités sont observées quand l'on s'intéresse spécifiquement aux différentes communes d'intervention. En effet, dans la commune de Cobly, 21% des enquêtées ont déclaré être peu satisfaits ou pas du tout satisfaits de l'accueil dans les centres de santé conventionnés. Et dans chacune des communes de Bopa et de Houéyogbé, 13% des enquêtés sont peu satisfaits. Ceci pourrait être justifié surtout par le comportement des agents de santé qui voient surtout en la mutuelle une charge supplémentaire de travail avec les papiers à remplir dans la prise en charge surtout des mutualistes. Si des efforts sont faits par les responsables desdits centres de santé parce qu'ayant été formés et compris l'importance

de l'accueil, il n'en demeure pas moins des autres agents non qualifiés qui sont les premiers acteurs du centre en contact avec les clients, et en particulier les mutualistes.
Les verbatims ci-dessous illustrent les témoignages des mutualistes et membres du conseil d'administration interviewés.

« Aujourd'hui, c'est un bon accompagnement comparativement au passé. Les agents de santé sont très disponibles et reçoivent bien les mutualistes ». Femme, membre du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Kountori.

« Grâce à la mutuelle de santé, j'ai pris connaissance exacte de mon mal en allant me faire dépister lors des séances de dépistage des MNT, puis après me faire soigner convenablement. Cela a évité d'aller tout le temps au centre de santé et plus je ne dépense plus trop pour mon suivi sanitaire. Avec la mutuelle, je vous assure on fait plus d'économie, je n'ai plus jamais bradé mes produits vivriers pour avoir accès aux soins en cas de maladie grave. Ce qui m'était courant avant mon adhésion à la mutuelle et plus les mutualistes sont très bien conseillés par les agents de santé quand ils y vont ». Homme, mutualiste de Kountori

« Avant quand l'enfant est malade, beaucoup de disputes avec mon mari pour amener les enfants aux soins, je ne vous dis pas la peine que cela me faisait. Avec l'adhésion de l'ensemble des membres du ménage a la mutuelle, je vous dis que je suis tranquille et à l'aise en allant au centre de santé en cas de maladie de l'un de mes enfants car je sais que je n'aurai pas grande chose à payer et rassure de la qualité des soins qui lui sont administrés. Mes considérations à LD pour cette géniale initiative ». Femme, mutualiste de Tchanhoun-Cossi

« La santé et le bien-être de mon ménage sont assurés avec la mutuelle de santé. La mutuelle est comme mon dieu protecteur. Et avec le club de sport on a senti plus de visibilité sur les activités de la mutuelle et nous qui sommes membres on sent une considération sociale qu'on nous accorde. C'est mon cas, car autour de moi beaucoup ont commencé à s'intéresser à la mutuelle et veulent être membres du club et adhérer la mutuelle ».
Femme, mutualiste de Tchanhoun-Cossi

« En 2004, les gens travaillaient bien ; il y avait la disponibilité des médicaments. Vers 2019, on ne comprend plus ; arrivé au centre de santé, les gens se plaignent qu'il y a beaucoup de papier à remplir ; les agents de santé n'accueillent plus bien ». Focus group ''Honhoué''

« Les contrôles ne sont pas pris en charge ; si tu y vas et tu n'as pas d'amélioration et tu reviens, tu dois payer car il parait que la mutuelle ne prend pas en charge ».Focus group ''Honhoué''

*« J'étais sorti pour une année ; mais mes enfants étaient régulièrement tombés malades. C'est à cause de cela je suis revenu **».** Focus group ''Honhoué*

« Certains agents de santé s'énervent quand ils voient les mutualistes ; il y en a qui les renvoie ».Focus group ''Honhoué'

« Les frais d'adhésion sont élevés en cas de famille nombreuse. Il faut réduire ou trouver une formule accessible pour les familles nombreuses ». Focus group Honhoué

« Si tu n'as pas la carte de mutualiste on te prend convenablement ; mais quand tu as la carte de la mutuelle les prescriptions sont réduites. Sans la carte tu es mieux pris en charge en ce qui concerne la prescription des médicaments ». Focus group ''Djotoé''

« Avec une petite somme 1000 FCFA, mes enfants vont au centre de santé et prennent les médicaments et sont guéris. Avant je dépensais jusqu'à 20000 FCFA ». Focus group ''Djotoé''

« Si je n'étais pas dans la mutuelle, j'imagine combien j'aurais dépensé par épisode ». Focus group ''Djotoé''

« Nous sommes très bien accueilli par l'agent de santé de Possotomè ; c'est la même chose pour les autres centres aussi ». Focus group ''Djotoé''

« La mutuelle apporte beaucoup, mais la population ne maîtrise pas encore bien de quoi il s'agit ». Focus group membres COGECS ''Dahè

« La maladie ne prévient pas. Avec la carte le malade a déjà une garantie. Focus group membres COGECS ''Dahè'' »

« Il faut travailler à l'adhésion de la population pour qu'elle trouve l'importance d'appartenir à une mutuelle ». Entretien MCC Houéyogbé

« Les cellules mutualistes de base ne marchent pas bien. Pourtant chaque année on les forme ; on est allé jusqu'à augmenter leur prime de 5% à 10% ». Un gestionnaire d'union de mutuelle de santé

« Les mutualistes aiment qu'on leur fasse des injections même si ce n'est pas nécessaire. L'affluence diminue du fait que l'agent de santé ne fait plus d'injection. Entretien Médecin Conseil »

« Le mutualiste exige une injection qui n'est pas nécessaire ; quand il y a une file d'attente il ne veut pas patienter ». Entretien Médecin Conseil.

3.2.2.4. Contribution à l'amélioration de la qualité des soins des centres de santé conventionnés

- ***Financement du système de santé local***

Les mutuelles appliquent un co-paiement sous forme de franchise variable selon les cas et en fonction du niveau de la pyramide sanitaire. Elles versent le tiers payant directement sur les comptes bancaires des formations sanitaires conventionnées après vérification et approbation

du Médecin Conseil (MC) ou de l'infirmier conseil. Les recettes apportées par les mutualistes sont donc la somme des paiements de leur mutuelle et du co-paiement dont ils s'acquittent. Le graphe ci-dessous montre la variation de ces différentes contributions suivant les années dans le département de l'Atacora.
Les propos ci-dessous d'un entretien focus group dans Honhoué illustre bien l'aspect contributif du système mutualiste en place :

« Si tu tombes malade, on divise l'argent en 4 ; nous on paie une partie et la mutuelle paie une part» Focus group ''Honhoué''

Tableau 9 : Contributions financières des MS au budget des FS dans l'Atacora de 2017 à 2021

MUSA	Désignation	2017	2018	2019	2020	2021	Total
NADAHONTA	**Recettes des FS conventionnées**	24 286 325	25 229 575	51 021 200	31 596 710	ND	132 133 810
MATERI		171 704 987	193 174 085	195 482 645	210 637 590	ND	770 999 307
COBBLY		66 762 900	70 666 710	89 006 310	88 482 727	ND	314 918 647
Sous Total 1		**262 754 212**	**289 070 370**	**335 510 155**	**330 717 027**		**1218051764**
NADAHONTA	**Remboursement faits aux FS conventionnées par la MUSA(1)**	4 277 270	2 890 535	3 226 835	3 712 195	3 927 315	18 034 150
MATERI		8 816 760	6 239 525	8 695 350	12 591 725	14 020 225	50 363 585
COBBLY		5 745 695	4 241 855	6 336 500	4 881 165	4 273 955	25 479 170
Sous Total 1		**18 839 725**	**13 371 915**	**18 258 685**	**21 185 085**	**22 221 495**	**93 876 905**
NADAHONTA	**Parts payées direct. par les mutualistes aux FS conventionnées(2)**	2 303 150	1 556 445	1 737 530	1 998 875	2 114 710	9 710 710
MATERI		4 747 490	3 359 745	4 682 115	6 780 160	7 549 352	27 118 862
COBBLY		3 093 840	2 284 080	3 411 965	2 628 320	2 301 360	13 719 565
Sous Total 1		**10 144 480**	**7 200 270**	**9 831 610**	**11 407 355**	**11 965 422**	50 549 137
Total (1)+(2)		**28 984 205**	**20 572 185**	**28 090 295**	**32 592 440**	**34 186 917**	**144 426 042**
Contribution des MUSA au financement du système de santé dans l'Atacora en %		**11**	**7**	**8**	**10**	**ND**	

Sources : Construit à partir des données des rapports annuels Musa 2017-2021 et annuaires statistiques sanitaires, janvier 2022

L'analyse du tableau indique qu'au cours de la période de mise en œuvre du projet « accès aux soins de santé 2017/2021 au Bénin », les MUSA ont contribué au financement des centres de santé conventionnés pour un montant total de **144.426.042 FCFA** dont **93.876.905 FCFA** de ticket modérateur. La non-disponibilité de données de l'année 2021 par endroit ne nous a pas permis de déterminer le taux global. Toutefois, l'analyse du tableau indique ce taux a été de 11% ; 7% ; 8% et 10% respectivement pour les années 2017, 2018, 2019 et 2020.

- *Audit des attestations de soins*

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, deux principales approches ont été utilisées pour faire le suivi des dépenses en santé avec les centres de santé conventionnés. Il s'agit des appuis de deux médecins conseils dans le Mono et dans l'Atacora puis d'un Infirmier Conseil dans la commune de Bembèrèkè.

- *Suivi par le médecin conseil dans le Mono et dans l'Atacora*

Le rôle du médecin conseil consiste à faire la supervision, l'analyse des attestations de soins, l'organisation des cadres de concertation et le plaidoyer afin de s'assurer de la qualité des soins offerts aux mutualistes et de faire des recommandations pour leur amélioration.
L'audit des attestations réalisées dans les 31 formations sanitaires a permis d'avoir globalement un taux de prescriptions des prestations indues pratiquement nul comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Résultats des audits des attestations de soins échantillonnées

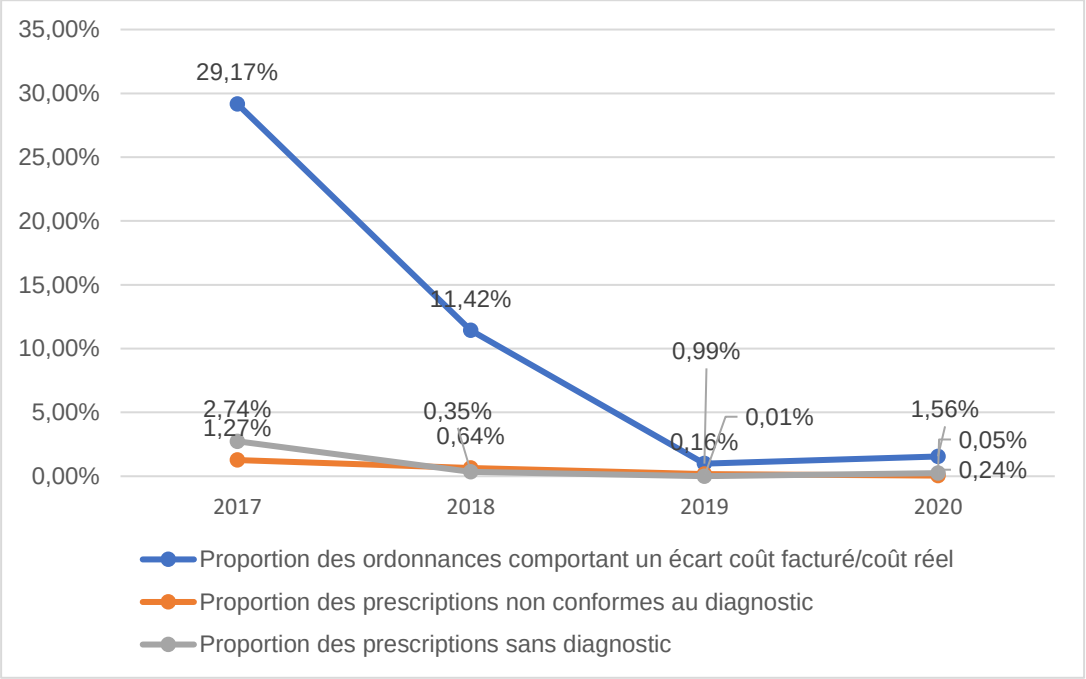
Formations sanitaires	% Coûts évitables	Normes UEMOA
Houéyogbé	0%	Inférieur à 2%
Bopa	0,05%	
N'Dahonta	0,08%	
Cobly	0%	
Matéri	0%	
Bémbèrèkè	0%	

Source : Rapport annuel 2020

– *Expérimentation de l'initiative d'infirmier conseil*

APROSOC avec l'appui financier de LC et dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet a expérimenté dans la commune de Bembèrèkè, le métier d'infirmier conseil.
L'objectif de cette expérimentation est de prospecter une option moins onéreuse mais qui pourrait être une plus-value importante pour le mouvement mutualiste béninois en termes de qualité des soins.
En effet, l'Infirmier Conseil est la « courroie de transmission » entre les mutuelles de santé, les Centres de Santé (CS) conventionnés et l'administration sanitaire. À ce titre il a, entre autres missions, d'analyser les soins offerts aux mutualistes pour s'assurer de leur qualité, de faire le suivi dans les CS conventionnés, d'appuyer l'organisation et l'animation de la réunion du cadre de concertation, de participer aux réunions du Comité de Direction (CODI), de participer aux instances des mutuelles et de l'Union, de sensibiliser et former de façon continue les prestataires de soins des CS conventionnés.
Dans le suivi de la qualité des soins, l'Infirmier Conseil (IC) interagit avec le MC, l'administration sanitaire, les prestataires de soins, les élus mutualistes et les équipes techniques des mutuelles de santé. Il utilise comme principaux outils, la programmation des activités, le catalogue des prix et des coûts de prestations, le protocole de prise en charge, les attestations de soins, la facture récapitulative, le rapport d'analyse par CS et le rapport mensuel de synthèse.

Au cours de la mise en œuvre du projet, l'Infirmier Conseil a analysé au total 8.000 attestations de soins.
Le graphe ci-dessous donne une idée de l'évolution des trois principaux indicateurs permettant de mieux apprécier l'efficience des prescriptions des différentes formations sanitaires ayant conventionné avec l'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè.



Graphe 4 : Evolution des indicateurs d'appréciation de l'efficience des prescriptions Bembèrèkè
Sources : Construit à partir des données des rapports annuels 2017-2020 du médecin conseil

3.2.2.5. Influence des facteurs externes et niveau d'adaptabilité

Le contexte marqué par la pandémie de coronavirus a été l'un des facteurs externes qui ont influencé négativement la mise en œuvre du projet. En effet, les restrictions gouvernementales ont influencé négativement les activités de la population jouant ainsi non seulement sur leur capacité contributive mais aussi sur les stratégies de sensibilisation et de mobilisation de la communauté.
En raison de la gravité de la situation sanitaire, les unions, avec l'appui de LC et de MLOZ ont conçu et mis en œuvre un plan de riposte contre la pandémie de coronavirus en soutien aux efforts de l'Etat et des autorités locales et qui se résume en ces points ci :

- Préparation des élus et gestionnaires mutualistes à répondre aux questions des membres mutualistes et des populations ;
- Participation au plan de riposte (Contribution à la communication de proximité sur les mesures et pratiques essentielles de prévention ;
- Dotation des centres de santé et des mutuelles, de dispositifs de prévention ;
- Organisation d'un webinaire par LC.

Toutes ces actions ont efficacement contribué à la lutte contre la pandémie et ont également contribué à renforcer davantage les relations entre mutualistes et ses différents partenaires comme le témoignent les propos ci-dessous recueillis à l'occasion des focus groupe :

« Avec l'avènement de la COVID-19, il y a eu de la part de la mutuelle des appuis en termes de dispositif de lavage des mains, intrants pour hygiène. C'est une démarche que nous avons tous apprécié entre acteurs du système de santé ». Entretien MCC Houéyogbé »

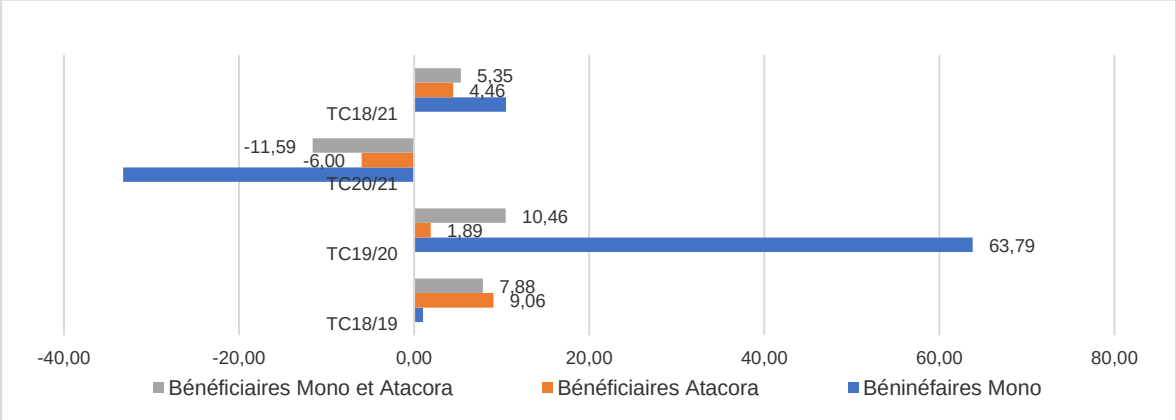
Globalement, les activités planifiées dans le cadre de la lutte contre la pandémie ont été mises en œuvre à hauteur de 92%.

En termes d'intégration et de prise en compte des facteurs externes, les résultats de l'étude ont permis de constater que les mutuelles de santé ont fait preuve d'adaptabilité et ont été en mesure de trouver des alternatives pour continuer les activités du projet.
Pour atteindre un niveau raisonnable de mobilisation, toutes les mutuelles de santé ont procédé à une prorogation de la période de collecte des cotisations. Aussi, se sont-elles adaptées au contexte sanitaire en privilégiant le porte-à-porte pour la collecte des cotisations en même temps que se faisait la sensibilisation pour l'adoption des mesures barrières contre la covid-19. D'autres activités telles que la formation des nouveaux membres des Cellules Mutualistes de Base (CMB), les évaluations à mi-parcours et finale des cotisations se sont tenues plus tard dans l'année après l'allègement des mesures restrictives et ont concerné moins de personnes pour limiter les contacts.

3.2.2.6. Appréciation du niveau d'évolution de certains indicateurs d'efficacité

- ***Taux de croissance brute des bénéficiaires***

Le taux de croissance brute des bénéficiaires permet de mesurer l'accroissement du nombre de bénéficiaires de la mutuelle sociale d'un exercice à un autre. Il correspond à la variation du nombre de bénéficiaires de la mutuelle sociale en année n par rapport à l'année n-1.
L'appréciation de cet indicateur sur la période de mise en œuvre du projet a permis de déterminer le graphe ci-dessous :

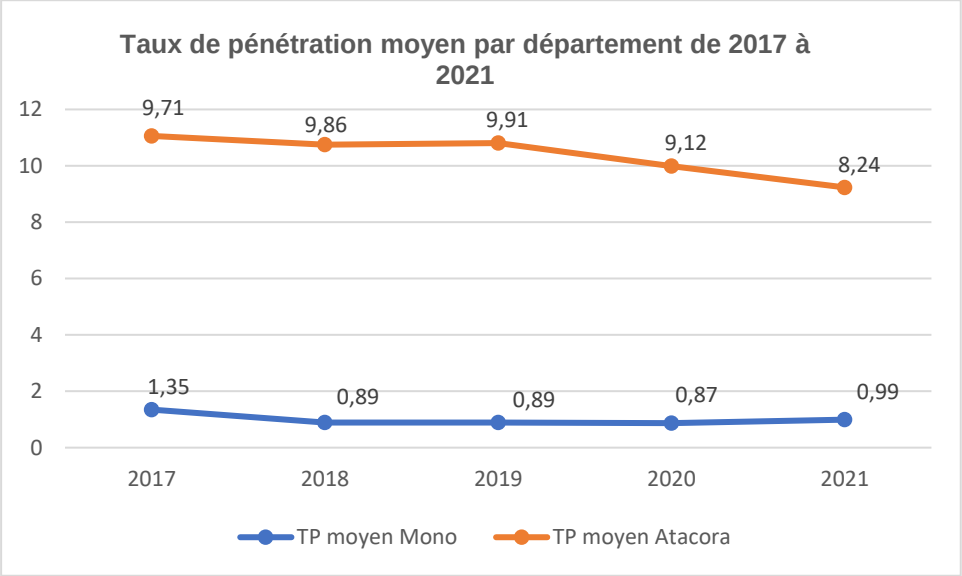


Graphe 5 : Evolution du taux de croissance de 2018 à 2021
Source : Construit à partir des données des rapports annuels, janvier 2022

Ce graphe présente l'évolution du taux de croissance brut des bénéficiaires des départements du Mono et de l'Atacora de 2018 à 2021. Il en ressort que le département du Mono a connu une augmentation importante de bénéficiaires de 63,79 % entre 2019 et 2020 (TC19/20 = 63,79). Mais ce taux reste pratiquement nul entre 2018 et 2019 (TC18/29 = 0,3 %).
Par ailleurs, le taux de croissance brut des bénéficiaires du Mono et de l'Atacora entre 2020 et 2021 est négatif et est évalué à 11, 59 % (TC20/21 = -11, 59 %), ceci pourrait être expliqué entre autres par les effets de la pandémie de la COVID 19.

- ***Taux de pénétration***

Le taux de pénétration permet de mesurer le niveau d'adhésion des populations cibles à la mutuelle sociale. Il correspond à la proportion de la population cible qui a adhéré à la mutuelle au cours de l'année. Le graphe ci-dessous montre l'évolution de cet indicateur de 2017 à 2021 pour les deux départements.



Graphe 6 : Taux de pénétration moyen par département de 2017 à 2021
Source : Construit à partir des données des rapports annuels, janvier 2022

De l'analyse du graphique, il en ressort que dans l'Atacora, la pénétration a été plus importante comparativement au Mono. La non-disponibilité des données de l'étude de faisabilité n'a pas permis d'apprécier son évolution dans le temps au niveau des deux départements.

De façon globale, l'efficacité du projet est bonne au regard du niveau d'atteinte des objectifs du projet et de l'influence des facteurs externes. Le score pour l'efficacité est donné ci-dessous. L'annexe 4 donne également les scores pour chaque sous composante des critères généraux d'évaluation.

Efficacité	A	B	C	D
		X		

3.2.3. Appréciation de la durabilité/Impact

L'analyse de la durabilité a été appréciée à travers les effets perçus par les bénéficiaires ; la durabilité techniques/Renforcement des capacités, l'appropriation/Renforcement mutuel/Durabilité sociale, la durabilité financière, l'appropriation des résultats du produit du programme par les autorités publiques

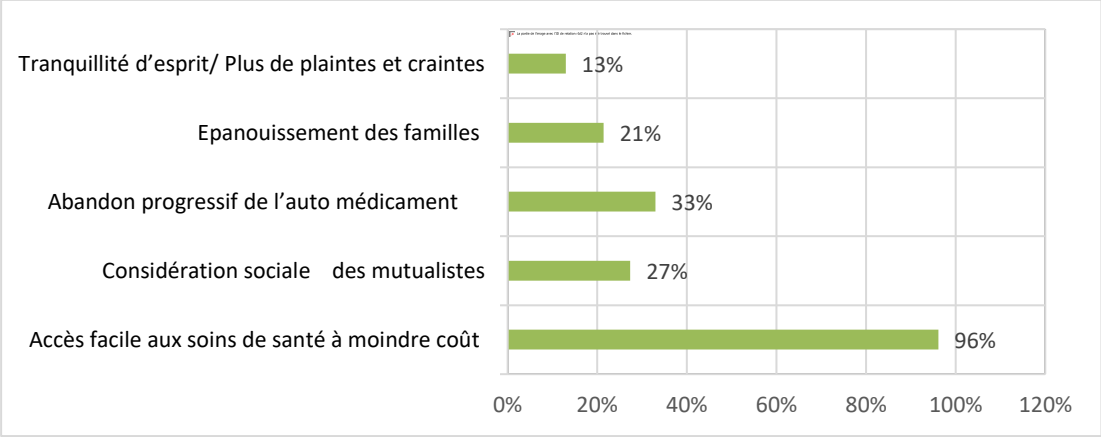
3.2.3.1. Effets perçus par les bénéficiaires

Le tableau ci-dessous affiche l'évolution du taux d'utilisation des services dans les deux départements au cours de la durée de mise en œuvre du programme

		Baseline	Valeur attendue	Valeurs obtenues				
				2017	2018	2019	2020	2021
Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)	Atacora :	83,12%	Entre 80 et 120%	137%	83%	106%	122%	126%
	Mono :	94,65%		133%	118%	92%	120%	118%

L'analyse du tableau ci-dessus indique que les plus forts taux d'utilisation ont été enregistrés en début de programme en 2017 dans les deux départements et de 137% pour l'Atacora puis de 133% pour le Mono. De même, ce taux a légèrement dépassé la limite des 120% dans l'Atacora en 2020 (122%) et en 2021 (126%). En dehors de ces cas, le taux d'utilisation des services par les bénéficiaires des mutuelles est resté dans les normes (80% à 120%) et maîtrisé entre 2018 et 2021 dans les deux départements. Cet intervalle permet à la mutuelle de s'assurer que les services proposés conviennent aux membres qui les utilisent (au moins 80%) et sans en abuser (au plus 120%). L'ensemble des 5 mutuelles ont des taux d'utilisation qui se situent dans l'intervalle 80% à 120%. Elles induisent un changement de comportement dans la population qui utilise de plus en plus les soins de santé (confère graphe 8 ci-dessous). Cette meilleure fréquentation des centres de santé par les mutualistes, facilitée par la levée de la contrainte financière, favorise de la part de la population une meilleure appréciation des soins donnés dans les centres de santé et une réduction des recours aux pratiques parallèles nocives (automédication, utilisation non contrôlée des plantes médicinales, maisons de prières.

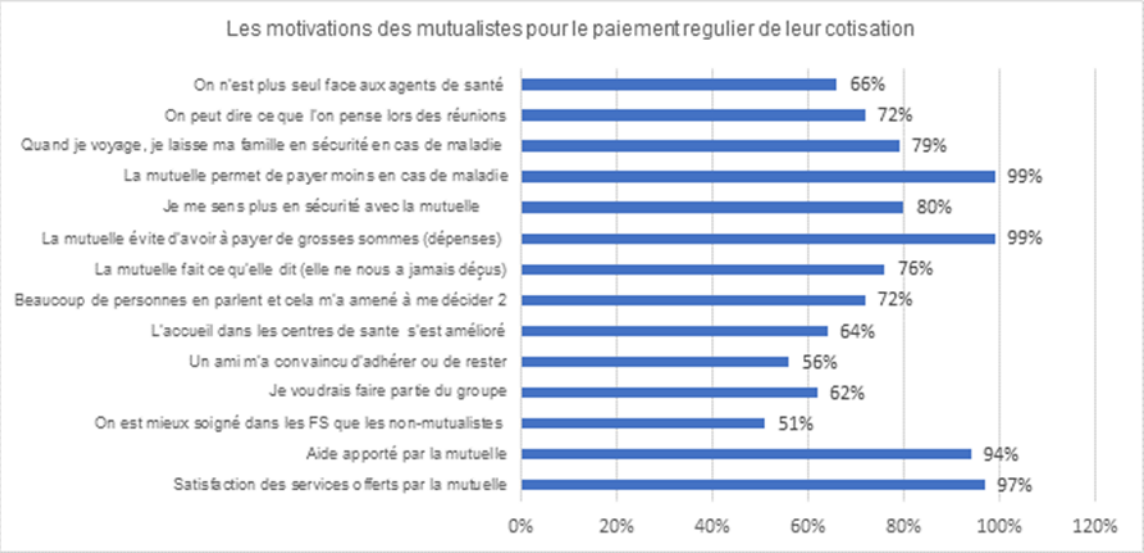
Les effets induits par le projet ont été relevés par les enquêtés et confirmés par certaines discussions de groupe. A titre d'exemple, le graphe ci-dessous affiche cinq (5) catégories d'effets positifs induits et dans l'ordre (i) la facilitation de l'accès aux soins à moindre coût, (ii) la considération sociale, (iii) l'abandon progressif de l'automédication, (iv) l'épanouissement des familles et (v) la tranquillité d'esprit et réduction de plaintes de la part des bénéficiaires.



Graphe 7 : Changements positifs induits par la mutuelle sur les mutualistes
Source : Construit à partir des données des rapports annuels, janvier 2022

Aussi, selon les même sources, 81% des mutualistes ont-ils déclaré être informés des comptes rendus et du bilan annuel présenté par le conseil d'administration de la mutuelle de santé pour exprimer le fait qu'ils prennent part à la vie et à la prise de décisions de leurs mutuelles de santé. Et 96% des mutualistes sont satisfaits de la gestion actuelle de la mutuelle et témoignent que les élus et responsables des mutuelles sont disponibles et sont à leur écoute.

Par ailleurs, diverses raisons justifient les motivations des mutualistes à cotiser comme l'illustre le graphe ci-dessous :



Graphe 8 : Les motivations des mutualistes pour le paiement régulièrement de leur cotisation
Source : Construit à partir des données collectées, janvier 2022

L'analyse du graphe indique quatorze (14) différentes motivations du payement des cotisations par les mutualistes et d'appartenance aux mutuelles de santé. Ces motivations ont été diversement exprimées allant de 51% à 99%.

3.2.3.2. Durabilité techniques/Renforcement des capacités

Plusieurs séances de formations ont été organisées à l'endroit des élus mutualistes. Elles leur ont permis de mieux jouer leurs rôles dans le cadre d'une meilleure mobilisation des membres et de faciliter leur accès surtout financier aux soins de santé.

Le renforcement des capacités techniques des partenaires : les partenaires opérationnels de mise en œuvre que sont le CONSAMUS, l'UMUSOP, le REMUSA, le Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement (GROPERE), la Fédération Nationale d'Appui aux Mutuelles Sociales (FENAMUS) ont été renforcés afin de mieux accompagner les structures à la base. Il s'agit essentiellement des formations, de l'appui à l'élaboration de documents stratégiques et de la mise à disposition d'outils de gestion. A titre d'exemple et dans le cadre du renforcement de la professionnalisation, une formation sur l'outil informatique SIGMA s'est tenue à Sokodé au Togo en novembre 2021. Facilitée par ZELIX GROUP (concepteur de l'outil) et appuyée par le Conseiller en Protection Sociale de Louvain Coopération, elle a rassemblé 24 participants venus du Bénin, de la Guinée et du Togo appartenant à des structures d'appui, des plateformes nationales de mutuelles de santé, une Fédération de mutuelles de santé et à des Unions de mutuelles de santé. L'objectif de la formation était de réfléchir sur les options techniques et organisationnelles pour un système d'information intégré. Il s'agit plus spécifiquement de i) procéder à un rappel sur le SIG et ses fonctions critiques et l'utilisation des données ; ii) renforcer la capacité de gestion technique des organisations mutualistes dans le cadre de la CSU et iii) former les utilisateurs du SIG et définir une stratégie d'accompagnement dans le cadre du test de l'outil.

La participation à l'atelier de revue du programme 2017-2021 de la DRAO : Les 18 et 19 octobre 2021, s'est tenu l'atelier de revue du programme 2017-2021 de la Direction Régionale

Afrique de l'Ouest de LC. Cette rencontre qui a réuni le personnel de LC et tous les partenaires opérationnels a permis de i) faire le bilan synthétique des réalisations au 30/09/2021, ii) d'apprécier les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus ; iii) d'apprécier le degré d'implication des parties prenantes dans la mise en œuvre du programme (Louvain Coopération, Partenaires, Bénéficiaires, Autorités locales…) ; iv) de faire faire une évaluation de la mobilisation des ressources (LC, Apport en Cofinancement des Partenaires), v) d'apprécier les mécanismes et stratégie de communication autour du programme (actions réalisées en matière de visibilité, de sensibilisation…, difficultés et contraintes) ; vi) d'identifier les leçons apprises et les expériences capitalisations ; vii) d'examiner l'opérationnalisation, la viabilité et la durabilité des structures mises en place ; viii) d'établir un calendrier pour l'élaboration du rapport final : narratif et financier. A l'issue de la rencontre, un chronogramme des réalisations à rendre avant la fin du programme au 31 décembre 2021 a été élaboré et partagé avec tous les participants.

Toutes ces actions ont contribué à renforcer ces organisations bénéficiaires et à accroitre leur incidence politique dans les espaces de concertation et de décision les concernant. A titre d'exemple, la FENAMUS a été plusieurs fois invitée par l'Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) à prendre part aux réunions de discussion sur l'ARCH. De même, ces formations des élus, des prestataires de soins, des équipes des mutuelles ont-elles contribué à la viabilité technique voire même sociale.

3.2.3.3. Appropriation/Renforcement mutuel/Durabilité sociale

La durabilité sociale a été appréciée à travers l'appropriation locale des approches et leur capacité à les mettre en œuvre dans le temps, le renforcement mutuel et le développement de synergie.

Ainsi, l'étude a identifié plusieurs évidences qui pourraient soutenir les aspects de durabilité sociale dans le cadre de la mise en œuvre du projet « accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest au Bénin ». Elles concernent :

- La participation à un atelier national : L'UMUSOP et Louvain Coopération ont été représentés à la 4ème édition du Camp de la Mutualité de Dassa, organisée par l'ONG APROSOC en partenariat avec l'Association des Ainés de la Belgique (ENEO). Cette édition a porté sur le thème « Diabète : état des lieux au Bénin et rôle des mutuelles de santé dans sa prévention ». Des tests de dépistage du diabète ont été réalisés au cours de ces journées ainsi que des consultations ophtalmologiques. Des collaborations sont à prévoir entre les mutuelles de l'Atacora (appuyées par LC) et celles du Borgou (où des actions similaires sont conduites avec l'appui d'APROSOC) dans la mise en œuvre du projet de prévention des Maladies Non Transmissibles, notamment l'hypertension artérielle et le diabète dans la Zone Sanitaire (ZS) Tanguiéta-Cobly-Matéri.

- L'organisation d'une formation en ligne en vue de renforcer les capacités des acteurs de terrain dans les stratégies de collecte de cotisations. Tenue le 3/12/2021, elle était animée par Jan Flamend, spécialiste en marketing social, à une vingtaine de participants impliqués dans la thématique « mutuelles de santé » et issus de LC (Bénin et Burundi), des Unions de mutuelles de santé du Bénin, du Togo et du Burundi, de CONSAMUS, de FENAMUS, du CNCMUT. L'objectif de cette formation était de

renforcer les capacités des participants à démarcher efficacement leurs client-e-s potentiel-le-s. Deux résultats sont attendus de cette formation, il s'agit d'augmenter i) les affiliations de 30% au 31/12/2024 (par rapport au 31/12/2021), et ii) le taux de fidélisation de 15% à la même date.

- Le renforcement des capacités institutionnelles des mutuelles de santé appuyées par Plan International Bénin avec l'appui financier du programme. Au total, 09 mutuelles ont bénéficié de l'appui du REMUSA dans i) l'organisation et la tenue d'Assemblées Générales, ii) la mise en place de textes fondamentaux conformes aux règles de l'UEMOA, iii) et la détermination d'un nouveau couple cotisations/prestations.

- La Collaboration avec la CTB (acteur Belge) dans le département du Mono : Lors de la mise en œuvre du projet PARZ de la CTB (actuel ENABEL), une Plateforme des Utilisateurs de Soins de Santé (PUSS) a été mise en place dans le Département du Mono. Son rôle est de collecter les plaintes des utilisateurs des soins de santé, de les gérer et de coordonner les actions correctrices en collaboration avec les communes. Les mutuelles de santé sont membres de la PUSS et leur union REMUSA a participé à l'élaboration du plan de travail annuel 2021 de la plateforme nationale (PNUSS) structuré autour des axes d'intervention ci-après i) renforcement de l'ancrage institutionnel et communautaire, ii) renforcement des capacités des membres de la PNUSS, iii) gestion des plaintes des usagers des formations sanitaires, iv) organisation des enquêtes de satisfaction et v) gouvernance et communication au sein de la PNUSS. La mise en œuvre de ce plan d'action par les mutuelles de santé du département du Mono a induit la collecte de 76 plaintes dont 73 ont été traitées avec succès soit un taux de gestion de 96%. Au niveau national, 710 plaintes ont été reçues (dont 391 venant des femmes) et 556 gérées soit un taux de gestion de 78,30%.

- La collaboration avec AMSANA et les volets SAE. AMSANA a pris fin en mars 2021 ; toutefois, le plan d'action des synergies s'est poursuivi avec le GEL Nord Bénin. 34 séances de sensibilisation ont été coanimées par le GEL Nord Bénin et les MUSA, elles ont porté sur l'adhésion aux mutuelles de santé et sur la présentation des services offerts par le GEL Nord Bénin.

- Dans le Mono, les synergies développées avec le volet Sécurité Alimentaire et Economique (SAE) accompagné par GROPERE et le GEL Sud Bénin a favorisé l'adhésion groupée des membres des coopératives appuyées par le programme. Au total, 70 membres de 09 coopératives membres de l'Union des Coopératives de Transformateurs de Manioc (UCTM) ont renouvelé leurs cotisations pour bénéficier des prestations des mutuelles de santé.

- Le développement d'un partenariat qui a contribué à une meilleure implantation et à un renforcement du mouvement mutualiste dans le département de l'Atacora. Il s'agit du partenariat entre LC et l'association « Sekou Na Tou », émanation de l'ONG « GROS » qui est une structure faîtière représentant les organisations de la société civile de la commune de Merelbeke-Belgique, en vue d'apporter un appui à l'union communale TIMOUNA des mutuelles de santé de Toucountouna. Cette Union, à travers « Sékou Na Tou » a déjà sollicité et obtenu l'accompagnement de Louvain Coopération dans le renforcement des capacités des élus, le recrutement et la formation de leur équipe

technique. Les appuis ont porté sur l'élaboration du plan opérationnel annuel 2021 ; le suivi du sociétariat et du tableau de bord de la mutuelle ; la participation du gérant à l'animation des fora mis en place par l'UMUSOP dans le but de lui permettre de disposer de l'information à jour sur la Covid-19 ; la tenue de réunion de cadre de concertation avec l'appui du Médecin Conseil de l'UMUSOP ; l'intégration du gérant de la mutuelle Kpandarima au processus de renforcement de capacités.

- Le développement de partenariat et encrage avec l'ONG GROPERE dans le Mono qui accompagne les groupements de producteurs sont autant de facteurs qui contribuent au développement des mutuelles de santé à travers l'extension de leur base sociale.

3.2.3.4. Durabilité financière

Par rapport à la viabilité financière, les mutuelles objet de l'étude sont en plein stade de développement et on ne saurait parler à l'étape actuelle de viabilité financière. Toutefois, force est de constater que pour l'instant, ces mutuelles de santé arrivent sur la base des cotisations à assurer leur fonction première qu'est la prise en charge des prestations. Des efforts restent à faire en vue d'une meilleure maitrise des taux de sinistralité dans toutes les mutuelles de santé.

3.2.3.5. Appropriation des résultats du produit du programme par les autorités publiques

Les instruments préconisés par le règlement de l'UEMOA ne sont pas encore mis en place par le Bénin. De plus, il n'existe aucun service d'état qui accompagne officiellement les mutuelles de santé. En conséquence, tout ce qui est fait en termes de résultat et de production de document stratégique n'est pas encore reconnu par l'Etat même si les différents acteurs des ministères sectoriels sont toujours invités à leur élaboration et conception.

A titre d'exemples nous pouvons citer le développement de l'initiative Infirmier Conseil dans la commune de Bembèrèkè avec des résultats très encourageants, l'élaboration du plan stratégique de mutuelle de santé par le CONSAMUS avec l'appui des différents acteurs y compris ceux des ministères clés du secteur, les résultats encourageants du projet MNT et leurs effets sur le système de santé du Bénin. De même, les autorités locales (aussi bien sanitaires que communales) montrent un bon intérêt pour la mutualité et s'impliquent.

Globalement, la durabilité est bonne. Celle financière a été partiellement atteinte. En effet, les cotisations mobilisées permettent toutes seules de répondre à la mission première des mutuelles de santé sans appui externe. Toutefois, la maitrise des risques liés à l'assurance notamment la sinistralité reste et demeure un défi. Les partenaires et bénéficiaires sont fortement impliqués à tous les niveaux de la mise en œuvre du projet. Les différents acteurs ont été renforcés sur plusieurs thématiques et disposent de compétences avérées. Mais ce n'est pas suffisant car ils ne pourront pas encore mettre en œuvre seuls, toutes les activités.

Le score pour la durabilité/Impact est donné ci-dessous. L'annexe 5 donne également les scores pour chaque sous composante des critères généraux d'évaluation.

Durabilité	A	B	C	D
		X		

3.3. Thèmes transversaux et aspects horizontaux

3.2.1. Contribution à la promotion du Genre

Le projet des mutuelles a appuyé le développement de plusieurs stratégies en faveurs de la promotion du genre.

3.2.1.1. Positionnement de la femme au sein des instances dirigeantes

Par suite du constat qu'il y avait plus de bénéficiaires femmes sans que ces dernières n'émergent au sein des instances dirigeantes, une recherche action avait été menée avec l'appui de plusieurs bailleurs. Cette recherche a permis d'identifier les goulots d'étranglement à la participation et à l'implication des femmes au développement des activités des mutuelles de santé.

Pour renverser la tendance, les mutuelles de santé ont travaillé à ce que les femmes comprennent davantage les avantages d'appartenir à une mutuelle de santé, soient des bénéficiaires titulaires.

Alors, plusieurs stratégies ont été développées pour positionner de plus en plus les femmes au sein des organes de décision.
Le genre a été incorporé dans les politiques des instances dirigeantes des mutuelles de santé. Ainsi, des sensibilisations pour une motivation des femmes à occuper des postes de décision au sein des instances des mutuelles ont été organisées.

« *Au sein du ménage, le problème de la santé est beaucoup plus la préoccupation de la femme car quand la femme est malade c'est elle même qui court, quand l'homme est malade, c'est la femme qui court et quand les enfants sont malades, c'est encore la femme qui court. Et c'est tout cela qui nous fait dire que c'est la femme qui est en première ligne en matière de santé au sein du ménage* et devrait par conséquent participer aux prises de décision au sein des mutuelles de santé au lieu d'être des membres passifs » **propos Assistant Technique Atacora.**

Les femmes ont été sensibilisées et encouragées à s'inscrire de plus en plus en tant qu'adhérent bénéficiaire titulaire pour avoir l'opportunité de participer aux assemblées générales et pouvoir se positionner à des postes de responsabilité clés et de prise de décision.

Aussi, il a été dans la mesure du possible souhaité par les acteurs mutualistes que, des positions clés soient à l'avance prévues pour être occupées par des femmes dynamiques. Ainsi par exemple, les postes de présidence du Conseil d'Administration (CA), de présidence du Comité de Contrôle (CC), de trésorerie générale et de secrétariat général sont souhaités prioritairement aux femmes méritantes.

Les animations et les concertations ont permis de mieux les positionner ; ce qui a donné la chance aux femmes d'occuper des positions stratégiques et ceci plusieurs fois. Ainsi, elles orientent les décisions vers les femmes, beaucoup plus vers l'intérêt des femmes.

« Quand c'est une femme qui est à la tête d'une organisation, nous avons beaucoup plus confiance, car nous nous sentons unis. Quand elle nous parle, elle touche notre cœur et cela nous motive à prendre en compte ce qu'elle nous dit et nous faisons l'effort de cotiser pour être membres à la mutuelle de santé » Femme mutualiste à N'dahonta.

« C'est très beau et intéressant de voir que les femmes comme moi sont au cœur des prises de décision dans le conseil d'administration de la mutuelle. Ceci n'est pas courant dans d'autres comités qui existent dans notre village ici dont j'ai connaissance. Imaginez que les postes de Présidente CC, Secrétaire General et Trésorier General sont occupés par des femmes et on sent la touche des femmes dans les prises de décision. Ceci a été possible grâce à cette stratégie de promotion du genre instaurée par les mutuelles. Je remercie sincèrement LD et les mutualistes hommes comme femmes pour m'avoir offert cette opportunité d'exercer et d'apprendre ».
Femme, membre du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Cobly

Le tableau ci-dessous donne l'évolution de la proportion des femmes parmi les instances dirigeantes au niveau des deux départements au cours de la période de mise en œuvre du programme.

Tableau 11 : Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et dans les mutuelles

	Baseline	Réalisé A1	Réalisé A2	Réalisé A3	Réalisé A4	Réalisé A5
Atacora	27%	50%	50%	50%	56%	50%
Mono	17%	17%	17%	17%	33%	33%
Moyenne	22%	34%	34%	34%	45%	41,5%

Source : Construit à partir des données collectées, janvier 2022

L'implication des femmes dans la question de la mutualité est un facteur important, vu leur sensibilité aux questions en lien avec la santé de la famille. Le niveau de représentativité des femmes à des postes de prise de décision au sein des mutuelles et Unions (Présidence CA et CC, secrétariat CA et Trésorerie) est passé de 22% à 41.5% au cours de la cinquième année de mise en œuvre. Sur l'ensemble des 16 postes de prise de décision, 8, soit 50% sont occupés par les femmes dans l'Atacora tandis que dans le Mono les femmes n'en occupent que 2 sur les 12 disponibles (33%). Beaucoup d'efforts restent encore à faire dans cette zone lors des Assemblées Générales à venir en vue d'amener les femmes à vaincre leurs craintes et à s'engager pour occuper des postes de décision comme c'est déjà le cas dans l'Atacora. Les pesanteurs sociologiques continuent d'avoir une influence sur les femmes. Des actions à travers la mise en place et l'animation d'une plateforme « Genre » pourraient aider à relever cet important défi.

3.2.1.2. Organisation de la journée de la femme mutualiste

Plusieurs occasions sont saisies pour contribuer à la promotion et à la visibilité des mutuelles de santé par la gent féminine. Une journée choisie de commun accord avec les acteurs est consacrée pour être celle de la femme mutualiste.

Pour le compte de l'année 2020 par exemple, à travers des chants soutenus par la fanfare, les femmes membres des mutuelles de Cobly, N'dahonta et Matéri ont sillonné les artères des différentes localités abritant leur siège pour porter le message mutualiste aux populations. Au total, 605 femmes mutualistes dont 301 à Cobly, 200 à Matéri et 104 à N'Dahonta et 240 non mutualistes ont pris part aux 3 caravanes.

La deuxième partie de cette journée était consacrée à l'animation par le Médecin Conseil d'une conférence débats au profit des femmes bénéficiaires des mutuelles mais ouverte à toute autre femme désireuse d'y prendre part. Les deux principaux thèmes abordés étaient : i) la femme mutualiste, le diabète et l'hypertension artérielle, parlons-en, et ii) les facteurs de risque du cancer qui ont été suivis avec grand intérêt à la très grande satisfaction des participantes, qui ont posé plusieurs questions d'éclaircissement auxquelles le Médecin Conseil a répondu.

3.2.1.3. Animation d'une plateforme « Genre »

L'existence de la plateforme « Genre » mise en place au cours des interventions qui ont précédé le projet constitue une grande opportunité pour la promotion du genre. En effet, depuis la détection des goulots d'étranglement[5]à la promotion du genre à la suite d'une recherche action, une prise de conscience est née des différentes séances de sensibilisations qui sont faites. Ainsi, la plateforme a aidé l'intégration du genre au quotidien avec une duplication intervenue dans le Mono l'année dernière par suite d'une formation. Cette plateforme qui est un espace d'échange, prône l'intégration du genre au quotidien dans toutes les activités des organisations communautaires et particulièrement les mutuelles de santé.

On note globalement que de plus en plus, les femmes ne sont plus des membres, mais elles participent de façon active aux activités. De part ces différentes dispositions prises, des résultats intéressants sont enregistrés dans le cadre de ce projet par exemple :

- l'institutionnalisation du genre ;
- les femmes sont plus motivées à participer aux réunions communautaires et à s'affilier aux organisations / associations;
- les femmes participent à la gouvernance des organisations ; les femmes ont accès aux ressources;
- les femmes partagent avec les hommes les responsabilités dans les ménages.

Il convient de faire remarquer que tout cela se fait avec une implication de la femme.

3.2.2. Plus-value de l'intégration des MNT au projet MUSA

Louvain Coopération a mis en œuvre le projet « mise en place d'un mécanisme de prévention et de traitement naturel/non médical des maladies non transmissibles (diabète et hypertension) au sein des mutuelles de santé de l'Atacora – Benin » en partenariat avec l'Union des Mutuelles Sociales de la Pendjari (UMUSOP) et la Zone Sanitaire Tanguiéta-Matéri-Cobly (TMC).

[5](i) Les femmes n'ont pas accès à information, (ii) les femmes n'ont pas accès à la gouvernance des organisations communautaires, (iii) les femmes sont marginalisées et (iv) les femmes sont surchargées par les dépenses des ménages

Le Projet de lutte contre les maladies non transmissibles (notamment l'hypertension artérielle et le diabète) avec une implication des mutuelles de santé dans le projet de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) à travers la prévention.
Il met l'accent sur les 8 principaux facteurs de risque des MNT (selon l'OMS) entre 2008 et 2015. Il s'agit des Facteurs De Risques (FDR) comportements (Consommation de tabac, Consommation nocive d'alcool, Faible consommation de fruits et légumes et faible niveau d'activité physique) et des FDR biologiques (Obésité, Pression artérielle élevée, Diabète et Hypercholestérolémie).

Dans ce projet mis en œuvre en étroite collaboration avec la ZS TMC, le rôle des mutuelles dans le processus est de (i) sensibiliser les populations sur les MNT et les comportements à risque, (ii) orienter les mutualistes vers les centres de santé pour se faire dépister, (iii) appuyer la mise en place des pairs-éducateurs, (iv) organiser des journées de lutte contre les MNT et de (v) contribuer au suivi du projet.
Les propos de cet élu mutualiste de Tchanhoun-Cossi confirment bien la plus-value de cette innovation.

« Grâce à la mutuelle, je connais comment assurer un bon régime alimentaire et équilibré avec les ressources dont je dispose. Avec les MNT, beaucoup de maladies que je trainais sans le savoir sont facilement bien gérés et avec le club de sports, beaucoup de maux sont évités. C'est l'occasion pour moi de remercier LD pour ces différentes initiatives. Dans ma langue on dit que la sante n'a pas de prix et qui te donne la santé est comme ton sauveur et c'est ce que LD est pour moi en initiant cette mutuelle de santé dont je suis membre et bénéficiaire des différentes prestations depuis pratiquement plus de 5 ans » Femme, mutualiste de Tchanhoun-Cossi
.

3.2.2.1. Contribution à l'amélioration du sociétariat

Les discussions ont permis de comprendre que l'influence du sociétariat se fait surtout via les clubs de sport. En effet, les clubs de sport sont les regroupements par village des mutualistes particulièrement et des populations en général qui se retrouvent hebdomadairement pour des exercices physiques et sportifs. La durée des exercices retenus varie d'un club à l'autre : 1 heure de temps trois fois par semaine ; 1heure 30 mn trois fois par semaine et 2 heures deux fois par semaine. A la fin de chaque séance sportive, les clubs organisent des causeries autour des MNT, les mesures préventives et les comportements à adopter pour éviter d'aggraver les cas existants.

Au total, 15 Clubs de marches avec 365 membres (263 femmes, 102 hommes) ont été mis en place dans les trois communes dont 06 à Cobly, 07 à Matéri et 2 à N'dahonta. L'activité des clubs de sport constitue en soi une promotion pour les mutuelles de santé. Plusieurs personnes non membres vont à la mutuelle de santé de leur localité non seulement pour bénéficier des services de soins en cas de maladie mais aussi et surtout pour prendre part au programme de prévention contre les MNT.
Plusieurs témoignages des personnes enquêtées confirment ce comportement :

« Le projet MNT a un effet direct sur le sociétariat car, à titre d'exemple, les clubs de sport sont tellement organisés au point où, quand une nouvelle personne y adhère, les anciens membres

lui demandent s'il a déjà payé sa cotisation à la mutuelle. Si non, vu l'engouement et le centre d'intérêt relatif aux avantages du club, la nouvelle personne accepte facilement de s'inscrire avec les membres de sa famille à la mutuelle de santé ». Elu mutualiste de N'dahonta.

« Comme action engagée, un club de footing a été créé pour organiser quelques minutes de marche avec les mamans en vue d'une bonne circulation sanguine ; un moyen de communiquer avec les cibles et de les motiver à appartenir à la mutuelle de santé » Infirmière du CS de Kountori.

3.2.3. Adéquation et plus-value de la collaboration académique

LC développe depuis des années des relations de collaboration avec plusieurs universités. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet, des études ont été réalisée par des équipes de binômes constituées d'étudiants du Nord et du Sud avec des responsabilités claires pour des recherches sur des thématiques identifiées sur le terrain, analysées et validées de façon consensuelle. Cette démarche méthodologique permet d'assurer la prise en compte des réalités de terrain.

Ainsi, au cours de la période de mise en œuvre du projet « accès aux soins de santé 2017-2021 en Afrique de l'Ouest au bénin », trois (03) thématiques ont été identifiées et ont fait l'objet de recherche. Il s'agit de :

(i) Les adhésions groupées aux mutuelles de santé dans l'Atacora : organisation et fonctionnement (WINRIKOU Nikpéma Naomi);

(ii) Les mutuelles de santé au nord du Bénin, en quoi la mise en place d'un mécanisme d'adhésion collective destiné aux groupements socioculturels peut booster le taux de pénétration des mutuelles de santé (Marie BASTIN);

(iii) Les mutuelles de santé au nord du Bénin, en quoi la mise en place d'un mécanisme d'adhésion collective destiné aux groupements socio-économiques peut booster le taux de pénétration des mutuelles de santé (Elisabeth HIGUET)

Dans le cadre de ces recherches, les étudiants de l'UCL ont été suivis par le Professeur Philippe De Leener et ceux de l'Université de Parakou par le Dr Emmanuel SAMBIENI.

Les résultats de ces études ont été régulièrement restitués aux mutuelles de santé de l'Atacora qui ont élaboré un plan d'action de mise en œuvre des recommandations.

Globalement, il est à retenir que cette collaboration interuniversitaire a permis de construire un partenariat fiable et « gagnant-gagnant » en matière d'études et de recherches entre Université du Nord et celle du Sud. Les résultats sont exploités et expérimentés pour booster les initiatives sur le terrain en vue d'une meilleure performance des mutuelles de santé.

3.3. Analyse des goulots d'étranglement du développement des mutuelles de santé

3.3.1. Forces, Faiblesses, opportunités et menaces des mutuelles de santé au Bénin

L'étude a permis de relever les forces et les faiblesses du mouvement mutualiste au Bénin et des mutuelles de santé et unions objets de l'étude en particulier. Les résultats de cette analyse sont consignés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 12 : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

FORCES	FAIBLESSE
- Elaboration d'un plan stratégique 2020-2022 par le mouvement mutualiste non encore validé par l'Etat ; - Existence d'un inventaire de mutuelle de santé et d'une base de données tenue au niveau du CONSAMUS ; - Structuration du mouvement mutualiste (Unions, CDMS, FENAMUS, CONSAMUS ; - Disponibilité de documents (professionnalisation ; techniques, réglementaires et de procédures), - Reconnaissance officielle des MUSA et des Unions ; - Bonne tendance en matière de sociétariat dans l'Atacora ; - Institutionnalisation des cadres de concertation et des minis cadres de concertation ; - Développement d'une stratégie basée sur le système d'adhésion automatique dans l'Atacora ; - Disponibilité de l'IC qui travaille à plein temps ; - Existence de quelques outils de gestion développés à base ACCESS pas suffisant pour les différentes analyses ; - Développement d'un outil SIGMA qui intègre le cadre règlementaire de la mutualité sociale dans l'espace UEMOA ; - Opérationalisation réussie de l'initiative de l'infirmier conseil ; - Développement d'un SIG, formation des acteurs Bénin et Togo (niveau de gestion Unions et Mutuelles avec des antennes).	– Inexistence de plan de communication pour le développement des mutuelles de santé ; – Absence d'une stratégie de communication claire ; – Prise en compte théorique des mutuelles de santé dans l'articulation avec la CSU ; – Structuration du mouvement mutualiste partiellement opérationnelle ; – Faiblesse des ressources humaines au sein de la FENAMUS ; – Inexistence de compétence pour assurer une bonne représentation et le développement du mouvement mutualiste ; – Inexistence de compétences pour la gestion technique à tous les niveaux ; – Inexistence de compétences pour assurer le bon développement de partenariat stratégique ; – Inexistence de compétences pour accompagner la mobilisation des ressources et leur gestion ; – Faibles compétences techniques et organisationnelles des unions de mutuelles ; – Faibles capacités des unions pour nouer des partenariats stratégiques au niveau local ; – Insuffisance de compétences pour assurer des fonctions de qualité surtout en matière de mobilisation des adhésions ; – Absence d'un système de gestion fiable capable de capitaliser les acquis des mutuelles de santé ; – Risque de sélection adverse dans le système de cotisation en cours ; – Inexistence d'un système de plafonnement dans la prise en charge ; – Faible taux de pénétration des mutuelles de santé.
OPPORTUNITE	**MENACES**
– Forte volonté politique (implication personnelle du chef de l'état) ; – Existences de mécanismes de protection sociale en santé (communautaires et autres y compris l'assistance sociale) ; – Appui de LC (CONSAMUS) et ESSENTIEL (FENAMUS) ; – Existence de documents de politiques et de stratégies pour le développement des mutuelles de santé + politique sociale + RAMU ; – Appui technique et financier du mouvement mutualiste ; – Proximité des assistants techniques pour accompagner les mutuelles de santé ; - Mise en place d'une cellule technique d'appui aux mutuelles de santé ; - Contribution des mutuelles de santé dans la prévention des MNT dans le département de l'Atacora au Bénin ; - Existence d'une législation au niveau régional + projet d'aide à l'extension de la CMU (UEMOA).	– Fragmentation du système de protection sociale en santé (faible couverture) ; – Non mise en place des instruments de l'UEMOA ; – Inexistence d'une structure publique pour le suivi des mutuelles de santé ; – Absence d'appui de l'Etat au mouvement mutualiste ; – Manque de rigueur dans le suivi de la performance et obligation de résultats ; – Place des MUSA non clairement précisée dans le dispositif ARCH ; – Faible développement de relations de LC avec le niveau stratégique ; – Faible visibilité au plan national des actions de LC en matière de contribution au renforcement du système de santé ; – Tendance à une confusion de rôle de la FENAMUS et du CONSAMUS ; – Faible niveau de synergie entre acteurs ; – Insuffisance de coordination entre les différents acteurs de ARCH.

Source : Construit à partir des données collectées, janvier 2022

3.3.2. Analyse des goulots d'étranglements du sociétariat

Plusieurs aspects ont été relevés pouvant être à la base de la baisse du sociétariat dans les deux départements.

- ***Défaut de la mise en place des instruments recommandés par l'UEMOA***

Depuis le 1er juillet 2011, les textes régissant les mutuelles sociales sur l'espace UEMOA sont applicables à l'ensemble des pays membres de la communauté. Au nombre de ces textes figurent : la mise en place de l'Organe Administratif de la Mutualité Sociale (OAMS), le Registre National d'Immatriculation Sociale (RIMS) et le Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociale (FNGMS). Chacun de ces instruments joue un rôle précis comme décrit ci-dessous :

L'organe administratif de la mutualité sociale (OAMS) est un établissement public ou une entité de droit public dotée de la personnalité juridique, de l'autonomie financière et de gestion est chargé de l'instruction des dossiers d'agrément du suivi et du contrôle des mutuelles sociales. Il procède à un contrôle externe sur pièce et sur place, portant sur les éléments suivants : (i) la constitution des mutuelles sociales ou des structures faîtières ; (ii) le fonctionnement des mutuelles sociales ou des structures faîtières ; (iii) la situation financière des mutuelles sociales et des structures faîtières. En cas de défaillance caractérisée dans la gestion de la mutualité sociale ou de la structure faîtière, ou d'irrégularité graves constatées à la suite d'une inspection ou d'opérations de contrôle, l'organe administratif de la mutualité sociale peut prendre toutes mesures conservatoires nécessaires à la sauvegarde des intérêts des membres ou des tiers concernés. L'organe administratif de la mutualité sociale peut solliciter le concours du Fonds national de garantie en faveur des mutuelles sociales ou des structures faîtières qui ne sont plus en mesure de faire face à leurs engagements.

Le registre national d'immatriculation (RIMS) des mutuelles sociales s'occupe de l'enregistrement des mutuelles sociales et ce, en remplacement de la loi d'association 1901 généralement utilisée pour la déclaration des mutuelles de santé à ce jour. L'obligation pour les mutuelles créées antérieurement au Règlement de s'immatriculer au registre national avant le 1er juillet 2014.

Le Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociale (FNGMS) est destiné à préserver les droits des membres participants des mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations et de leurs ayants droit. Les mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations sont tenues d'adhérer au fonds national de garantie. Il intervient sous forme de mécanisme de consolidation financière en donnant un appui financier sous forme de prêt remboursable en cas de difficulté.

Par ailleurs, le règlement 07/2009/CM/UEMOA a également prévu des règles prudentielles et le règlement spécifique de l'UEMOA portant création du Plan Comptable sur les Mutuelles Sociales (PCMS). Celui-ci est le principal outil de gestion dont disposent les mutuelles sociales en vue de produire une information financière fiable et harmonisée. Il permet de mesurer leur

performance et de contribuer à la pérennité de leurs activités. Il répond aux objectifs spécifiques de (i) Clarifier les relations des mutuelles sociales entre elles et avec leurs différents partenaires à savoir les administrations de contrôle et de tutelle, les adhérents et les autres bénéficiaires de prestations, les prestataires de soins et les structures faîtières qui sont les unions et les fédérations de mutuelles ; (ii) Être en adéquation avec les spécificités liées à l'activité des mutuelles sociales.

De même, le règlement N°07/2009/CM/UEMOA prévoit des mesures incitatives sous forme de subventions et d'appuis techniques et financiers aux organisations mutuelles ou à leur faîtière. En effet, les Etats membres mettent en œuvre au profit des mutuelles sociales et de leurs structures faîtières des mesures incitatives, et ce, en raison de leur intervention dans le domaine de la prévoyance sociale. Ces mesures proviennent des Etats ou des collectivités locales sous la forme de subventions et d'avantages fiscaux et/ou d'appui technique et financier aux mutuelles sociales et aux structures faîtières. Ces mesures doivent être compatibles avec la législation fiscale communautaire. L'UEMOA met en œuvre des mesures incitatives au profit du développement de la mutualité sociale, notamment par l'octroi de subventions et/ou par des appuis techniques et financiers aux structures faîtières représentatives.

L'étude a révélé qu'à ce jour, aucun de ces instruments n'est mis en place malgré les multiples relances de l'UEMOA et les actions de plaidoyers menées par le CONSAMUS. Cette situation est très critique et n'est pas de nature à soutenir le développement et la promotion du mouvement mutualiste au Bénin. Elle contribue à la fragilité des mutuelles de santé et à la non-reconnaissance du rôle qu'elles jouent dans la facilitation de l'accès aux soins des acteurs de l'économie informel et du secteur agricole.

- ***Baisse de la capacité contributive des ménages et des femmes en particulier***

La baisse de capacité contributive est également enregistrée comme étant un des goulots d'étranglement du mouvement mutualiste au Bénin. En effet, si les capacités contributives des familles sont faibles, bien que conscientes de l'existence du besoin de se faire soigner et d'adhérer à une mutuelle de santé, elles préfèrent régler leur problème de subsistance en priorité. Cette situation est aggravée par la pandémie de la COVID qui a surtout pénalisé les commerçants en général mais aussi et surtout les femmes du fait des mesures de barrières mises en place par le gouvernement.

- ***Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des activités des mutuelles de santé, des unions et de la FENAMUS***

Au plan professionnalisation, même si des efforts louables sont faits en matière de réforme des textes fondamentaux, de dotation de sièges et de leur équipement en mobiliers et matériels informatiques, l'équipe d'évaluation a relevé tout de même des faiblesses qui minent la promotion des mutuelles de santé jusqu'au niveau fédération. Il s'agit principalement de la non-diversification des activités en lien avec la mutualité de santé, de la non valorisation du capital humain actuel des mutuelles notamment, les élus, de l'inexistence au niveau des unions et de mutuelles de santé, de ressources humaines qualifiées capables de répondre aux exigences de développement des mutuelles de santé. En effet, en dehors des élus mutualistes et des gestionnaires au niveau des Unions

et la FENAMUS, on note un manque criard de ressources humaines qualifiées pour s'occuper de toutes les tâches techniques, de gestion et d'administration. Aussi, les rôles des élus mutualistes notamment en matière de promotion auprès de la population cible et d'appui au recouvrement des cotisations ne sont pas clairement perçus et ne sont pas mis en œuvre comme le prescrivent les textes. De même, l'étude a révélé le fait qu'il n'existe pas un plan cohérent de renforcement des capacités des acteurs. Par ailleurs, en dehors des CMB où nous avons noté l'existence et même l'amélioration de leur motivation qui est passé de 5% à 10%, il n'existe pas un système de motivation des élus à travers la mise en place d'une rémunération forfaitaire ou de récompenses périodiques selon les performances accomplies. Enfin, il n'existe pas un mécanisme annuel d'évaluation de la performance des différents acteurs.

Tout cela ne permet pas une meilleure pénétration de la population cible mais aussi et surtout de gérer de manière professionnelle l'ensemble des activités que mènent les mutuelles de santé. Ce qui empêche tout le dispositif de satisfaire aux exigences en matière de rapportage, de statistiques et de comptabilité.

- ***Inexistence d'un système de plafonnement des dépenses de santé.***

Au nombre des mécanismes mis en place pour lutter contre les risques et notamment celui de la sélection adverse, il est préconisé l'adhésion de groupe et la limitation du nombre de recours par personne par an. Dans toutes les mutuelles, il est de deux (02) par personne.
Or le système de cotisation mis en place ne garantit pas l'adhésion de groupe et certaines familles peuvent faire l'option de n'enregistrer que certains membres seulement de leur famille sans que la mutuelle ne s'en rende compte et même si elle s'en rendait compte, elle pourrait l'accepter surtout en situation de précarité où recouvrer une cotisation est difficile.

L'analyse des mesures mises en place montre qu'il n'existe pas un système de plafonnement ni par membre ni par famille. En effet, la plupart des textes des mutuelles n'ont pas prévu le montant maximal par personnes et par année ni par famille et par année. Cette ouverture est une grande porte à la surconsommation et pourrait éventuellement expliquer les forts taux de sinistralité enregistrés dans toutes les mutuelles et pratiquement au cours de la mise en œuvre du projet.

- ***Affectations des agents de santé formés de leur zone d'intervention***

La mobilité des agents des centres de santé conventionnés pour des raisons d'affectation constitue une véritable menace à la promotion des mutuelles de santé et à l'amélioration de la qualité des soins. En effet, ils ont été formés sur les protocoles de prise en charge des maladies et maîtrisent assez bien les relations entre mutuelles de Centres de Santé conventionnés. Cette mobilité conduit à un perpétuel recommencement des formations à l'endroit du personnel soignant. Aussi, les agents de santé nouvellement affectés dans les CS conventionnés et n'ayant aucune notion sur la mutualité rejettent les patients mutualistes pour le simple fait qu'ils n'ont aucune connaissance des engagements entre leur centre de santé et la mutuelle. Tout cela agit directement ou indirectement sur la performance des mutuelles de santé. A titre d'exemple, quand la qualité de l'accueil est mauvaise, le malade est déçu et il sera plus intéressé à renouveler sa cotisation l'année suivante.

➲ ***Inexistence des plans de communication***

La culture de prévoyance n'étant pas de mise à cause des constructions sociales, il est indispensable d'asseoir un bon programme de communication et de marketing social. Dans le cas d'espèce, il n'existe ni de stratégie de communication ni de plan de communication. Or l'existence de tels documents devrait permettre aux acteurs mutualistes notamment les animateurs de bien se préparer et d'adopter une démarche professionnelle afin de réussir les séances de sensibilisation à l'endroit des adhérents potentiels. Il est donc indispensable de revoir les approches pour produire plus d'effet car la fidélisation et les adhésions aux mutuelles de santé sont généralement tributaires entre autres de la capacité de persuasion de ceux qui sont chargés de la mise en œuvre. Ils doivent avoir des outils et communiquer de façon professionnelle pour y parvenir.

➲ ***Situation dans le Mono avec les mutuelles de Ex BORNEfonden***

Le REMUSA est constitué de douze mutuelles de santé dont deux mutuelles de santé appuyées par LC, 9 appuyées par l'Ex BORNEfonden qui est aujourd'hui intégré à Plan International Bénin et une mise en place par ENABEL et qui n'est pas fonctionnelle.

Tout en reconnaissant les efforts du REMUSA pour soutenir le relèvement du niveau de fonctionnement des organes de gestion de ces mutuelles à travers quelques formations, l'étude a relevé plusieurs gaps en termes surtout de pratiques et de professionnalisation entre les deux catégories.
A titre d'exemple, les cotisations ne sont pas les mêmes, le niveau de connaissances des organes de gestion n'est pas le même, le paquet de soins, l'existence des deux catégories de mutuelles de santé dans une même commune (cas de Houéyogbé où coexistent deux mutuelles d'arrondissement et une mutuelle communale); la diversité d'approche d'appui des structures partenaires, Ces différentes disparités bloquent le développement harmonieux du réseau. De plus, le système de gestion des mutuelles appuyées par Ex BORNEfonden reste et demeure manuel, ce qui constitue une porte largement ouverte aux fraudes.
Par ailleurs, même si ces mutuelles de santé appuyées par Ex BORNEfonden disposent d'un mécanisme de consolidation financière qui leur génère des recettes annuelles, force est de constater que, la gestion de ces ressources n'est pas claire et ne favorise pas l'ouverture de certains élus à une bonne collaboration avec les responsables du réseau. Les élus de ces mutuelles ont tendance à s'éterniser à leur poste pour juste jouir de la gestion de ces fonds au fil des années. En 2021, les mutuelles de santé du mono ont reçu au titre des intérêts issus des fonds de garantie placés à ORABANK, un montant total de **4.392.865 FCFA.**

4. LEÇONS APPRISES, BONNES PRATIQUES, ORIENTATIONS FUTURES ET RECOMMANDATIONS

4.1. Leçons apprises

Les principales leçons apprises dans le cadre de ce projet sont :

- L'absence de politiques nationales favorables de l'Etat et notamment la non mise en place des instruments de règlement 07 de l'UEMOA nuit considérablement au développement des mutuelles de santé au Bénin ;

- L'absence d'une définition claire de la place de la mutualité dans le dispositif de couverture universelle des soins engendre des hésitations dans les appuis à apporter au secteur de la mutualité. Ceci tant au niveau des autorités politico-administratives décentralisées, qu'au niveau des responsables au sein de la pyramide des soins de santé, ainsi que des programmes de coopération.

- La mise en place d'un système intégré d'information et de gestion (SIIG) est un processus long et difficile à maitriser en milieu rural par défaut de connexion, mais potentiellement gagnant pour la mutualité. Il permet d'analyser les données, de les consolider, facilitant ainsi l'apprentissage et une meilleure gestion des mutuelles pour plus de visibilité et de crédibilité en vue d'un meilleur positionnement dans le schéma de la CSU.

- L'existence de plusieurs groupes organisés et associations professionnelles dans la zone d'intervention du Programme constitue un fort potentiel exploitable par la stratégie d'adhésion groupée et une opportunité pour élargir la base sociale des mutuelles dans le cadre des interventions futures.

- L'implication des mutuelles de santé dans les actions préventives est bénéfique pour toute la population.

- Les facteurs socio-culturels font que le concept de mutuelle de santé, voir l'assurance-maladie, est difficilement appropriable par la communauté. Priorité est donnée aux dépenses à engager lors des évènements socio-culturels. Il est donc capital d'approfondir cet aspect en cherchant comment articuler les deux.

- La mobilité du personnel soignant dans la zone de couverture des mutuelles est un facteur qui ne favorise pas la maîtrise de la sinistralité et le maintien de bonnes relations avec l'offre des soins. Lorsque les prestataires de soins formés, coachés et mis en confiance par le médecin conseil viennent à être déplacés et remplacés par de nouveaux qui ne connaissent pas les mutuelles de santé et leur mode de fonctionnement, les efforts déployés jusque-là sont annihilés et il faut donc reprendre le travail de collaboration.

- L'expérience démontre que l'implication des femmes dans les actions portant sur la santé, favorisent l'accès à l'information et produit des résultats très encourageants et perceptibles. La femme est très sensible aux problèmes de santé de la famille et l'expérience se confirme que là où les femmes obtiennent des postes de responsabilité, la mobilisation sociale, la gouvernance et l'appropriation paraissent plus efficace.

- La mise en place d'un cadre d'échange entre offre et demande des soins de santé permet aux populations mutualistes de mieux percevoir la notion de droit à la santé qui n'était pas bien comprise auparavant. De plus en plus, les populations revendiquent

leur droit à des soins de santé de qualité et dénoncent les mauvais comportements dans les centres de santé.

- L'intervention des mutuelles de santé à travers le suivi des prestations, des actions de plaidoyer et de supervision par le Médecin Conseil et l'Infirmier Conseil contribuent efficacement à l'amélioration de la qualité des soins (accueil, efficacité, efficience, amélioration du plateau technique, etc.) des centres de santé conventionnés.

4.2. Recommandations

Au terme de la mission, les recommandations suivantes sont faites par l'équipe d'évaluation :

<u>Tableau 13</u> : Synthèse des recommandations

	Constats majeurs		Recommandations	Explications
	A l'endroit de LC			
1	Résultats très intéressants obtenus à travers le projet MNT dans l'Atacora	1.1	Passer à l'échelle avec l'expérience du développement du préventif à travers entre autres, la lutte contre les MNT ;	Pour une meilleure connaissance des MNT et des mécanismes de prévention par la population ; un meilleur accès aux services de santé de qualité et une rationalisation des dépenses de mutuelles pour raisons de maladie opportunistes des MNT
		1.2	Partager les résultats de l'expérience des MNT avec les autorités ministérielles notamment le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles	
2	Persistance de la pandémie de la COVID	2.1	Poursuivre les actions menées dans le cadre de la lutte contre COVID 19.	Pour une maitrise des gestes barrières et accès aux dispositifs ; la minimisation des risques de contagion et un meilleur accès aux services de santé de qualité. Cela faciliterait l'organisation des campagnes de mobilisation de ressources ;
3	Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des services des mutuelles de santé, des unions et de la FENAMUS.	3.1	Accompagner la mise en place d'une base forte de relais communautaires bien formés sur la mutualité, la communication, le marketing social (LC)	Pour les CMB, éviter au maximum, les relais communautaires du système de santé ou revoir la stratégie car ils ne sont souvent pas disponibles surtout avec la nouvelle politique de santé communautaire où ils seront rémunérés mensuellement avec leur paquet d'activités renforcé,
		3.2	Doter la FENAMUS de ressources humaines qualifiées pour la gestion technique tout en valorisant son capital humain actuel, notamment les élus mutualistes à différents niveaux (Fédération, Unions et Mutuelles).	L'on devra veiller à ce que les équipes techniques une fois formées soient autonomes pour ce qui est des aspects techniques Ressources Humaines partagées pour une meilleure efficience
	A l'endroit de CONSAMUS/FENAMUS			
4	Expérience réussie de l'initiative de l'Infirmier Conseil. Mais elle n'est pas connue de l'Etat.	4.1	Instaurer le suivi des prestations de soins par un infirmier conseil dans les centres de santé périphériques (LC)	Pour parvenir à une généralisation de la pratique, il sera nécessaire en plus de faire un front commun avec d'autres acteurs pour capitaliser et largement diffuser les expériences, et améliorer la pratique de Médecin Conseil.
		4.2	Inciter l'Etat à l'institutionnalisation de la pratique, dans le cadre d'une politique contractuelle ;	Le réseautage (unions, fédérations) des mutuelles de santé pour se partager les services d'un Médecin Conseil (en raison du coût) ;

	Pratique de l'utilisation des Médecins Conseils	4.3	Faire en sorte à ce que le Ministère de la Santé reconnaisse l'initiative, développe le corps de IC au Bénin, développe le métier et encourage sa légifération ;	Cela sera très utile surtout dans le cadre de l'opérationnalisation de l'ARCH; L'initiative doit être conduite par FENAMUS avec l'appui de CONSAMUS;
		4.5	Etudier cette approche dans la perspective de son implémentation dans le cadre du volet Assurance Maladie de l'ARCH	
		4.6	Voir comment CONSAMUS va amener les structures d'appui à adopter cette initiative dans leur zone d'intervention	
5	Fragmentation des initiatives et d'approche (outils, cotisations, etc.). Problème de paternité des initiatives	5.1	Travailler à améliorer les performances de mutuelles de santé, mieux les organiser, mieux les structurer ; harmoniser les outils de gestion et les pratiques et en essayer autant que possible d'avoir un paquet minimum d'outils commun ;	L'état des lieux de 2020 affiche environ 100.000 bénéficiaires à jour,
		5.2	Arriver à mettre en place une assurance maladie mutualiste unique, avec une seule carte pour toutes les mutuelles à travers le pays tout en maintenant l'autonomie en termes de structure d'appui et de fonctionnement.	Chaque structure a son nombre et l'état ne connait pas. Cette situation de fragmentation n'est pas de nature à aller en faveur des mutuelles de santé. Il urge alors que des réflexions soit menées pour identifier très rapidement les stratégies adéquates ;
		5.3	Organiser un atelier pour réfléchir sur la meilleure stratégie de plaidoyer sur cet aspect et aller vers les autorités pour plaider auprès des autorités ;	Ainsi, les mutuelles auront la même identité, la même cotisation, le même paquet de prestations, etc.
6	Non prise en compte effective des mutuelles de santé dans le dispositif ARCH	6.1	Travailler à développer et à rendre plus performantes et visibles les mutuelles de santé, seule alternative actuelle pour le secteur agricole	La prise en compte des mutuelles de santé dans le dispositif ARCH est un combat permanent. Plusieurs fois, il a été dit que les mutuelles de santé seront prises en compte. Mais à ce jour, de façon formelle, aucun texte ne le précise ;
		6.2	Mettre en place un dispositif de consolidation des données du Système de Gestion pour des fins de visibilité, représentation et de plaidoyer.	Face à cette situation confuse, où l'accent est mis sur la prise en charge des pauvres extrêmes et non extrêmes, les acteurs mutualistes ont un grand intérêt à continuer le développement des mutuelles car ce n'est que cela qui va régler la question de l'accès aux soins du grand groupe des acteurs du secteur informel ;
		6.3	Développer d'autres stratégies afin de booster le sociétariat au sein des mutuelles de santé appuyées.	
		6.4	Mettre en place une stratégie de professionnalisation des acteurs.	Avec la nouvelle qui fait obligation à tous d'avoir une assurance maladie, le combat aujourd'hui ne devrait pas être de marchander l'implication des mutuelles de santé dans l'ARCH mais plutôt la recherche des performances ;

		6.5	Revoir la structuration et le fonctionnement interne des mutuelles pour une meilleure efficacité ;	
		6.6	Veiller au développement et à la diversification des activités en lien avec la mutualité de santé.	Il en va de sa crédibilité et de ses capacités à assurer les fonctions qui pourraient lui être confiées éventuellement dans le cadre de la délégation de gestion de la CSU.
		6.7	Rendre opérationnel et autonome le FENAMUS.	
		6.8	Continuer de faire un plaidoyer vis-à-vis de l'Etat pour faire reconnaitre les mutuelles dans le dispositif ARCH	
7	Inexistence de certains documents stratégiques et non appropriation par l'Etat de certains	7.1	Appuyer l'élaboration d'une stratégie de communion pour les mutuelles de santé	On doit veiller à ce que les personnes concernées soient très bien formés, s'approprient les approches et qu'elles soient capables d'enrôler et de fidéliser les bénéficiaires
		7.2	Appuyer l'élaboration des plans de communications pour la mise en œuvre opération des campagnes de mobilisations des mutuelles de santé,	
		7.3	Veiller à ce que les élus mutualistes et les membres des cellules mutualistes de base soient formés dans les règnes de l'art	
	A l'endroit des Unions			
8	Le taux de sinistralité dans toutes les mutuelles est élevé	8.1	Maintenir l'option de recruter des IC en appui aux MUSA et passer à l'échelle de même que les Médecin Conseil ; Continuer avec l'expérience de Médecin Conseil et d'Infirmier Conseil pour une meilleur rationalisation des dépenses dans une logique d'une meilleure maitrise des coûts ;	On devra continuer le travail des IC et des MC afin de s'assurer de l'efficacité et de l'efficience des prescriptions pour la bonne santé financière des mutuelles de santé.
9	Mobilité/Affectations des agents de santé ayant déjà une expertise dans le domaine de la mutualité et surtout en matière de sensibilisation et de gestion de contrat	9.1	Négocier pour disposer d'avance des dates probables et des plans d'affectation afin de planifier la formation des nouveaux prestataires de soins	
			Renforcer les relations avec les autorités sanitaires afin de trouver des alternatives pour prévenir ou contourner ces difficultés qui minent le développement des mutuelles sociales ;	Les Unions de par leurs relations avec les acteurs du système de santé local devront être en veille informationnelle pour la Zone Sanitaire pour éventuellement anticiper
10	Situation de faible sociétariat en général et dans le	10.1	Revoir la structuration du REMUSA en faisant l'option d'avoir au plus six (06) mutuelles communales pour tout le département	Cohabitation de mutuelles communales et mutuelles d'arrondissement. Faire en sorte qu'il n'y ait plus de mutuelle d'arrondissement

	Mono en particulier où cohabitent deux catégories de mutuelles.	10.2	Harmoniser les modalités et pratiques relatives aux cotisations et aux prises en charge ;	Toutes les mutuelles membres du REMUSA puissent bénéficier des mêmes appuis pour raison d'équité ;
		10.3	Renforcer le suivi au sein de toutes les mutuelles membres du REMUSA ;	Il ne sera plus question de 11 mutuelles de santé mais de 6 unions
				Dans le cadre de l'intégration de BORNEfonden à Plan, l'accompagnement de ces mutuelles devraient en principe se faire avec Plan. Mais rien ne se fait les mutuelles doivent prendre leur responsabilité.
11	Discrimination dans les appuis à l'endroit des mutuelles de santé membres du réseau.	11.1	Rechercher des financements additionnels pour faire face aux charges relatives à l'appui des onze mutuelles de santé en outils de travail et fonctionnement.	Discuter avec les élus pour voir comment utiliser de façon efficace, les intérêts issus du dépôt à terme à Orabank
12	Le système actuel de cotisation ne garantit pas le risque d'anti sélection et de plus n'est ni efficient ni efficace au regard des résultats obtenus	12.1	Promouvoir l'expérience d'adhésion groupée/automatique	Plus efficient ;
				Identification des groupes organisées, formations, sensibilisation sur les notions de prévoyance maladie et
				Appui à la promotion des activités génératrices de revenus impact de la maladie sur les activités et appui éventuel à leur institutionnalisation

Annexes

Annexe 1 : Niveau de réalisation des objectifs du cadre du cadre logique du Programme
Annexe 2 : Détail appréciation pertinence
Annexe 3 : Détail appréciation de l'efficience
Annexe 4 : Détail appréciation de l'efficacité
Annexe 5 : Détail appréciation de la durabilité
Annexe 6 : Liste des personnes clés rencontrées
Annexe 7 : Liste des participants aux focus
Annexe 8 : Indicateurs UEMOA
Annexe 9 : Liste des outils
Annexe 10 : Liste des personnes clés rencontrées
Annexe 11 : Liste des participants aux focus
*Annexe 18 **:** Liste de la documentation exploitée*

Annexe 1*Evolution des indicateurs au cours de la mise en œuvre du Projet*

	Indicateur de résultat		Baseline	Valeurs obtenues				
				2017	2018	2019	2020	2021
Résultat 1	**IOV1.1** Niveau de fonctionnalité des MUSA (triangle organisationnel : vouloir, pouvoir et faire)	Atacora :	NA	**65%**	**66%**	**73%**	**82%**	**86%**
		Mono :	NA	**60%**	**60%**	**65%**	**73%**	**78%**
	IOV1.2 Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)	Atacora :	**83,12%**	**137%**	**83%**	**106%**	**122%**	**126%**
		Mono :	**94,65%**	**133%**	**118%**	**92%**	**120%**	**118%**
	IOV1.3 Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et les mutuelles	Atacora :	**27%**	**50%**	**50%**	**50%**	**56%**	**50%**
		Mono :	**17%**	**17%**	**17%**	**17%**	**33%**	**33%**
Résultat 2 :	**Indicateur de résultat**		**Baseline**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
	IOV2.1 Taux de sinistralité des MUSA	**Atacora**	76,95%	114%	119%	101%	105%	107,85%
		Mono	94,08%	87%	86%	59%	86,60%	94,42%%
	IOV2.2 Niveau de fonctionnalité des Unions	**Atacora**	NA	20%	59%	68%	75%	86%
		Mono		31%	35%	51%	61%	72%
	IOV2.3 Adéquation entre le diagnostic et le traitement administré aux bénéficiaires des mutuelles	**Atacora**	82%	90%	95%	95%	92%	96%
		Mono	89%	86%	92%	88%	96%	98%
	IOV2.4 Nombre cumulé de produits d'assurances complémentaires proposés par les mutuelles et le pourcentage de pénétration de ce produit	**Atacora**	NA	NA	1	1	1	1
		Mono			16,93%	27%	17%	17%
Résultat 3 :	**Indicateur de résultat**	**Baseline**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	
	IOV 3.1 Nombre cumulé de propositions soumises par la plateforme et acceptées par les autorités de l'Etat en lien avec la AMU	0	0	0	0	0	0	
	IOV 3.2 Le CONSAMUS dispose d'une base de données fiable et actualisée	Non	Non	25%	50%	Oui : 90%	Oui 100%	
	IOV 3.3 Nombre cumulé de nouvelles pratiques diffusées ou harmonisées par la plateforme dont celles qui témoignent de la plus-value apportée par la synergie MASMUT	0	0	1	1			
Résultat 4	**Indicateur de résultat**	**Baseline**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	
	IOV 4.1 Nombre cumulé de capitalisations et de recherche-actions produites et publiées en ligne	0	1	2	2	4	4	
	IOV 4.2 Nombre de MOU signées chaque année avec des instituts d'Afrique Occidentale pour réaliser ou accompagner lesdites recherche-actions ou capitalisations	0	1	1	0	0	0	
	IOV 4.3 Importance donnée dans ces recherches et capitalisations à l'aspect genre	NA	NA	2	1	2	2	

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

N°	Nom et Prénoms	Qualité	Contact
1	GUIDIDJAGO Roland	Gérant mutuelle Houéyogbé	(+229) 96265140
2	SOUNLIN Olive	Médecin Conseil	(+229) 97565968
3	DOSSEH Huguette	Directrice exécutive REMUSA	(+229) 97717138
4	FAGNIHOUN Amour	Médecin Chef Commune Houéyogbé	(+229) 66920889
5	ZINSE gabriel	Président Groupement Pépinière "SONAGNON" de DJOTOE	(+229) 96612381
6	KOUASSI Blaise	Mutualiste Honhoué	-
7	DJOKLE Odile	Mutualiste Honhoué	-
8	ARMAND Félix	Mutualiste Honhoué	-
9	SOUTONDJI Philomène	Mutualiste Honhoué	-
10	DENONWEMAN Claire	Mutualiste Honhoué	-
11	YEHOUENOU Christine	Mutualiste Honhoué	-
12	GBOGBO Albert	Mutualiste Honhoué	-
13	TOSSOU Paulin	Secrétaire COGECS Dahè	(+229) 96499995
14	GOUKESSODE Sébastien	Sage COGECS Dahè	(+229) 94328821
15	SINHOU Antoinette	Membre COGECS Dahè	(+229) 99246964
16	GNANSSOUNOU Mireille	Sage-femme/Chef poste CS Dahè	(+229) 66395684
17	SOSSOKPE Sylvain	Pdt FENAMUS	+22961631456
18	CHABI Ramane	DE FENAMUS	+22995106910
19	Mme Juliette	Major KOUNTORI	+22962907712
20	AGLIN Alain	Major Taïcou	+22997355132
21	TIMATY Maxime	Major Dassari	+22997222745
22	Dr DOGO Anita	MC	+22995058528
23	MITCHEKPE Hyacenthe	Major	+22961328451
24	AMOUSSOU Ida	Sage Femme	+22997028697
25	DOSSEIH Huguette	Directrice REMUSA	
Focus Group avec les membres du CA de la MS Bopa			
26	EDEY Serge	President CA	
27	KODEHOU Christophe	SG	
27	OGA Isidore	President CC	
28	AGONDLO Edwige	SG CC	
29	TOHOUNE Emile	Vice president CC	
Focus Group avec les membres du CA de la MS Houeyogbe			
30	BENSAN Chatlotte	Vice president CC	
31	AMOUSSOU Nicole	Tresorier CA	
32	TOGNOSSI Thierry	SG CC	
33	COMLAN Cyril	President CA	
34	SAMA Raissa	SGA CA	
35	KOUKOUNONKOUI Jean	SG CA	
36	HOUANYE Joel	2eme Conseiller CA	
37	TOSSOU Augustin	President CC	
38	YANOU Victor	1er Conseiller CA	
39	SOSSOU Jean	Vice president CA	
Focus Group avec les membres du CA de la REMUSA			

N°	Nom et Prénoms	Qualité	Contact
40	HOUNKPE Laurent	SGA/ CA	
41	NAKOU		
42	LAKOUN	President CC/ MS Houeyogbe	
43	AMOUSSOU Nicole	Tresorier CA/ MS Houeyogbe	
44	TOSSOU Augustin	President CC/MS Houeyogbe	
45	SOSSOU Jean	Vice president CA/ MS Houeyogbe	
46	EDEY Serge	President REMUSA	
Focus Group avec les mutualistes de Kountori			
47	KOUATOTA Juliette	IDE	
48	SAMBIENI Louise	Mutualiste	
49	KOUMOU Josephine	Mutualiste	
50	MOUTOUAMA N'naké Martine	Mutualiste	
51	YANTEKOUA Gilbert	Mutualiste	
52	NAMBINAN François	Mutualiste	
53	TAOUEMA Philippe	Mutualiste	
Focus Group avec les Non mutualistes de Kountori			
54	TAOUEMA Bathelemy	Non mutualiste	
55	N'OUEMOU Koueti	Non mutualiste	
56	TCHANATE Kouti	Non mutualiste	
57	TCHAWIENI Emilienne	Non mutualiste	
58	TCHAWIENI Bienvenu	Non mutualiste	
59	SAGUE N'daame	Non mutualiste	
Focus Group avec les Non mutualistes de Cobly			
60	NAMONI Constant	Non mutualiste	
61	TAHOUEMA Jean Bosco	Non mutualiste	
62	IMOROU Issifou	Non mutualiste	
63	KARIMOU Fousseni	Non mutualiste	
64	TOUBOUDAMIN Benoit	Non mutualiste	
65	SANDA Julienne	Non mutualiste	
66	BONI Monique	Non mutualiste	
67	NAMBIMA Josephine	Non mutualiste	
68	SAMBENI Emannuel	Non mutualiste	
69	KOKOUA Noellie	Non mutualiste	
70	HOUEMOU Hélène	Non mutualiste	
Focus Group avec les mutualistes de Cobly			
71	BENDE Boniface	Mutualiste	
72	MOUTOUAMA Nicodème	Mutualiste	
73	N'TCHA Mathieu	Mutualiste	
74	KOUBIENOU Seraphin	Mutualiste	
75	NOUENOU Koiti	Mutualiste	
76	KOMBIENI Nathalie	Mutualiste	
77	KOMBIENI Leontine	Mutualiste	
78	SAMBIENI Thèrèse	Mutualiste	
Focus Group avec les membres du CA de la MS de Cobly			
79	SAOUGOU Issifou	President CA	
80	YANTEKOUA Justine	TGA/ CA	
81	TAOUEMA Marxeline	President CC	
82	TAWAGA Boniface	1er Organisateur	
83	KOLANI Samuel	Vice President CA	

N°	Nom et Prénoms	Qualité	Contact
84	KETEKPE Suzanne	2eme Organisateur	
85	TCHENATIN Moise	Conseiller	
86	GNAMMOU Yaou	SGA	
Focus Group avec les mutualistes de Materi			
87	SAMBIENI Billa	Mutualiste	
88	YARIGO Celine	Mutualiste	
89	KASSA Benoit	Mutualiste	
90	YARIGO Samson	Mutualiste	
91	SAMBIENI François	Mutualiste	
92	DOUTE Adiatou	Mutualiste	
93	IDANI Daniel	Mutualiste	
94	SAMBIENI Nouratou	Mutualiste	
95	DOUMOUDAGOU Hobo	Mutualiste	
96	TCHATI Monique	Mutualiste	
Focus Group avec les Non mutualistes de Materi			
97	TAMARA Edith	Non mutualiste	
98	TAMOUFAGA Ulrich	Non mutualiste	
99	NANTEKOUA Fabien	Non mutualiste	
100	DOTIA Loukman	Non mutualiste	
101	GNAMI Adama	Non mutualiste	
102	IDANI Christine	Non mutualiste	
103	KASSA Denise	Non mutualiste	
Focus Group avec les membres du CA de la MS de Materi			
104	KASSA Tani	President CC	
105	SAKOUA Yambangui	Conseiller	
106	YOA Adama	Vice President CC	
107	GNAMI Rosine	2eme Organisateur	
108	YANI François	Informateur	
109	YANTEKOUA Jean	SG CC	
110	YOA Paul	1er organisateur	
Focus Group avec les mutualistes de TchanhounCossi			
111	NOUATI Kokou	Mutualiste	
112	SAMBIENI Pinagui	Mutualiste	
113	KASSA Dieudonne	Mutualiste	
114	KASSA Blaise	Mutualiste	
115	KASSA Bentibi	Mutualiste	
116	SAGUI Soana	Mutualiste	
117	SAKOUA Marceline	Mutualiste	
118	SAMBIENI Ponnan	Mutualiste	
Focus Group avec les Non mutualistes de TchanhounCossi			
119	YAO Olympio	Non mutualiste	
120	DARI Mindi	Non mutualiste	
121	YANTEKOUA Nanra	Non mutualiste	
122	NOUANTI Nambieni	Non mutualiste	
123	MOUMOUNI Mariama	Non mutualiste	
124	GNARGO Nahounga	Non mutualiste	
Focus Group avec les mutualistes de Taiacou			
125	PINFA Yerima	Mutualiste	
126	BONI Nadège	Mutualiste	
127	FANKOI Bio	Mutualiste	
128	CHAWENA Eugenie	Mutualiste	
129	TCHANSI Pauline	Mutualiste	
130	KINEKOU Christine	Mutualiste	

N°	Nom et Prénoms	Qualité	Contact
131	KOUAGOU Timonté	Mutualiste	
132	BEGOU Michel	Mutualiste	
133	MAMASI Tchomé	Mutualiste	
134	NAMBONI Modeste	Mutualiste	
135	NAMBONI Donatien	Mutualiste	
136	PENDI Ponan	Mutualiste	
Focus Group avec les Non mutualistes de Taiacou			
137	BONI Azoum	Non mutualiste	
138	PENDI Ponan	Non mutualiste	
139	HENRY Ponan	Non mutualiste	
140	TAGA Albert	Non mutualiste	
141	FAKOUENOU Felix	Non mutualiste	
142	OUERIWEMA François	Non mutualiste	
143	NAMBONI Fulbert	Non mutualiste	
Focus Group avec les Non mutualistes de N'dahonta			
144	BONI Issifou	Non mutualiste	
145	SAMBIENI 1Jacob	Non mutualiste	
146	KIKONAN Réné	Non mutualiste	
147	KOUYEMAN Hélène	Non mutualiste	
148	MOUTANHOU Julien	Non mutualiste	
149	TAOUEMAN Dénise	Non mutualiste	
150	KORI Baké	Non mutualiste	
Focus Group avec les mutualistes de N'dahonta			
151	MAHARI Sidonie	Mutualiste	
152	YANTEKOUA Florence	Mutualiste	
153	KETEKOUA Anicette	Mutualiste	
154	NAMBONI Kouarou	Mutualiste	
155	KETEKOUA Tanchebo	Mutualiste	
156	TCHANARI Etienne	Mutualiste	
157	NEKOUA Ambroise	Mutualiste	
158	NAMBONI Samson	Mutualiste	
Focus Group avec les membres du CA de la MS de Tanguieta			
159	GNAMOU Affi	SGA	
160	NEKOUA Tayoman	Organisateur	
161	TOUMOUDABOU Marie	TGA CA	
162	NAMBIMAN André	Conseiller	
163	SAMBIENI Bernard	President CC	
164	SANNOUWEKOUA André	Organisateur	
165	BONI Rebecca	Tresorier	
166	YAMAN Tchoou	Membre CC	
167	IDAGNI Zin	SG/CC	
168	TECTCHEN Thomas	President CA	
169	KOUARO Jeanne	SG/CA	
170	KOTO YERIMA ABoubacar	Président CONSAMUE	
171	Christion KINERI	Directeur UMUSOP	
172	Brice TITIPO	Chargé du domaine MUSA	
173	AMETEPE Jacques	Directeur LC Afrique de l'Ouest	
174	KOTO YERIMA ABoubacar	Président CONSAMUE	
175	Christion KINERI	Directeur UMUSOP	
176	Brice TITIPO	Chargé du domaine MUSA	
177	Ernest MBOMA	Assistant Technique	

Annexe 2: Répartition des attestations de soins auditées par formation sanitaire

Formations sanitaires	Nombre d'attestations
Houéyogbé	
CS Dahè	24
CS Davè	4
CS Djibio	12
CS Doutou	8
CS Manonkpon	7
CS Houéyogbé	24
CS Adromè	9
CS Honhoué	12
CS Sè	21
CS Drè	6
CS Ahouloumè	1
Sous-Total	**128**
Bopa	
CS Lobogo	30
CS Agbodji	25
CS Possotomè	8
CS Bopa	7
CS Gbakpodji	8
CS Badazouin	6
Sous-Total	**84**
Tanguiéta	
CS Taiacou	30
CS N'Dahonta	42
Sous total	**72**
Cobly	
CS Oroukparé	45
CS Tapoga	36
CS Kountori	32
Sous total	**113**
Matéri	
CS Gouandé	67
CS Tantéga	25
CS TchanhounCossi	31
CS Matéri	29
CS Dassari	25
Sous total	**177**
Bémbèrèkè	
Ina	10
Gamia	207
Bouanri	7
Bembèrèkè	21

Formations sanitaires	Nombre d'attestations
Sous total	**245**
TOTAL	**819**

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

Annexe 3 : Liste des outils

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES LIEES A L'EVOLUTION DES ACTES MEDICAUX

GENERALITES
Date de l'enquête : / ___/___/_____/
Département : ……
Zone Sanitaire: ……...
Commune: ……..
Centre de Santé: …….
EVOLUTION DES ACTES MEDICAUX

Différents actes médicaux enregistrées dans les formations sanitaires	Evolution des actes médicaux					
	2017	2018	2019	2020	2021	Total

DECES DES MOINS DE 5 ANS DUS AU PALUDISME
Nombre de décès dus au paludisme

Items	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de décès liés au paludisme au sein de la population mutualiste					
Nombre de décès liés au paludisme au sein de la population des non mutualiste					
Nombre total de décès liés au paludisme					

REMBOURSEMENT DES MUTUELLES
Quel est le montant total par année des remboursements effectués par la mutuelle ?
Quel est le montant annuel total des parts des bénéficiaires de la mutuelle directement payes par les malades ?
Quel est le budget annuel total du financement communautaire de la formation sanitaire ?

ADEQUATION ENTRE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT ADMINISTRE
En fonction d'un diagnostic pose, questionner le traitement administré et les raisons d'une éventuelle inadéquation de traitement en lien avec le diagnostic ?

RELATIONS DE PARTENARIAT ET SUGGESTIONS

Analyse SWOT du partenariat avec la mutuelle ?

Succes	Echecs (Points à améliorer)
Opportunités	Menaces

Quelles sont vos suggestions en vue de l'amélioration du partenariat avec la mutuelle et la bonne satisfaction des mutualistes qui sollicitent vos services ?

EVOLUTION DES TAUX DE FREQUENTATION

Différents actes médicaux enregistrées dans les formations sanitaires	Evolution des taux de fréquentation dans le temps					
	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Nombre total de nouveaux cas consultés sur une période (1)						
Population totale de l'aire sanitaire (2)						
Taux de fréquentation globale ((1)/(2)*100						
Nombre total de nouveaux cas de mutualistes consultés (a)						
Nombre total de nouveaux cas reçus(b)						
Taux de fréquentation des mutualistes(a)/(b)*100						

GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP AVEC LES MUTUALISTES MEMBRES

1. Depuis combien d'années êtes-vous membre de la mutuelle ?
2. Partagez avec nous les raisons qui justifient votre adhésion à la mutuelle de santé
3. Les activités ou services offerts par les mutuelles de santé répondent-ils à vos besoins ?
4. Partagez avec nous les effets/impacts des mutuelles de santé (positif et négatif) sur votre ménage, sur les centres de santé et sur la communauté de façon générale.
5. Partagez avec nous vos relations avec les différents acteurs de mise en œuvre (dans ce cadre, parler des difficultés rencontrées, les solutions apportées à ces diverses difficultés, les aspects positifs, les aspects négatifs, les souvenirs agréables, disposition à une poursuite de telles relations
6. Agents de santé
7. Organes de gestion de la mutuelle de santé
8. Les mutualistes
9. Quels sont selon vous les avantages d'appartenir à la mutuelle de santé ?
10. Quels sont vos souhaits pour permettre à ce que la mutuelle de santé puisse fonctionner pendant longtemps encore ?
11. Qu'est ce qui bloquerait l'évolution de la mutuelle de santé ?
12. Comment peut-on redynamiser la mutuelle de santé ?
13. Que souhaiteriez-vous nous dire d'autre ?

GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP AVEC LES NON MEMBRES

1. Connaissez-vous la mutuelle de votre localité ?
2. Si oui, depuis quand entendez-vous parler de la mutuelle ?
3. Pour quelles raisons n'avez-vous jamais adhéré à la mutuelle de santé ? (ou n'avez-vous pas (ou pu) renouvelé (ler) votre cotisation ?
4. Comment est-ce que vous faites en cas de maladie ?
5. Combien avez-vous dépensé au cours de l'année dernière pour vos besoins de santé (relancez en demandant le nombre de fois où l'intéressé a dépensé au Centre de Santé ou médecine traditionnelle pour sa famille et le coût moyen d'une prise en charge afin d'approcher sa dépense totale annuelle)
6. Qu'elles peuvent selon vous les avantages d'appartenir à une mutuelle de santé ?

7. Est-ce que vous souhaitez adhérer (ou renouveler votre cotisation) à la mutuelle prochainement ?
8. Si oui, à quelles conditions ?
9. Que souhaiteriez-vous nous dire d'autres ?

QUESTIONNAIRE MENAGES MUTUALISTES

N°	Questions	Codes	Saut
	Volet A : Identification et condition de vie de l'enquêté		
A01	Numéro du questionnaire (A ne pas remplir)	/__/__/__/	
A02	Département ……	/__/__/	
A03	Commune ……..	/__/__/	
A04	Arrondissements ……	/___/	
A05	Village ou quartier de ville……		
A06	Nom et prénom du répondant (facultatif)……		
A07	Contact : (facultatif)		
A08	Ethnie: ……	/__/__/	
A09	Sexe 1 : Masculin 2 : Féminin	/__/	
A10	Age	/__/__/	
A11	Niveau d'instruction de la personne enquêtée 1 Aucun ; 2 Primaire ; 3 Secondaire 1 ; 4 Secondaire 2 ; 5 Universitaire	/__/	
A12	Niveau d'instruction du conjoint(te)	/__/	
A13	Situation matrimoniale 1 Célibataire ; 2 Marié monogame ; 3 Marié polygame ; 4 Divorcé ; 5 Veuf/Veuve ; 6 Mère célibataire ; 7 Père célibataire ; 8 Séparé	/__/	Si autre réponse que "3", passer à la question A15
A14	Si polygame combien de femmes dans le foyer ?	/__/	
A15	Nombre de personnes à charge de la personne enquêtée	/__/__/	
A16	Secteurs d'activités principales 01 Production agricole ; 02 Elevage ; 03 Commerce ; 04 Artisanat ; 05 Service 06 Administration publique ; 07 Pêche ; 8 Invalide ; 9 Chômeur ; 10 Retraité ; 11 Elève ; 12 Etudiant ; 13 Pasteur ; 14 Guérisseur traditionnel 99-Autre (à préciser) ……	/__//__/	
A17	Statut dans l'occupation 1 Indépendant ; 2 Patron (maître artisan) ; 3 Employeur ; 4 Salarié ; 5 Apprenti ; 6 Autre (à préciser)……..	/__/	
A18	Religion	/__/	

N°	Questions	Codes	Saut
	1-Catholique ; 2- Protestant ; 3-Evangeliste ; 4- Musulman ; 5-Traditionnelle ; 6- Sans religion ; 7 Autre (à préciser) …… ……		

N°	Questions	Codes	Saut
	Volet B : Couverture sanitaire		
B01	Que faites-vous souvent quand un problème de santé se pose dans votre foyer ? (l'enquêteur devra cocher le réflexe prioritaire parmi la liste) 1 Automédication 2 Consultation au centre de santé 3 Médecine traditionnelle 4 Médecine traditionnelle et moderne 5 Autre (à préciser) ……..	/__/	
B02	Connaissez-vous la mutuelle de santé de votre localité ? 1Oui ; 0 Non	/__/	
B03	Avez-vous adhéré à cette mutuelle ? 1Oui ; 0 Non.	/__/	Si oui passez à B5
B04	Si non pourquoi ? 1 Manque d'information 2 Manque de moyen 3 Service de peu de qualité 4 Autres à préciser……..	/__/	
B05	En dehors de cette mutuelle de santé, êtes-vous affilié à un autre système d'assurance santé 1Oui ; 0 Non	/__/	
B06	En quelle année avez-vous adhéré à la mutuelle ? (mutuelle principale)	……	
B07	Payez-vous régulièrement vos cotisations ? 1Oui ; 0Non	/__/	
B08	Toutes les questions ci-dessous sont à poser à tous les enquêtés Est-ce que vous avez bénéficié des prises en charge. 1 Oui; 0 Non.	/__/	
B15	Avez-vous de difficultés à cotiser ? 1Oui ; 0Non.	/__/	
B16	Pensez-vous que les cotisations sont accessibles ? 1 très accessibles; 2 Accessibles ; 3 Peu accessibles	/__/	
B17	Comment trouvez-vous l'accueil des malades dans la formation sanitaire ? 1 Bon 2 Acceptable 3 Mauvais	/__/	
B18	Comment trouvez-vous l'accueil réservé aux mutualistes dans les formations sanitaires par rapport aux non mutualistes ? 1 Meilleur 2 Pire 3 Pas de différence	/__/	
B19	Comment trouvez-vous les formalités de prise en charge ? 1 Trop lourdes 2 Lourdes 3. Simple ;	/__/	
B20	Avez-vous confiance en la gestion de la mutuelle 1Oui ; 0Non	/_/	

N°	Questions	Codes	Saut
B21	Les services offerts par la mutuelle répondent-ils à vos attentes ? 1Oui ; 0Non Si non suggestions……	/__/	
B22	Pensez-vous que les mutualistes paient plus chers que les autres dans les FS? 1 Oui 0 Non 3 NSP	/__/	
B23	Autres à préciser : ……	/__/	
B24	Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez cotisé au sein de la mutuelle ?		
B241	Je suis satisfait de la mutuelle 1 Très satisfaisant 2 Satisfaisant 3 Peu satisfaisant 4 Pas satisfaisant	/__/	
B242	La mutuelle m'a beaucoup aidé* 1Oui ; 0 Non	/__/	
B243	On est mieux soigné dans les FS que les non-mutualistes 1Oui ; 0 Non	/__/	
B244	Je voulais faire partie du groupe 1Oui ; 0 Non	/__/	
B245	Un ami m'a convaincu d'adhérer ou de rester 1Oui ; 0 Non	/__/	
B246	L'accueil dans les FS s'est amélioré 1Oui ; 0 Non	/__/	
B247	Beaucoup de personnes en parlent et cela m'a amené à me décider 1Oui ; 0 Non	/__/	
B248	La mutuelle fait ce qu'elle dit (elle ne nous a jamais déçus) 1Oui ; 0 Non	/__/	
B249	La mutuelle évite d'avoir à payer de grosses sommes (dépenses) 1Oui ; 0 Non	/__/	
B250	Je me sens plus en sécurité avec la mutuelle 1Oui ; 0 Non	/__/	
B251	La mutuelle permet de payer moins en cas de maladie 1Oui ; 0 Non	/__/	
B252	Quand je voyage, je laisse ma famille en sécurité en cas de maladie 1Oui ; 0 Non	/__/	
B253	On peut dire ce que l'on pense lors des réunions 1Oui ; 0 Non	/__/	
B254	On n'est plus seul face aux agents de santé 1Oui ; 0 Non	/__/	
B255	Depuis que vous êtes membres de la mutuelle, combien de fois avez-vous bénéficié des services de la mutuelle? (inscrire le nombre dans la case d'en face)	/__/__/	

Inventaire des besoins en santé et de prise en charge

N°	Quelles sont les maladies qui vous amènent souvent au centre de santé ?	Réponse 0 Non 1 Oui	Combien vous ont coûté les soins ?	A combien vous reviens une prise en charge

M01	Fièvre, maux tête, migraine, céphalée	/__/		
M02	Sinusite	/__/		
M03	Paludisme	/__/		
M04	Diarrhée	/__/		
M05	Maux de ventre	/__/		
M06	Fièvre typhoïde	/__/		
M07	Fièvre jaune	/__/		
M08	Tuberculose	/__/		
		/__/		

N°	Questions	Codes	Saut
	Volet D : Niveau de satisfaction		
D01	Avez-vous personnellement utilisé les services du centre durant les 3 derniers mois 1 Oui; 0 Non.	/__/	Si oui, passer à la question D03
D02	Si non pourquoi ? 1 Manque de moyens 2 Distance 3 Qualité des soins 4 Pas de besoins de service de santé 5 Autres (à préciser)…….	/__/	
D03	Comment appréciez-vous le service d'accueil au centre de santé ? 1 Très satisfaisant 2 Satisfaisant 3 Peu satisfaisant 4 Pas satisfaisant	/__/	
D04	Comment appréciez-vous la disponibilité du personnel ? 1 Très satisfaisant 2 Satisfaisant 3 Peu satisfaisant 4 Pas satisfaisant	/__/	
D05	Dans le centre de santé de votre localité, est ce que vous trouvez satisfaction à tous les besoins qui vous y conduisent ? 1Toutes les fois (5/5) ; 2 Presque toujours (4/5) ; 3 Souvent (3/5) ; 4 Parfois (2/5) ; Rarement (1/5) ; 5 Jamais (0/5)	/__/	
D06	Quels sont les prestations auxquelles vous avez droit et pour lesquelles vous ne trouvez pas de satisfaction ? 1_____ 2_____ 3_____		
D07	Etes-vous satisfaits de la gestion de la mutuelle en matière de disponibilité/Ecoute des responsables (Elus et autres dirigeants) 1 Très satisfaisant 2 Satisfaisant 3 Peu satisfaisant 4 Pas satisfaisant	/__/	
D08	Etes-vous informé des comptes rendus/bilan financier qui sont présentés annuellement par la mutuelle ? 1Oui ; 0 Non	/__/	

N°	Questions	Codes	Saut
D09	Quelles suggestions et recommandations faites-vous pour l'amélioration de l'offre de soins par les formations sanitaires ? …….....		
D10	Quelles suggestions et recommandations faites-vous pour l'amélioration de la gestion de la Mutuelle ? …….....		
	Volet E : Effets induits		
E01	Quels sont les changements positifs induits par la mutuelle sur les mutualistes que vous connaissez ? Accès facile aux soins de santé à moindre coût Considération sociale Abandon progressif de l'auto médicament Aucune idée des effets Epanouissement des familles Ne veut pas se prononcer Tranquillité d'esprit/ Plus de plaintes et craintes Aucun changement Autre a preciser	/__/	
E02	Quels sont les changements négatifs qu'aurait induit votre adhésion a la mutuelle Mauvais accueil des agents de santé Autre à preciser ……..	/__/	

QUESTIONNAIRE MENAGE NON MUTUALISTES

N°	Questions	Codes	Saut
	Volet A : Identification et condition de vie de l'enquêté		
A01	Numéro du questionnaire (A ne pas remplir)	/__/__/__/	
A02	Département ……	/__/__/	
A03	Commune ……..	/__/__/	
A04	Arrondissements ……	/___/	
A05	Village ou quartier de ville……		
A06	Nom et prénom du répondant (facultatif)……		
A07	Contact : (facultatif)		
A08	Ethnie: ……	/__/__/	
A09	Sexe 1 : Masculin 2 : Féminin	/__/	

N°	Questions	Codes	Saut
A10	Age	/__/__/	
A11	Niveau d'instruction de la personne enquêtée 1 Aucun ; 2 Primaire ; 3 Secondaire 1 ; 4 Secondaire 2 ; 5 Universitaire	/__/	
A12	Niveau d'instruction du conjoint(te)	/__/	
A13	Situation matrimoniale 1 Célibataire ; 2 Marié monogame ; 3 Marié polygame ; 4 Divorcé ; 5 Veuf/Veuve ; 6 Mère célibataire ; 7 Père célibataire ; 8 Séparé	/__/	Si autre réponse que "3", passer à la question A15
A14	Si polygame combien de femmes dans le foyer ?	/__/	
A15	Nombre de personnes à charge de la personne enquêtée	/__/__/	
A16	Secteurs d'activités principales 01 Production agricole ; 02 Elevage ; 03 Commerce ; 04 Artisanat ; 05 Service 06 Administration publique ; 07 Pêche ; 8 Invalide ; 9 Chômeur ; 10 Retraité ; 11 Elève ; 12 Etudiant ; 13 Pasteur ; 14 Guérisseur traditionnel 99-Autre (à préciser) ……	/__//__/	
A17	Statut dans l'occupation 1 Indépendant ; 2 Patron (maître artisan) ; 3 Employeur ; 4 Salarié ; 5 Apprenti ; 6 Autre (à préciser)……..	/__/	
A18	Religion 1-Catholique ; 2- Protestant ; 3-Evangeliste ; 4- Musulman ; 5-Traditionnelle ; 6- Sans religion ; 7 Autre (à préciser) ……	/__/	

N°	Questions	Codes	Saut
	Volet B : Couverture sanitaire		
B01	Que faites-vous souvent quand un problème de santé se pose dans votre foyer ? (l'enquêteur devra cocher le réflexe prioritaire parmi la liste) 1 Automédication 2 Consultation au centre de santé 3 Médecine traditionnelle 4 Médecine traditionnelle et moderne 5 Autre (à préciser) ……..	/__/	
B02	Connaissez-vous la mutuelle de santé de votre localité ? 1Oui ; 0 Non	/__/	
B04	Pourquoi n'avez-vous jamais adhéré à la mutuelle de santé ? NB : Cocher 1=Oui pour la réponse spontanée que l'enquêté a donné par rapport à la question. Ensuite, Demander à la personne laquelle des réponses ci-dessous énumérées est proche de ce qu'elle pense ; cocher 2 dans la case correspondante. Si les cases entre la réponse		

N°	Questions	Codes	Sauts
	spontanée et celle obtenue après lecture des différents points sont identiques, encercler simplement la première réponse le 1= oui.		
B041	Je ne suis pas informé 1Oui ; 0 Non	/__/	
B042	Je n'ai pas les moyens 1Oui ; 0 Non	/__/	
B043	Les cotisations sont trop chères 1Oui ; 0 Non	/__/	
B044	Les malades sont mal accueillis dans la formation sanitaire 1Oui ; 0 Non	/__/	
B045	Les mutualistes sont moins bien accueillis dans la formation sanitaire 1Oui ; 0 Non	/__/	
B046	Je n'ai pas confiance dans le projet qui demande les cotisations 1Oui ; 0 Non	/__/	
B047	Je n'ai pas confiance dans la gestion de la mutuelle 1Oui ; 0 Non	/__/	
B048	Je ne vois pas l'utilité d'adhérer à la mutuelle 1Oui ; 0 Non	/__/	
B049	Je n'étais pas présent au moment de la campagne des adhésions 1Oui ; 0 Non	/__/	
B0410	Les garanties couvertes par la mutuelle ne répondent pas à mes attentes 1Oui ; 0 Non	/__/	
B0411	Les mutualistes continuent à payer trop 1Oui ; 0 Non	/__/	
B0412	J'ai les moyens de faire face tout seul aux dépenses de santé de ma famille 1Oui ; 0 Non	/__/	
B0413	Autre à préciser……	/__/	
B05	Est-ce que vous souhaitez très prochainement adhérer à la mutuelle de santé? 1Oui ; 0 Non Si oui, à quelles conditions ? 1…… 2……. 3……..	/__/	
B17	Comment trouvez-vous l'accueil des malades dans la formation sanitaire ? 1 Bon 2 Acceptable 3 Mauvais	/__/	
B19	Comment trouvez-vous les formalités de prise en charge dans les formations sanitaires ? 1 Trop lourdes 2 Lourdes 3. Simple ;	/__/	

Inventaire des besoins en santé et de prise en charge

N°	Quelles sont les maladies qui vous amènent souvent au centre de santé ?	Réponse 0 Non 1 Oui	Combien vous ont coûté les soins ?	A combien vous reviens une prise en charge

M01	Fièvre, maux tête, migraine, céphalée	/__/		
M02	Sinusite	/__/		
M03	Paludisme	/__/		
M04	Diarrhée	/__/		
M05	Maux de ventre	/__/		
M06	Fièvre typhoïde	/__/		
M07	Fièvre jaune	/__/		
M08	Tuberculose	/__/		

N°	Questions	Codes	Saut
	Volet D : Niveau de satisfaction		
D01	Avez-vous personnellement utilisé les services du centre de santé durant les 3 derniers mois 1 Oui; 0 Non.	/__/	Si oui, passer à la question D03
D02	Si non pourquoi ? 1 Manque de moyens 2 Distance 3 Qualité des soins 4 Pas de besoins de service de santé 5 Autres (à préciser)……	/__/	
D03	Comment appréciez-vous le service d'accueil au centre de santé ? 1 Très satisfaisant 2 Satisfaisant 3 Peu satisfaisant 4 Pas satisfaisant	/__/	
D04	Comment appréciez-vous la disponibilité du personnel ? 1 Très satisfaisant 2 Satisfaisant 3 Peu satisfaisant 4 Pas satisfaisant	/__/	
D05	Dans le centre de santé de votre localité, est ce que vous trouvez satisfaction à tous les besoins qui vous y conduisent ? 1Toutes les fois (5/5) ; 2 Presque toujours (4/5) ; 3 Souvent (3/5) ; 4 Parfois (2/5) ; Rarement (1/5) ; 5 Jamais (0/5)	/__/	
D06	Quels sont les prestations auxquelles vous avez droit et pour lesquelles vous ne trouvez pas de satisfaction ? 1_____ 2_____ 3_____		
D09	Quelles suggestions et recommandations faites-vous pour l'amélioration de l'offre de soins par les formations sanitaires ? …….....		

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTORITES LOCALES

1. Qu'est-ce que vos populations attendent de vous en matière de santé

2. Que pensez-vous utiles et faisable par votre autorité pour résorber les attentes en matière de santé de vos populations
3. avez-vous prévu des interventions en santé dans votre PDC ? Si oui, pouvez nous en donner les grands axes
4. que savez-vous des mutuelles de santé ? Savez-vous qu'il y en a dans votre localité ?
5. Vous arrive-t-il de rencontrer les mutualistes ? A quelle occasion ?
6. Quels ont été vos apports aux mutuelles de santé de votre / Commune / Arrondissement ?
7. Que sont selon vous les effets induits par les mutuelles de santé dans la zone ?
8. Quel accompagnement (ou quelles contributions) êtes-vous (seriez-vous) (encore) disposé à leur apporter ?
9. Qu'avez-vous d'autre à nous dire ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC AUTORITES SANITAIRES

Quels rôles jouez-vous dans la formation sanitaire ?

Avez-vous eu connaissance des mutuelles de santé de votre localité ?
Si oui, quelles ont été vos relations (formelles ou autres) avec elles ?

Pensez-vous que ces mutuelles de santé aient eu quelque apport dans la santé des populations ?
Si oui, lesquels ?

Pensez-vous que ces mutuelles de santé aient eu quelque apport dans le fonctionnement de votre formation sanitaire ?
Si oui, lesquels ?

Que pensez-vous qu'il soit nécessaire d'améliorer dans les relations entre les centres de santé et les mutuelles de santé, entre les mutuelles de santé et les COGECS ?

Quelle(s) contribution (s) êtes-vous prêt(e) (s)(es) à apporter pour le développement des mutuelles de santé dans votre localité ?

Etes-vous prêt(s) à vous mobiliser aux côtés des promoteurs des mutuelles de santé pour l'enracinement et le développement des mutuelles de santé dans votre localité ?
Forces, faiblesses, opportunités et menaces dans les relations entre les centres de santé et les mutuelles de nutrition.
Que souhaiteriez-vous nous dire d'autre ?

OUTILS DU DEPOUILLEMENT DE L'AUDIT DES ATTESTATIONS

1. Répartition des mutualistes enquêtés selon l'âge

Tranches d'âge	Nombre de cas	Total	%
0 à 5ans			
5 à 15 ans			
15 ans à 25 ans			
25 ans et plus			
ND			
TOTAL			

2. Répartition des cas enregistrés selon les diagnostics

Diagnostics	Nombre de cas	Total	%
Total Cas			

3. Répartition du nombre de diagnostics par malade mutualiste

Nombre diagnostics par malade	Nombre de cas	Total	Pourcentage cas (%)
1 fois			
2 fois			
3 fois			
4 fois			
5 fois			
Total			

4.Répartition des cas pris en charge dont les prescriptions thérapeutiques sont jugées « correctes »

Formations sanitaires	Nombre de cas d'ordonnances dépouillées	Nombre d'ordonnances comportant une prescription correcte	% traitements jugés de corrects
Total			

Nombre moyen de médicaments et coût moyen des soins selon le niveau

Formations sanitaires	Nombre moyen de médicaments par ordonnance	Coût moyen par malade
TOTAL		

6. Estimation du coût des soins évitables

Formations sanitaires	Coût total des soins	Nombre de malades traités	Coût total des soins évitables	Pourcentage (%)

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES LIEES A L'EVOLUTION DES ACTES MEDICAUX

DEPARTEMENT…….
COMMUNE ……
ZONE SANITAIRE…….
CENTRE DE SANTE DE :……

Différents actes médicaux enregistrées dans les formations sanitaires	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Nombre total de nouveaux cas consultés sur une période (1)						
Population totale de l'aire sanitaire(2)						
Taux de fréquentation globale ((1)/(2)*100						
Nombre total de nouveaux cas de mutualistes consultés (a)						
Nombre total de nouveaux cas reçus(b)						
Taux de fréquentation des mutualistes(a)/(b)*100						

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC CA MUTUELLES et UNIONS

1. Année de démarrage des activités
2. Paquet d 'intervention ou produits d'assurance de votre mutuelle de santé et Unions
3. Différents types d'organes de gestion ? Effectif de chaque organe par sexe
4. Rôle de chaque organe
5. Partenaires avec lesquels vous collaboré dans le cadre de la mise en œuvre du projet de mutuelle de santé
6. Appréciation de vos relations avec les différents partenaires dans le cadre de ce projet. Points forts et points à améliorer avec chaque type de partenaires ;
7. Quels sont les forces et les points à améliorer dans le cadre de la contractualisation avec les formations sanitaires
8. Comment apprécier vous le niveau de fonctionnalité de votre mutuelle de /Unions
9. Quel est le niveau de fonctionnalité de votre mutuelle de santé/Unions ?
10. Quelles actions avez-vous menez dans le cadre de la lutte contre la COVID ?
11. Ces actions ont-elles été financées par la mutuelle de santé/Unions ou par un autre partenaire ;
12. Quelles sont vos relations avec CONSAMUS et la FENAMUS ?
13. Votre mutuelle de santé/Union dispose-t-elle d'une base de données ? Est-elle actualisée ?
14. Quelles sont les activités de reddition de compte que vous organisez ? A quelle fréquence ?
15. Composition et rôle de chaque membre de l'équipe dans le cadre du projet
16. Le profil des différents membres de l'équipe.
17. Que sont les actions mises en œuvre dans le cadre de l'intercommunalité ?
18. Comment aviez contribuez à l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires ?
19. Qu'elles sont selon vous les facteurs qui pourraient expliquer par moment
20. l'augmentation des coûts de soins dans les formations sanitaires ?
21. Votre dispositif de suivi des activités des mutuelles de santé
22. Forces relevées dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet
23. Faiblesses relevées dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.
24. Quelles ont été vos principales difficultés ?
25. Avez-vous des recommandations dans le cadre d'un nouveau projet ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC l'ARCH

1. Parlez un peu du RAMU et du rôle qu'il a joué dans le cadre de l'ARCH. Quels ont les forces et faiblesses ?
2. Parlez-nous du niveau d'atteinte actuel de la mise en œuvre de l'ARCH ;
3. Quelle a été la stratégie mise en place pour prendre en compte les acteurs du secteur informel agricole dans le dispositif ARCH?
4. Quelles leçons tirez-vous de cette stratégie ?
5. Avez-vous connaissance des mutuelles de santé au plan national ?
6. Si oui, quelles ont été vos relations (formelles ou autres) avec elles dans le processus de mise en œuvre de l'ARCH?
7. Quelles sont vos relations avec le Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales (CONSAMUS) ; La FENAMUS
8. Pensez-vous que ces mutuelles de santé peuvent jouer un rôle dans le dispositif de l'ARCH ? Si oui lequel ?
9. Quelles sont les perspectives par rapport à la place des mutuelles de santé dans le dispositif l'ARCH?
10. Quelles sont les études qui ont réalisées dans le cadre de la mise œuvre de l'ARCH.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LC

1. Quels sont les différents partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet ?
2. Appréciation des synergies/relations avec ces partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.
3. Quel est le niveau d'atteinte des résultats ?
4. Appréciation de l'utilisation des ressources
5. Qu'elles sont les principales réalisations du Projet en rapport avec les différents partenaires ?
6. Quels sont vos mécanismes de suivi des activités ?
7. Pourcentages des activités prévues et réalisées avec justification des écarts
8. Qu'elles ont été les forces par rapport à la réalisation de ce projet ? Vos faiblesses ?
9. Qu'elles sont selon vous les opportunités et les éventuelles menaces dans le cadre de ce projet ?
10. Que pensez-vous du niveau de renforcement des mutuelles de santé pour pouvoir continuer leurs activités sans l'appui du projet ?
11. Quelles sont selon vous, les forces, faiblesses, opportunités et menaces des mutuelles de santé ?

12. Qu'elles sont les principales leçons apprises à travers la mise en œuvre de ce projet ?

13. Qu'elles ont été selon vous les bonnes pratiques qui méritent d'être capitalisées ?

14. Les difficultés rencontrées à divers niveaux dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC CONSAMUS/FENAMUS

1. Quels sont les différents partenaires stratégiques dans le cadre du développement du CONSAMUS ?
2. Appréciation des synergies/relations avec ces partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.
3. Quels le niveau de mise en œuvre de votre plan stratégique ?
4. Quels est votre rôle dans le cadre du développement des mutuelles de santé au Bénin et en particulier dans le cadre de la mise en œuvre du projet de mutuelle de nutrition ?
5. Disposer vous d'une base de données des mutuelles de santé au plan national ? Est-elle à jour ? Quelle est la fréquence de mise à jour de ces données ?
6. Pouvez-vous nous parler de l'ARCH ? Niveau de mise en œuvre, vos relations avec l'équipe de mise en œuvre.
7. Quel est le rôle actuel des mutuelles de santé dans le cadre de la mise en œuvre de l'ARCH ?
8. Quels peuvent être les rôles ou fonction potentielles des mutuelles de nutrition dans la cadre de la mise en œuvre de l'ARCH
9. Actions de plaidoyer entreprise en faveur du développement du mouvement mutualiste et de leur intégration dans le dispositif ARCH
10. Qu'elles ont été selon vous les bonnes pratiques qui méritent d'être capitalisées
11. Quels sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces du CONSAMUS ?
12. Quels sont les forces et faiblesses de la FENAMUS
13. Que peut on dire des Unions Départementales des Mutuelles Sociales ?
14. Les difficultés rencontrées à divers niveaux dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.

Annexe 10 : Liste de la documentation exploitée

1. Community-based health insurance and the well-being of children and adults in Plan communities in Togo First progress report for Plan Netherlands Main Report May 2011
2. Maria-Pia Waelkens et Bart Criel, 2004, *État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche, Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne*, HNP Discussion Paper.
3. Christophe ADANDE, 2010 : Etude de la pérennité d'un modèle de Micro Assurance Santé en milieux rural béninois : cas de BØRNEfonden Bénin.
4. Christophe ADANDE, 2006 : *Rôle des mutuelles de santé dans le développement des communes du Bénin, cas des mutuelles de santé appuyée par BØRNEfonden BENIN dans la commune de Houéyogbé*
5. Soglohoun Pascal, 2012, *Contribution des mutuelles de santé à l'organisation de la demande des services et soins de santé en RDC*, HS2020/USAID.
6. Loi n° 2011-003 promulguée en mars 2011 institue un régime obligatoire d'assurance maladie limité pour le moment aux seuls agents de l'État.
7. UEMOA, Règlement N°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009.
8. UEMOA 2013, *Note descriptive annexe, relative aux modalités de détermination ou de calcul des indicateurs prudentiels*
9. PNDS 2012-2015, «*Programme 5: Renforcement du système de santé et du système communautaire*»
10. Ministère de la santé, 2000, Gestion communautaire en matière de santé au Togo, GTZ, MFCAC, PRSS/BM
11. Bruno Galland, Allan Boutbien, 2012 : *Guide technique de gestion d'un produit de micro assurance maladie, Version 2*
12. BIT/STEP, Atelier de réflexion sur l'élaboration d'un cadre législatif sur les mutuelles de santé, Diagnostic sur le mouvement mutualiste au Bénin, Document de synthèse, Juillet 2005
13. BIT, CIDR, Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, (STEP), Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), Tome I, Tome II, 2001
14. Diop Pathé François, Butera J. Damascène. PRIME II in Rwanda: Systèmes d'Assurance Basée sur la Communauté, Utilisation, Coûts et Financement des Soins de Santé de Base au Rwanda, Chapel Hill, NC:IntraHealth International/PRIME II Project, 2004. (PRIME Technical Report)

15. Etude de cas des mutuelles d'assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou au Bénin, CIDR – Bénin – Mutuelles d'assurance maladie – Janvier 2001

16. La concertation, Inventaire régionale des mutuelles de santé de 1997 21.
17. Maria-Pia Waelkens and Bart Criel, Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub- Saharienne, État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche, HNP Discussion Paper, Mars 2004

18. Mélanie Senelle, Les relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires : Eléments théoriques et exemples pratiques en République du Bénin, Université de Liège, 2004-2005

19. Pascal Ndiaye, Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts, Juin 2006

Autres documentations

- Rapports d'activités des mutuelles de santé
- Tableaux de bords des mutuelles de santé.
- Différents documents administratifs et financiers des mutuelles de santé
- Rapports de suivi des prestations.
- Différents rapports d'activités de la Direction Régionale de la Santé.
- Rapport de mission chargé de protection sociale
- Rapport des réunions de cadre de concertation prestataires-mutualistes.
- Rapports d'activités du Médecin Conseil.