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

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 V

RESUME VI

INTRODUCTION 5

1. BREVE PRESENTATION DU PROGRAMME 6

1.1. CONTEXTE DU PROJET 6
1.2. OBJECTIFS DU PROGRAMME 6
1.3. 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 : RAPPORT PROVISOIRE, VALIDATION ET DIFFUSION 11
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/cohérence 11
3.1.1.1. Adéquation entre les objectifs du projet et les besoins des bénéficiaires 11
3.1.1.2. Adéquation avec les politiques nationales et internationales (ODD) 13
3.1.1.3. Légitimité des unions et adéquation avec les orientations régionales 14
3.1.1.4. Niveau d'implication et contribution des bénéficiaires 15
3.1.2. Appréciation de l'efficience 16
3.2.1.1. Niveau d'exécution physiques activités programmées 16
3.2.1.2. Efficience du dispositif financier et de mise à disposition des ressources de la gestion du projet 17
3.2.1.3. Mobilisation et développement des synergies entre acteurs 18
3.1.3. Appréciation de l'efficacité 18
3.1.3.1. Niveau de réalisation des Indicateurs Objectivement Vérifiables 19
3.1.3.2. Satisfaction par rapport à la qualité des soins 24
3.1.3.3. Niveau d'utilisation et d'efficacité des services offerts par les partenaires /structures soutenues 25
3.1.3.4. Influence des facteurs externes et niveau d'adaptabilité 27
3.1.4. Appréciation de la durabilité/Impact 28
L'analyse de la durabilité a été appréciée à trois niveau à savoir : au plan financier, au niveau de la durabilité technique à travers le renforcement des capacités et au niveau de la durabilité social à travers l'appropriation. 28
3.1.4.1. Durabilité financière 28
3.1.4.2. Renforcement des capacités/Durabilité technique 29
3.1.4.3. Appropriation/durabilité sociale 30
3.1.4.1. Effets perçus par les bénéficiaires 32
3.2. THEMES TRANSVERSAUX ET ASPECTS HORIZONTAUX 39
3.2.1. Contribution à la promotion du Genre 39
3.2.1.1. Positionnement de la femme au sein des instances dirigeantes 39
3.2.1.2. Participation des femmes élues mutualistes aux instances internationales 40
3.3. ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT DU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE 40
3.3.1. Défaut de mise en place des instruments de l'UEMOA 41
3.3.2. Influence des programmes gouvernementaux d'assistance sociale 42
3.3.3. Inexistence de médecin conseil 44
3.3.4. Situation de créance des mutuelles de santé vis-vis des centres de santé conventionnés 45
3.3.5. Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des activités des mutuelles de santé, des unions et du CNCMUT 46
3.3.6. *Inefficacité du dispositif opérationnel de mobilisation sociale* 46
3.3.7. *Affectations des agents de santé formés de leur zone d'intervention* 47

4. LEÇONS APPRISES, BONNES PRATIQUES, ORIENTATIONS FUTURES ET RECOMMANDATIONS 47

4.1. LEÇONS APPRISES 47
4.2. RECOMMANDATIONS 49
Influence négative des programmes gouvernementaux d'assistance sociale sur les mutuelles de santé .. 50

ANNEXES 54

1. QUELS ROLES JOUEZ-VOUS DANS LA FORMATION SANITAIRE ? 64
1. PARLEZ UN PEU DU RAMU ET DU ROLE QU'IL A JOUE DANS LE CADRE DE L'ARCH. QUELS ONT LES FORCES ET FAIBLESSES ? 67
2. PARLEZ-NOUS DU NIVEAU D'ATTEINTE ACTUEL DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ARCH ; 67

***ANNEXE 18 : LISTE DE LA DOCUMENTATION EXPLOITEE* 68**

ANNEXE : REPARTITION DES ATTESTATIONS DE SOINS AUDITEES PAR FORMATION SANITAIRE 70

LISTE DE LA DOCUMENTATION EXPLOITEE 70

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 3ASC, 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
FOSA	Formation de Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IOV	Indicateur Objectivement Vérifiable
INAM	Institut National d'Assurance Maladie
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
PASS	Projet d'Accès aux Soins de Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
DPS	Directeur Préfectoral de la Santé
SAT	Sérum Antitétanique
SAV	Sérum Antivenimeux
SIIG	Système Intégré d'Information et de Gestion
SSP	Soins de Santé Primaire
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UMUSAS	Union des Mutuelles de Santé des Savanes
UMUS CP	Union des Mutuelles de Santé des Régions Centrales et du Plateau
USP	Unité de Soins Périphériques

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des enquêtés suivant les régions 9
Tableau 2 : Point des personnes enquêtées par localité..... **Erreur ! Signet non défini.**
Tableau 3 : Synthèse des résultats d'enquête 12
Tableau 4: Niveau de réalisation des activités programmées 16
Tableau 5: Tableau des prévisions/réalisations du projet 17
Tableau 6: Niveau de réalisation des objectifs du cadre du cadre logique du Programme..... 19
Tableau 7 : Taux d'utilisation général des services de santé (H/F) 24
Tableau 8: Appréciation de l'accueil dans les centres de santé par les utilisateurs mutualistes au cours des 3 derniers mois..... 25
Tableau 9: 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..... 25
Tableau 10 : taux de sinistralité durant la période de 2017 à 2021 28
Tableau 11 : Taux d'utilisation des services dans les deux départements 33
Tableau 12 : Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et les mutuelles 39
Tableau 13 : Evolution des effectifs des mutualistes par tranche d'âge suivant les années dans les régions centrales et du Plateau..... 42
Tableau 14 : Point des bénéficiaires prises en charge au titre des années 2020 et 2021 par les programmes d'assistance sociale..... 42
Tableau 15: Répartition du nombre de médicaments prescrits par patient, des coûts moyens, du nombre de traitement jugé incorrect et des coûts évitables 44
Tableau 16 : Situation des créances de 2017 à 2021 des mutuelles de santé vis-vis des centres de santé conventionnées des régions centrale, Plateau et Savanes..... 45
Tableau 17 : Synthèse des recommandations..... 50

LISTE DES GRAPHES

Graphe 1: Comportements des enquêtés en cas de maladies..... 12
Graphe 2 : Degré de satisfaction des mutualistes par rapport à leur besoin en soins de santé 24
Graphe 3 : Sinistralité de 2017 à 2021 28
Graphe 4: Changements positifs induits par la mutuelle sur les mutualistes..... 33
Graphe 5 : Les motivations des mutualistes pour le paiement régulièrement de leur cotisation 34
Graphe 6 : Evolution des bénéficiaires mutualistes suivant les tranches d'âge, de 2017 à 2021 43

RESUME

La présente évaluation du projet **« Accès aux soins de santé 2017-2021 en Afrique de l'Ouest » au Togo** dont l'objet était 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.

Au regard des objectifs de l'évaluation, la méthodologie adoptée est participative et structurée autour de trois méthodes d'évaluation. Il s'agit de la méthode d'évaluation de mise en œuvre ou de processus et de la méthode d'évaluation des résultats et du rendement (performance). Les critères d'évaluation utilisés sont la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience l'impact et la durabilité. Afin d'apprécier au mieux les critères d'évaluation ci-dessus mentionnés, la méthode de collecte de donnée adoptée 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 accès aux soins de santé 2017/2021 en Afrique de l'Ouest au Togo, dans son montage et avec son approche de facilitation de l'accès financier aux soins de santé est **très pertinent** en ce sens que qu'il répond aux besoins de santé de la population. De même, on observe une prise en compte des politiques en vigueur dans le pays en matière de protection sociale en général et du financement de la santé en particulier. 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. Les mesures restrictives du gouvernement liées à la COVID 19, couplées à la mise en œuvre des initiatives telles que School Assur et bien d'autres politiques d'assurance promues par le gouvernement ont affecté la mise en œuvre du projet sans toutefois empêcher l'atteinte des résultats.

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 (99,29%). Le suivi des ressources, la mise en œuvre des activités, la réalisation des produits attendus, et leur appropriation ont été adéquats.

Aussi, **son efficacité est bonne** au regard du niveau d'atteinte des objectifs du projet en dépit des facteurs externes. 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 Togo, sur sa période de mise en œuvre en a réalisé entièrement six (06) soit un taux de réalisation de 46%, partiellement six (06) soit 46% et un (01) non réalisé soit 8%. La pandémie de COVID 19 avec toutes les restrictions gouvernementales pour y faire face a limité la capacité de mobilisation sociale dans le cadre des activités de sensibilisation. En dehors de ces facteurs, les différents programmes d'assistance sociale du gouvernement ont érodé le sociétariat depuis leur lancement.

L'analyse de la durabilité a été appréciée à trois niveau à savoir : au plan financier, au niveau de la durabilité technique à travers le renforcement des capacités et au niveau de la durabilité social à travers l'appropriation**.** Globalement, la durabilité technique/sociale est bonne. Celle financière a été partiellement atteinte. En effet, les cotisations mobilisées permettent toutes seules de répondre à la mission première des mutuelles santé sans appui externe et aussi de rembourser partiellement chaque année, les dettes vis-à-vis des prestataires de soins. Toutefois, la maitrise des risques liés à l'assurance notamment la sinistralité reste et demeure un défi. Les partenaires et bénéficiaires ont été fortement impliqués à tous les niveaux de la mise en œuvre du projet. Les différents acteurs ont été renforcés sur plusieurs thématique et disposent de compétences avérées. Mais ce n'est pas suffisant car ils ne pourront pas encore mettre en œuvre seuls, toutes les activités.

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.

Thèmes transversaux appréciés à travers trois aspects

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 (Présidence CA et CC, secrétariat CA et Trésorerie) est passé de 13% à 30% au cours de la cinquième année de mise en œuvre pour la région des savanes et de 17% à 37,50% dans les régions des centrales et du plateau. Elle a été également appréciée à travers à la participation des élus mutualistes femmes deux à la journée internationale de la femme mutualiste tenue à Abidjan et sur financement du Projet d'Accès aux Soins de Santé (PASS). 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.

Les goulots d'étranglement des mutuelles de santé dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Accès aux soins de santé 2017-2021 en Afrique de l'Ouest » au Togo identifiées au cours de cette évaluation sont entre autres (i) *le défaut de mise en place des instruments de l'UEMOA ; (ii) Influence des programmes gouvernementaux d'assistance sociale ; (iii) l'inexistence de médecin conseil ; (iv) remboursement des créances des mutuelles de santé vis-vis des centres de santé sur base des cotisations acquises ; (v) Faible niveau de professionnalisation des mutuelles de santé, des unions et du CNCMUT ; (vi) Inefficacité du dispositif opérationnel de mobilisation sociale* ***; (vii)*** *les Affectations des agents de santé formés de leur zone d'intervention.*

Principales leçons apprises

- Le bénévolat en termes de gestion communautaire connait des limites surtout en matière de sacrifice et d'engagement pour assurer le développement des mutuelles à la base.

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

- L'intervention des mutuelles de santé (Médecin Conseil, suivi des prestations, plaidoyer). Le rôle d'un Médecin Conseil est clé pour garantir une bonne qualité des soins et contribue donc à la pérennité d'une MUSA. Il joue un rôle d'interface avec les prestataires de soins et régule les dysfonctionnements constatés. Le bon fonctionnement d'une mutuelle requiert l'intervention d'un médecin conseil et une bonne collaboration avec le prestataire de soins (Centre de santé) ;

- Les mini cadres de concertation couvrent l'aire de santé et permettent d'instaurer un dialogue direct entre prestataires d'un Centre de Santé conventionné et la mutuelle sans

l'intervention de l'autorité sanitaire permettent de discuter et d'avoir un certain contrôle sur des pratiques compromettant les résultats des MUSA (fraudes, surfacturations, prestations non conformes aux protocoles, gestion du médicament, etc.) ;

- La mise en place d'un cade d'échange entre offre et demande des soins de santé permet aux populations de mieux percevoir la notion de droit à la santé qui n'était pas comprise. 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'implication des MUSA dans des actions autres que la prise en charge médicale des bénéficiaires comme par exemple l'organisation de journées « formations sanitaires propres (désherbage et nettoyage des salles et halls d'attente, dotation de poubelles) » avec la participation des prestataires de soins et autorités locales a rendu plus crédibles, a augmenté la visibilité de ces mutuelles et a contribué au renforcement des liens entre les MUSA et l'offre de soins.

- Le plan de riposte mis en place par les mutuelles de santé à travers la collaboration Nord-Sud dans le cadre de la lutte contre la pandémie de coronavirus a rendu plus visible les actions de ces mutuelles et a permis de mettre en exergue le rôle que peuvent jouer les mutuelles de santé dans la prévention des maladies ;

- La mise à disposition régulière de rapports périodiques des mutuelles de santé aux différents acteurs, notamment les autorités locales permet de mieux comprendre leurs activités, de les soutenir au besoin et d'intervenir en cas de difficultés surtout financière avec l'offre de soins et contribue à rendre plus visible leurs rôles en termes de contribution à la couverture maladie universelle ;

- Une bonne communication des mutuelles de santé basée sur des évidences à l'endroit des autorités administratives, sanitaires et des prestataires de soins favorise une prise de consciences de ces derniers de l'apport des mutuelles dans l'amélioration des indicateurs sanitaires et les amène à s'engager davantage dans la sensibilisation en faveur des mutuelles et la résolution des difficultés auxquelles ces mutuelles doivent faire face ;

- Le maintien d'une proximité avec les autorités locales à travers une bonne communication vis-à-vis d'elles et leur implication dans certaines activités des mutuelles de santé favorisent une meilleure appropriation des maires et contribuent au développement du mouvement mutualiste ;

- Les mutuelles de santé dirigées par des femmes dynamiques présentent plus de chance de développement ;

- L'existence de créances des années antérieure est une frein au développement du mouvement mutualiste et fait appel à la nécessité de mettre en place des mécanismes de consolidation financière ;

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

- 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.

- 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 ;

- 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.

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

	Constats majeurs		Recommandations	Explications	Responsable
1	Collaboration interuniversitaire (Nord-Sud)	1.1	Promouvoir le partenariat universitaire Nord-Sud à l'instar du modèle développé au Bénin	– Proposition de thématiques de recherches action au profit des MUSA – Exploitation des résultats pour booster les initiatives sur le terrain en vue d'une meilleure performance des mutuelles de santé. – Promotion du partenariat « gagnant-gagnant »	LC
2	Influence négative des programmes gouvernementaux d'assistance sociale sur les mutuelles de santé	2.1	Plaider pour que l'Etat transfert les ressources aux mutuelles de santé pour assurer la prise en charge des catégories de personnes visées par les différents programmes School Assur et Wézou	– Pour éviter de faire disparaitre les mutuelles de santé ; – Les programmes gouvernementaux School Assur et Wézou tels que mis en œuvre actuellement constituent une menace pour les mutuelles de santé ; – Ils sont également discriminatoires car ne promeuvent pas l'équité au sein d'une même famille.	LC CNCMUT
4	Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des services des mutuelles de santé, des unions et du CNCMUT.	4.1	Accompagner la mise en place d'une base forte de relais communautaires bien formés sur la mutualité, la communication, le marketing social	– Recourir à la stratégie CMB – La stratégie CMB comme mode de collecte des cotisations, les bonnes pratiques sont celles qui encouragent des approches décentralisées ou de proximité, fondées sur la responsabilisation et la motivation d'agents intermédiaires. – Eviter au maximum, les relais communautaires du système de santé car ils sont déjà surchargés	**LC**
		4.2	Doter le CNCMUT 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).	– 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	LC
5	Déploiement du logiciel SIGMA	5.1	Déployer le logiciel à l'ensemble des mutuelles de santé avec prise en compte des recommandations initiales	– Mise à disposition d'une version off line de l'outil en raison de l'instabilité de la connexion internet dans les zones d'intervention des mutuelles, – Amélioration le paramétrage du sous-menu « prestations de soins », – Introduction d'un module « Contrôle médical »	LC

				– Adaptation des termes et ratios à ceux couramment utilisés dans l'environnement mutualiste.	
6	Accompagnement rapproché, appui à la consolidation et transfert de compétence par 3ASC	6.1	Revoir le rôle de 3ASC et faire de lui un partenaire stratégique en plus de ce qu'il fait déjà	– Au vu des résultats enregistrés, il serait souhaitable que LC revoie le rôle de 3ASC dans le dispositif – Il dispose d'une expertise avérée dans la santé communautaire. Il pourra accompagner la redynamisation de l'initiative CM4 accompagner la formation des acteurs,	LC
7	Défaut de mise en place des instruments de l'UEMOA	7.1	Faire le suivi de la mise en œuvre des engagements pris par Madame la Ministre	– Rappeler aux autorités ministériels les engagements pris dans ce sens – Faire des propositions de documents pour anticiper la mise en place des instruments ;	CNCMUT
8	Non structuration du mouvement mutualiste au niveau national	8.1	Accompagner le processus de mise en place de la Fédération des MUSA et le renforcement des moyens et des capacités	– Il s'agira de soutenir, à chaque niveau organisationnel, une unité technique assurant une gestion professionnelle avec une attention sur la séparation des fonctions de gouvernance et de gestion. – Veiller au renforcement des moyens et capacités de la fédération pour assurer un suivi-accompagnement de qualité des mutuelles	CNCMUT/LC
9	Limite du 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)	9.1	Promouvoir l'expérience d'adhésion groupée/automatique	– Faire un état des lieux organisations associatives assortie d'un plan d'accompagnement de renforcement des instances Il serait bon d'encourager l'émergence des femmes et des vulnérables dans la vie des MUSA et dans les instances de prise des décisions. – Nécessaire dans le cadre de la promotion des adhésions groupées ; – Identification des groupes organisées, formations, sensibilisation sur les notions de prévoyance maladie ; – Renforcer le partenariat avec les institutions de microfinance pour plus de synergie	CNCMUT/LC

10	Pratique de l'utilisation des Médecins Conseils	10.1	Recruter et instaurer le suivi des prestations par un médecin conseil ou à défaut promouvoir l'initiative infirmier conseil	– Permettra de mieux suivre l'évolution des consommations ne prestations, de minimiser les surconsommations et de renforcer la collaboration avec les acteurs du système de santé. – 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.	LC CNCMUT
		10.2	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) ;	LC CNCMUT
		10.3	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'INAM	LC CNCMUT
		10.4	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 ;	L'initiative doit être conduite par la fédération nationale avec l'appui de CNCMUT	LC CNCMUT
11	Existence de créance des MUSA vis-à-vis des centres de santé	11.1	Planifier et poursuivre les remboursements du reste des créances vis-à-vis des formations sanitaire	– Féliciter les mutuelles de santé qui ont pris l'engagement de rembourser les dettes ; – Replanifier les remboursements sur une période relativement longue convenue avec chaque prestataire de soins. Il y va de la crédibilité des mutuelles de santé. Cela éviterait que la prise en charge soit faible ;	**Unions des mutuelles**
12	Non prise en compte effective des mutuelles de santé dans le dispositif INAM	12.1	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 INAM 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 ;	Unions MUSA CNCMUT LC
		12.2	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 ;	Unions MUSA CNCMUT LC

		12.3	Développer d'autres stratégies afin de booster le sociétariat au sein des mutuelles de santé appuyées.		Unions MUSA CNCMUT LC
		12.4	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'INAM mais plutôt la recherche des performances ;	Unions MUSA CNCMUT LC
		12.5	Revoir la structuration et le fonctionnement interne des mutuelles pour une meilleure efficacité ;		Unions MUSA CNCMUT LC
		12.6	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.	Unions MUSA CNCMUT LC
		12.7	Rendre opérationnel et autonome le fédération nationale des mutuelle de santé .		Unions MUSA CNCMUT LC
		12.8	Continuer de faire un plaidoyer vis-à-vis de l'Etat pour faire reconnaitre les mutuelles dans le dispositif INAM		Unions MUSA CNCMUT LC
13	Inexistence de plateforme « Genre »	13.1	Expérimenter l'initiative de la mise en place d'une plateforme « Genre »	– Tenir compte des leçons apprises de l'expérience du Bénin pour asseoir une plateforme opérationnelle	LC
14	Pas d'activités de prévention	14.1	Expérimenter le projet de prévention sur les MNT	– Exploiter la plus-value des activités de prévention sur les MNT pour booster les adhésions ; – Exploiter les leçons apprises par rapport à l'expérience du Bénin	LC

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 »**

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) Analyse des goulots d'étranglement
(v) 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 Togo 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 la région centrale, du plateau et des savanes. 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 sur le 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 Togo est intitulé : L'accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments essentiels sûrs, efficaces, de qualité est améliorée pour les populations du secteur informel et rural des zones de Savanes, Plateaux et Centrale et ce à travers un système mutualiste communautaire, qui s'insère dans le dispositif de la couverture santé universelle (CSU) mis en place par l'Etat.

Résultats attendus du Programme

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

- **<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.

- **<u>Résultat 3</u> :** 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.

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

1.3. Acteurs opérationnels de mise en œuvre

Quatre partenaires opérationnels sont impliqués dans le programme MUSA au Togo :

- Cadre National de Concertation de la Mutualité au Togo (CNCMUT).
- Unions de Mutuelles de la Région des Savanes (UMUSAS).
- Unions de Mutuelles des Régions Centrale et du Plateau (UMUS-CP).
- Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire (3ASC).

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 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. De même il convient de signaler qu'au regard des objectifs et préoccupations relatives à la mission, une préférence a été accordée à l'utilisation des approches dites d' « évaluations centrées sur les questions ou les méthodes » qui permettent de démontrer : (i) la pertinence (raison d'être, l'ampleur des besoins à satisfaire, etc.) ; (ii) d'examiner la mise en œuvre (les progrès, le processus d'implantation, la couverture des bénéficiaires, etc.); et (iii) les performances, les effets ainsi que les impacts des interventions.

2.2.2. Principales phases de l'évaluation

L'évaluation a été menée en 4 phases à savoir : (i) la phase d'analyse documentaire et validation de l'approche générale de l'évaluation ; (ii) la phase de collecte des données sur le terrain ; (iii) la phase d'analyse des données et de rédaction du rapport ; (iv) la 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 permis de 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 stratégique de développement de la mutualité au Togo 2022-2024, la loi 2021-022 comprendre davantage le dynamisme et la vision nationale en matière de développement des mutuelles de santé au Togo. C'est également au cours de cette phase qu'une séance de cadrage méthodologique a été organisée au siège de la Direction Régionale de LC le 3 décembre 2021 en vue d'harmoniser les points de vue et valider toute la démarche méthodologique et les outils.

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 sante 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 à la mutuelle.
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 de l'INAM, 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 15% 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 277 mutualistes et 248 non mutualistes ont été enquêtés dans les 3 régions d'intervention et répartis comme suit :

Tableau 1: Répartition des enquêtés suivant les régions

Communes	Mutualiste	Non mutualiste	Total
Région Centrale	194	163	357
Région du Plateau	24	25	49
Région des Savanes	59	60	119
Total	**277**	**248**	**525**

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	Centres de santé
Région Centrale	41	42	83	14	6
Région du Plateau	40	28	68	9	6
Région des Savanes	65	61	126	20	5
Grand Total	**146**	**131**	**277**	**43**	**17**

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

Au total, 43 focus groups ont été organisés et ont impliqué 277 personnes dont 131 non mutualistes.
Sur la base d'un taux d'échantillonnage de 15%, dix-sept (17) 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 760 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 annexés au 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 et permis d'éviter des biais. 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 KoBoToolbox™ 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 en vue de mettre en exergue la richesse des informations livrées par les personnes rencontrées ; ce qui a permis d'apporter des réponses précises aux questions évaluatives. Enfin, il a été également procédé à la triangulation des données.

<u>Phase 4</u> : Rapport provisoire, validation et diffusion

Les différents rapports ont été rédigés conformément aux recommandations du commanditaire. Les observations et les suggestions d'amélioration ont été prises en compte en vue de la rédaction du rapport final.

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. Aussi, la dispersion de l'habitat a été un facteur limitant mais les dispositions prises ont permis de les contourner.

3. RESULTATS DE L'EVALUATION

3.1. Performance du projet suivi des indicateurs du CAD

3.1.1. Appréciation de la pertinence/cohérence

La pertinence a été appréciée à travers l'adéquation entre les objectifs du projet et les besoins des bénéficiaires ; l'adéquation avec les politiques internationales et nationales ; les changements majeurs qui sont intervenus, etc.

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

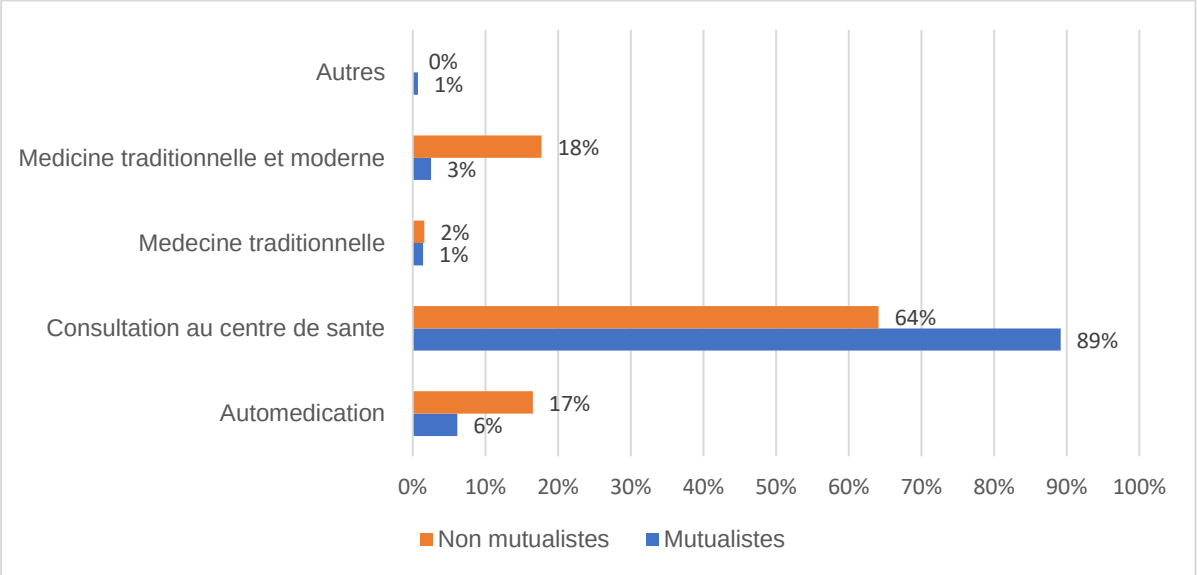
Le projet vise à garantir un accès aux soins de santé de qualité pour les acteurs du système agricole et informel ainsi que leurs familles dans les régions Centrale, du Plateau et des Savanes, via la promotion d'un système mutualiste à base communautaire. Ce système d'assurance maladie, basé sur le principe de la solidarité, réduit la contribution directe des mutualistes dans la prise en charge des soins de santé. 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 régions Centrale, du Plateau et des Savanes comme l'illustre bien le propos ci-dessous d'un mutualiste.

« Quand tu es membre de la mutuelle et qu'un membre de ta famille tombe malade, sans moyen tu peux faire soigner le malade sur présentation de ton carnet de membre. Tu as un délai raisonnable d'une semaine, pour te mettre en règle. De plus, j'ai constaté que depuis que j'ai fait adhérer les membres de ma famille à la MUSA, la fréquence des épisodes de maladie a diminué chez nous. Je me pose parfois la question de savoir si ce n'est pas une bénédiction d'être membre de la mutuelle » ***Mutualiste depuis 3 ans à la MUSA Elavagnon de l'Est 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%). En effet, 89% des mutualistes consultent systématiquement les centres de santé en cas de maladie contre 64% des non mutualistes.



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-il entré dans les habitudes des communautés. La mutuelle a facilité la fréquentation des formations sanitaires. La plupart des mutualistes rencontrés ont déclaré à 94% que les services offerts par les formations sanitaires satisfont leurs attentes.

Tableau 3 : Satisfaction des enquêtés par rapport à la qualité des services dans les centres de santé

Modalités	Nombre	%
NON	18	6%
OUI	259	94%

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

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

Adopté par le gouvernement du Togo le 3 août 2018 et officiellement lancé le 4 mars 2019, le Plan National de Développement (PND) est un document stratégique quinquennal couvrant la période 2018-2022 et qui vise à transformer structurellement l'économie togolaise à travers trois axes : **Axe stratégique 1** : Mettre en place un hub logistique d'excellence et un centre d'affaires de premier ordre dans la sous-région ; **Axe stratégique 2**: Développer des pôles de transformation agricole, manufacturiers et d'industries extractives et **Axe stratégique 3**: Consolider le développement social et renforcer les mécanismes d'inclusion

L'axe stratégique 3 vise à consolider le développement social et renforcer les mécanismes d'inclusion. Il a pour vocation première de renforcer les capacités institutionnelles et humaines appropriées pour relever les défis de développement formulés dans les axes 1 et 2. Il contribue à garantir la réalisation de l'ensemble des droits et libertés en vue du renforcement de la cohésion sociale. En outre, il vise à assurer la prise en compte effective des principes fondamentaux d'équité, d'inclusion et de durabilité dans l'ensemble du processus de mise en œuvre du PND.

Par ailleurs, la loi 2021-O22 portant Assurance Maladie au Togo (AMU) institue le cadre légal et institutionnel d'une couverture santé universelle dans l'esprit de l'ODD3 et des principes de la convention n°102 sur la sécurité sociale (norme minimum), 1952 de l'Organisation internationale du travail (OIT) ratifiée par le Togo.

« Elle s'aligne également sur les autres normes internationales du travail pertinentes, notamment la Convention n° 130 de 1969 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie et la Recommandation 202 de 2012 relative aux socles de protection sociale ».

« Le texte voté par le parlement institue un système global, cohérent et intégré d'assurance maladie universelle composé d'un régime d'assurance maladie obligatoire (RAMO) et d'un régime d'assistance médicale (RAM). Il couvre les risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité, tout en maintenant une logique de prévention favorisant l'éducation sanitaire de la population ».

« Une délégation de gestion est prévue et le mouvement mutualiste se prépare pour répondre à ce rendez-vous important. Il est à présent attendu les décrets d'application pour savoir la place réservée à la mutualité sociale dans la mise en œuvre ».

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 Togo au regard de ses objectifs et des résultats obtenus est en accord avec les politiques internationales (ODD) et nationales (Le plan stratégique de développement de la mutualité au Togo 2022-2024 Plan Stratégiques des mutuelles de santé, la loi 2021-022 instituant l'Assurance Maladie Universelle au Togo

3.1.1.3. Légitimité des unions et adéquation avec les orientations régionales

Au Togo, 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[2] 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 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

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

- [2] 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)

déploiement est conçu en prenant en compte les exigences de cette règlementation de l'UEMOA.

3.1.1.4. 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 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 faite 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 les trois (03) régions (centrales, plateau, le ticket modérateur est de 50% pour les petits risques avec un plafonds de 5000 FCFA et de 50% pour les gros risques avec un plafond de 8.000. Dans la région des Savanes, il est de 30 à 40% avec le même système de plafonnement selon qu'on soit en face des petits ou de gros risques.

Le projet accès aux soins de santé 2017/2021 en Afrique de l'Ouest au Togo, dans son montage et avec son approche de facilitation de l'accès financier aux soins de santé , est pertinent. Il répond aux orientations politiques et stratégiques du pays et de la sous-région en matière d'assurance maladie, aux ODDs et aux besoins 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.

« Avant d'être membre de la mutuelle de santé, je ne pouvais quitter ma maison avec moins de 5000 FCFA pour amener un malade dans un centre de santé et espérer recevoir les soins. Depuis que j'ai adhéré à la mutuelle, on hésite moins à aller aux soins parce qu'avec moins de 2500 FCFA tu peux te faire soigner. C'est une très bonne chose d'être membre de ma mutuelle. » Un mutualiste de Blitta.

« L'intervention a contribué à sauver des vies humaines. L'automédication a diminué dans nos communautés. Il en est de même de l'utilisation incontrôlée des tisanes. On note aussi la régression des cas de bradage des biens pour faire face aux problèmes de santé des membres des familles. Il faut aussi souligner qu'il y a de moins en moins des cas sociaux dans notre centre de santé. Le niveau de recettes augmente aussi au CMS de Korbongou. »agent du CMS de Korbongou

Il convient de faire remarquer que l'adéquation avec les attentes et besoins des bénéficiaires décrite ci-dessus est soutenue par une stratégie souple en lien avec la gestion de la Covid. En effet, au cours de la mise en œuvre du projet accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments essentiels sûrs, efficaces, de qualité est améliorée pour les

populations du secteur informel et rural des zones de Savanes, Plateaux et Centrale, le changement majeur intervenu a été la survenue de la pandémie COVID 19. Un plan de riposte a été mis en œuvre grâce financement de la DGD et de LC et avec une implication effective des autorités communales et sanitaires a permis de mener des actions très efficaces de prévention et de rendre davantage visibles les mutuelles de santé. Malgré cette pandémie, les mutuelles de santé ont continué leurs activités et notamment, la facilitation de l'accès aux soins de santé des populations bénéficiaires.

Au total, la pertinence a été très bonne car le lien entre les objectifs/activités du projet et les besoins des bénéficiaires est très fort. Aucun changement majeur ne s'est produit dans le contexte et n'a affecté de manière sensible l'atteinte des résultats

Pertinence	A	B	C	D
	X			

3.1.2. Appréciation de l'efficience

L'appréciation de l'efficience s'est intéressée au lien entre les moyens financiers déployés et les résultats atteints, tout en prenant en compte le dispositif de gestion du projet et le respect des calendriers.

3.2.1.1. Niveau d'exécution physiques activités programmées

Tableau 4: Niveau d'exécution physique des activités programmées

Les résultats du programme	Taux de réalisation globale des activités planifiées pour l'atteinte des résultats
➢ **Résultat 1 :** Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 6 mutuelles de base sont améliorées	62%
➢ **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	**70%**
➢ **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.	**83 %**
➢ **Résultat 4 :** Les connaissances et expériences acquises sont produites, mise en évidence et diffusées	75%
Moyenne	**72.5%**

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, les activités ont été réalisées en grande partie. Le niveau d'exécution global est autour de 72% par rapport aux prévisions. Le gap est essentiellement justifié par les mesures restrictives liée à la pandémie de qui n'a pas permis de mettre en œuvre certaines activités comme la non tenue des rencontres périodiques de 2020 et de 2021 du Cadre de Promotion des Mutuelles de santé promues par LC (CP MUSA) et la réunion de synergie entre acteurs MUSA et SAE qui permet d'évaluer les interactions entre les 2 domaines et de planifier les synergies pour l'année suivante. Toutefois il convient de relever l'effort louable fait qui a permis d'exécuter la quasi-totalité des activités en lien avec le **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* ». Aussi, toutes les activités au niveau communautaire (sensibilisation, promotion, réunions, formations, Assemblées Générales …) étaient-elles rigoureusement interdites à un certain moment et n'ont pas permis aux mutuelles de mettre en œuvre sereinement l'ensemble des activités planifiées. Par ailleurs, un réaménagement budgétaire en faveur de l'organisation au niveau du CNCMUT dans le cadre de la tenue de l'atelier de validation du plan stratégique de développement de la mutualité sociale (non prévu au budget initial) a nécessité la non mise en œuvre de certaines activités prévues initialement par exemple en 2022.

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 moyens 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
OS3	1 336 716,00	1 327 226,00	99,29%
Investissement	71 422	74 372,00	104,13%
Missions	129 110	121 201,00	93,87%
Fonctionnement	151 117	147 980,00	97,92%
Formations et ateliers	205 553	221 809,00	107,91%
Autres	134 766	95 839,00	71,12%
Personnel	644 748	666 025,00	103,30%

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

Une analyse rapide de la consommation des ressources financières laisse transparaître que celles-ci ont été engagées globalement à 99.29%. Les dépenses d'investissement prévues ont été réalisées et ayant occasionnées un dépassement concernent essentiellement l'acquisition de motos, d'équipements informatiques et le fonds de crédit.

3.2.1.3. Développement des synergies 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 la région centrale, du plateau et des savanes, 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.

Dans le cadre du dialogue entre offre et demande de soins, des mini cadres de concertation 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 sanitaire et les mutualistes qui les fréquentent. Ils se déroulent en présence de l'équipe technique et de quelques élus de la mutuelle. Ce type de dialogue contribue à l'amélioration de la qualité à travers les dimensions de ***l'accueil, de l'efficacité et de l'efficience des soins, de la rupture des médicaments, de la continuité des soins*** et par conséquent à la satisfaction des mutualistes.

.

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 (99,29%). 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.
Le score pour l'efficience est donné ci-dessous.

Efficience	A	B	C	D
	X			

3.1.3. 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.

3.1.3.1. 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 du cadre logique du Programme

OS: L'accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments essentiels sûrs, efficaces, de qualité est améliorée pour les populations du secteur informel et rural des zones de Savanes 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					
Indicateurs de l'OS	***Zone***	***Baseline***	***Cible attendue fin du projet***	***Résultats obtenu fin 2021***	***Commentaires***
IOV 1 : *Taux de létalité comparé du paludisme (H/F)*	*Savanes Mutuelles*		<1%	0%	Dans toutes les régions objet de la présente étude, 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
	Savanes Population	40%		ND	
	Centr/Plat Mutuelles			0,09%	
	Centr/Plat Population	15%		ND	
IOV 2 : *Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (G/F) bénéficiant de l'assurance santé mutualiste*	*Savanes Mutuelles*	Togo : 49‰ (H : 58‰ et F : 47‰)	< 35‰	0‰	
	Savane Population			0 ‰	
	Centr/Plat Mutuelles			0 ‰	
	Centr/Plat Population			0 ‰	
Résultat 1 : Le sociétariat, le professionnalisme et la gouvernance des 6 mutuelles de base sont améliorés					
Indicateur de résultat		**Baseline**	**Attendu**	**Obtenu**	
	Savanes	ND	85%	85%	

IOV1.1. Niveau de fonctionnalité des MUSA (triangle organisationnel : vouloir, pouvoir et faire)	Centr/Plt			83%	Au cours de la mise en œuvre du projet, la fonctionnalité des mutuelles a été améliorée à travers l'atteinte de cet objectif. Les points forts qui y ont contribué concernent plusieurs aspects notamment i) le niveau de conscience des administrateurs par rapport à leurs rôles et responsabilités ii) la maîtrise des indicateurs de suivi par les gérants, iii) le climat constructif dans la concertation avec les prestataires de soins, iv) l'adaptation des modalités de paiement des cotisations ; v) la gestion avec prudence des relations avec les politiciens v) l'intégration aux activités régaliennes les actions préventives (sensibilisation sur les mesures barrières à la propagation de la COVID 19) et vii) l'équilibre entre la responsabilité personnelle et collective des administrateurs pour leurs décisions prises. Cependant, certains points faibles identifiés n'ont parmi d'aller delà des résultats obtenus. Il s'agit de la faiblesse voire l'inexistence de réserves financières et du faible investissement dans les actions préventives. Dans les Régions Centrale et des Plateaux, un point faible relatif à l'analyse des prestations de soins et qui est une conséquence de l'absence de Médecin Conseil a été relevé. Ces aspects doivent être pris en compte dans le cadre des interventions futures afin de renforcer davantage la fonctionnalité des mutuelles de santé.
IOV1.2 : Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)	Savanes	92%	Entre 80% et 120%	90%	L'analyse des données indiquent à priori, l'intérêt que portent les mutualistes par rapport aux produits développés. On note que dans les Régions Centrale et des Plateaux, un effort reste à faire pour une meilleure maitrise du recours aux soins de santé. Cela contribuerait à un contrôle de la sinistralité. La présence d'un Médecin Conseil est indispensable.
	Centr/Plt	139,90%		147%	
IOV1.3. : Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et les mutuelles	Savanes	13%	45%	30%	De 2017 à 2021, l'occupation de ces postes par des femmes est passée de 13% à 30% dans les mutuelles et Unions de la Région des Savanes et de 17% à 37,5% dans celles des Régions Centrale et des Plateaux. 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).
	Centr/Plt	17%	45%	37,50%	
IOV1.4. : Taux de croissance brute cumulée des mutuelles permet d'atteindre un minimum de 5.000 bénéficiaires par mutuelle	Savanes	8.013 bénéf	'+45%	3.232(-59%)	Plusieurs facteurs ont contribué à la non réalisation de cet objectif. En effet, les mutuelles de santé ont évolué dans des environnements très défavorables, avec des actions de l'Etat (School Assur et Programme « Wezou) qui ont hautement concurrencé les initiatives dans le secteur de la mutualité sociale. Pour le programme school Assur, la cible de 5 à 18 ans, au moment du lancement en 2017, constituait une part importante du sociétariat des mutuelles. Mais dans le temps; elles se sont ainsi trouvées amputées la quasi-totalité des bénéficiaires de cette tranche d'âge du fait du mécanisme d'exemption de ces systèmes promus par l'Etat. La mise en œuvre du « Wezou » qui est dédié à la prise en charge des soins de santé de la femme enceinte et du nouveau-né a privé également les mutuelles d'un service qu'elles offrent déjà à leurs membres. Aussi, plusieurs actions n'ont pu être mise en œuvre comme le renforcement des capacités des CMB dans les régions centrales et du plateau ; l'organisation des assemblées générales ordinaires annuelles des mutuelles et Unions (non tenues en raison des interdictions de se rassembler) ; la formation/recyclage des élus sur le concept et la gouvernance d'une mutuelle et l'organisation des activités dans les écoles sur l'hygiène et l'assainissement en faisant le lien
	Centr/Plt	21.132 bénéf		6.575(-69%)	

					avec les mutuelles de santé. D'autres ont été partiellement mise en œuvre comme par exemple la sensibilisation et collecte des cotisations ; la poursuite de la sensibilisation sur la prévention du Covid-19 ; la promotion des mutuelles ; le renforcement des capacités des CMB dans la région des Savanes. Il convient aussi de faire constater qu'un autre facteur a contribué à la faible performance des mutuelles de santé. Il s'agit du manque d'accompagnement de l'Etat.

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

Indicateur de résultat	Régions	Baseline	Attendu	Obtenu	
IOV2.1. : Taux de sinistralité des MUSA	Savanes	62,61%	Entre 70% et 80% partout	60,06%	L'absence d'un professionnel pour analyser les prestations offertes aux mutualistes engendre des coûts facturés assez élevés. Il s'agit principalement du suivi et de l'analyse du nombre et du montant des prestations prises en charge ; de la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge ; des coûts moyens des prestations prises en charge et les taux d'utilisation des services par les bénéficiaires (ou fréquences de risques). De même, la non mise en œuvre des activités comme l'analyse des prestations de soins données aux mutualistes par les FOSA ; la gratification du meilleur prestataire de soins ; le suivi et amélioration du SIG, l'audit croisé des comptes des mutuelles et restitution aux élus des mutuelles et de l'union ; l'organisation de supervision conjointe des centres de santé conventionnés ; la supervision dans les CS conventionnés
	Centr/Plt	109,94%		97,15%	
IOV2.2. : Ratio cotisation perçues/total des charges directes (prestations et fonctionnement)	Savanes	50%	80%	41%	Les activités dont la mise en œuvre devrait faire appel à la mobilisation communautaire ou du personnel technique n'ont pu se tenir. Il s'agit de la création, de la mise en place et de l'animation de la plateforme « Genre », de la formation et de la mise en place d'un nouveau SIG; l' harmonisation du paquet de soins au niveau de toutes les mutuelles membres de l'union.
	Centr/Plt	54.77%		36%	
IOV2.3. : Adéquation entre le diagnostic et le traitement administré aux bénéficiaires des mutuelles	Savanes	81%	>95%	88%	La baisse de ce taux enregistré se justifie par le fait que cette zone ne dispose plus d'un Médecin conseil à plein temps. L'UMUSAS sollicitant donc depuis 2 ans les prestations ponctuelles d'un de ses anciens Médecins Conseils. Or, la fonction de médecin conseil est une fonction critique pour la mutualité. Il intervient dans les centres de santé où son travail d'analyse révèle des biais de prescription afin d'instruire le personnel soignant sur les prescriptions optimales. Il s'agit là d'une formation continue. Tout ce travail est présenté au cours des réunions de cadre de concertation. Dans les Régions Centrale et des Plateaux, faute de Médecin Conseil, les mutuelles organisent des mini cadres de concertation qui réunissent les mutualistes et prestataires de
	Centr/Plt	75%		ND	

					soins d'une aire sanitaire pour discuter des problèmes de prise en charge afin de leur trouver des solutions.
IOV2.4. : Nombre cumulé de produits d'assurances complémentaires proposés par les mutuelles et le pourcentage de pénétration de ce produit		NA	2 >25%	3 100% 3ASC, ESOP, SOS	
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					
Indicateur de résultat		**Baseline**	**Attendu**	**Obtenu**	
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	2 (parrainage du PS de la mutualité)	
IOV 3.2. : Niveau de fonctionnalité des structures partenaires (CNCMUT, Union Plateaux et Savanes)	CNCMUT	40%	75%	71%	Plusieurs actions ont permis de contribuer à l'amélioration de la fonctionnalité des structures partenaires telles que CNCMUT, l'Union Plateaux et Savanes, l'UMUS CP. Il s'agit principalement de la cconduite d'actions de plaidoyer pour plus de cohérence dans la structuration du mouvement mutualiste, de la participation du CNCMUT aux rencontres nationales sur la CMU, de l'organisation des journées régionales de la Mutualité et de l'adoption de la loi sur l'assurance maladie universelle au Togo. Cependant, l'équipe a relevé des facteurs qui ont contribué à la non atteinte de ces objectifs. Il s'agit entre autres de la jeunesse de l'UMUSCP qui ne dispose pas encore d'unité technique, de la non-tenue des Assemblées Générales en raison de la situation de la pandémie et la difficulté de regrouper les populations et le renouvellement important au sein de l'unité technique de l'UMUSAS (5 démissions ont été enregistrées dont 3 gérants de mutuelles au cours de la mise en œuvre eu projet). De même, la mise en œuvre partielle de certaines activités y a contribué. Il s'agit des activités comme par exemple, le soutien de communication pour la conception et la diffusion des messages de sensibilisation des unions avec l'implication des bénéficiaires des mutuelles (émissions radio, spots, affiches, boîtes à images) y compris les frais de production et de diffusion ; des actions de visibilité(publicité et marketing) et de l'appui à la dynamique d'harmonisation des pratiques des MUSA au niveau national (outils de gestion, logiciel de gestion de données, approches, indicateurs de suivi, etc.)
	UMUSAS			66%	
	UMUS CP			50%	
Résultat 4 : Les connaissances et expériences acquises sont produites, mise en évidence et diffusées					
Indicateur de résultat		**Baseline**	**Attendu**	**Obtenu**	

IOV 4.1 : Nombre cumulé de capitalisations et de recherche-actions produites et publiées en ligne		NA	2	4	De 2017 à 2021, 4 expériences ont été capitalisées sur les 2 prévues, soit un taux de réalisation de 200%.
IOV 4.2 : Nombre de MOU signées chaque année avec des instituts d'Afrique occidentale pour réaliser ou accompagner lesdites recherche-actions ou capitalisations		NA	1	1	L'équipe d'évaluation a relevé comme principaux facteurs ayant contribué à l'atteinte de cet objectif, l'organisation de l'atelier de revue du programme 2017-2021 de la DRAO ; l'évaluation du programme MUSA 2017-2021 et la formulation du programme 2022-2026
IOV 4.3 : Importance donnée dans ces recherches et capitalisations à l'aspect genre		NA	2,5	1	Le Cadre de Promotion des Mutuelles de santé promues par LC (CP MUSA n'a pu se tenir en 2020 toujours pour des mesures liées à la pandémie de coronavirus : fermeture des frontières et interdiction de se réunir. Il en est de même pour la réunion de synergie entre acteurs MUSA et SAE qui permet d'évaluer les interactions entre les 2 domaines et de planifier les synergies pour l'année suivante.

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

Indicateurs	Nombre	%
	8	53
	6	40
	1	7

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 Togo, sur sa période de mise en œuvre de 2017 à 2021, en a réalisé totalement six (06) soit un taux de réalisation de 46%, six (06) partiellement réalisés soit 46% et une (01) non réalisé soit 8%. Globalement le niveau d'atteinte des objectifs est bon.

3.1.3.2. Satisfaction par rapport à la qualité des soins

Le taux d'utilisation indique l'intérêt des mutualistes par rapport aux produits qui leur sont proposés. On peut constater à travers les chiffres du tableau ci-dessous, une large utilisation des services aux cours de la période de mise en œuvre du projet accès aux soins de santé 2017/2021 au Togo

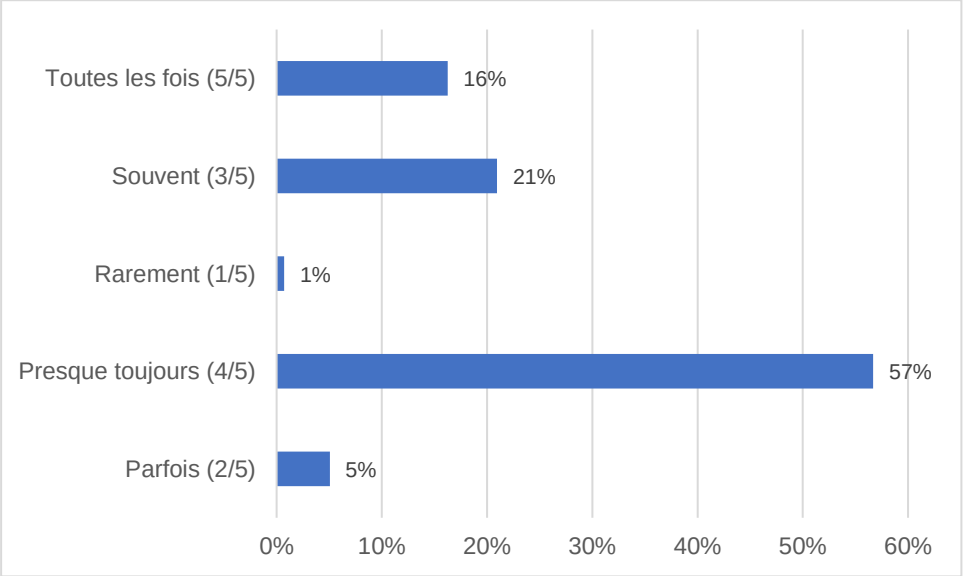
Tableau 7 : Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)

Indicateur de résultat	Régions	Baseline	2017	2018	2019	2020	2021
Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)	Savanes	92%	109%	88%	90%	107%	90%
	Centr/Plt	139,90%	143%	125%	146%	159%	147%

Source : Rapport annuels projet accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest au Togo

Toutefois, dans les Régions Centrale et du Plateau, un effort reste à faire pour mieux contenir le recours aux soins de santé afin d'éviter une sinistralité trop élevée qui est souvent source de déficit financier. En effet, la norme devrait être entre 80% et 120%.

L'analyse du tableau ci-dessus indique que les services des mutuelles de santé ont été largement utilisés au cours de la période de mise en œuvre du projet. Dans la majorité des cas, les mutualistes sont satisfaits des services offerts dans les centres de sante conventionnes quand ils y vont. 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 sante conventionne au cours des trois derniers mois ont montré que 96% d'entre eux donnent au moins la note de 3 sur 5. Parmi eux, 16% ont déclaré qu'ils sont toutes les fois satisfaites des prestations et 57% le sont presque toujours comme le montre le graphique ci-dessous. 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 sante conventionnes pour améliorer la qualité des prestations dans les centres de santé.
Les enquêtes de terrain réalisées dans le cadre de l'étude ont confirmé cette tendance à travers les résultats consignés dans les graphes et tableaux ci-dessous :



Graphe 2 : Degré de satisfaction des mutualistes par rapport à leur besoin en soins de santé
Source : Construit à partir des données collectées, janvier 2022

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%**	**2%**
Peu satisfait	6%	12%
Satisfait	77%	82%
Très satisfait	17%	4%

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

De l'analyse du tableau, il ressort que 94% des 277 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 86% des 248 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.

Toutefois, des disparités sont observées quand l'on s'intéresse spécifiquement aux différentes préfectures d'intervention. En effet, dans la préfecture de Blita, 2% des enquêtés ont déclaré ne pas être satisfait de l'accueil dans les centres de sante conventionnes ; et dans les préfectures de Est Mono et Tchaoundjo, respectivement 27% et 21% des enquêtés ont déclaré être peu satisfaits de l'accueil réservé dans les centres de sante conventionnés.

3.1.3.3. 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 INAM). 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 au cours de la période de mise en œuvre du projet sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 9: 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		***Baseline***	***2017***	***2018***	***2019***	***2020***	***2021***
IOV 1 : *Taux de létalité comparé du paludisme (H/F)*	*Savanes Mutuelles*		0,23%	0,16%	0,84%	0%	0%
	Savanes Population	40%	41%	16,50%	48,80%	4,51%	ND
	Centr/Plat Mutuelles		0,30%	0,50%	0%	0%	0,09%
	Centr/Plat Population	15%		3%	4,25%	4,25%	ND
IOV 2 : *Taux de mortalité des enfants*	*Savanes Mutuelles*	Togo : 49‰	1,01‰	0‰	1,6‰	0‰	0‰

de moins de cinq ans (G/F) bénéficiant de l'assurance santé mutualiste	*Savane Population*	(H : 58‰ et F : 47‰)	6.3 ‰	28‰	25‰	1,2 ‰	0 ‰
	Centr/Plat Mutuelles		0,93‰	1,5‰	0‰	0 ‰	0 ‰
	Centr/Plat Population			3‰	2,5‰	2,5 ‰	0 ‰

Source : Rapports annuels du projet accès aux soins de santé 2017/2021

De l'observation du tableau, il ressort que dans la région des savanes, le taux de létalité comparée du paludisme a évolué en dent de scie au cours de la mise en œuvre du projet passant de 0,23% en 2017 à 0% en 2021. On note donc une tendance globale baissière de ce taux. Il a chuté de 2017 à 2018(0,16%) avant de connaitre une augmentation en 2019(0,84%). En effet, cette augmentation est le seul pic observé au cours de la mise en œuvre du projet. Toutefois, ce taux est passé à 0% au cours des deux dernières années.

Au sein de la population générale dans cette région, on note pratiquement les mêmes tendances de 2017 à 2021 avec quelques petites nuances. Il est passé de 41% en 2017 à 4,5% en 2020 avec également un pic au cours de la même année en 2019 où il était de 48.80%

Dans cette région, c'est au cours de l'année 2019 que les populations mutualistes et celle générale ont connu plus de cas de paludismes graves. Mais, le nombre de cas de paludisme grave a plus que doublé dans la population en général de la Région des savanes passant de 16,50% en 2018 à 48,8% en 2019. Alors que celui des mutualistes est passé de 0,16 en 2018 à 0,84 en 2019.

Dans les Régions centrales et du Plateau, on note une tendance baissière à partir de 2018 en ce sens que l'indicateur passe de 0,50% en 2018 pour 0.09% en 2021.
Par rapport à la population générale, avec un taux d'environ 15% comme situation de référence en 2017, il est passée à 3% en 2018 et est resté constant à 4,25% en 2019 et en 2020.

En ce qui concerne le taux de mortalité des enfants des mutualistes de moins de cinq ans, dans la région des Savanes, il est passé de 1.01‰ en 2017 à 0‰ en 2018 et à 1.6‰ en 2019. Mais à partir de 2020, ce taux a chuté à 0‰ et est demeuré à ce niveau jusqu'à la fin du programme. On note également que le plus fort taux de mortalité dans cette région a été enregistré au cours de l'année 2019(1,6‰).

Toujours dans cette région, on note que par rapport à la population générale, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 6,3‰ en 2017 à 28‰ en 2108 où il a connu son pic avant de décroitre à 25‰ en 2019, à 1,2‰ en 2020 et 0‰ en 2021.

Dans les régions centrales et du Plateau, avec un taux de mortalité des enfants mutualistes de moins de cinq de 0,93‰ en 2017, on est à 1,5‰ en 2018. Ce taux a chuté à 0‰ les trois dernières années de mise en œuvre. Les mêmes tendances sont observées au sein de la population en générale. Il est passé de 3‰ en 2018 à 2,5‰ en 2019 et en 2020 avant de s'annuler à 2021.

Par ailleurs, l'analyse des données montre aussi que durant toute la période de mise en œuvre du projet accès aux soins de santé 2017 2021 au Togo, 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.

Les résultats de toutes ces analyses confirment 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 facilite 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 Togo. Toutefois, il convient de faire remarquer que, l'amélioration de l'état de santé des populations n'est pas le seul fait des mutuelles, elles y contribuent. Selon le rapport mondial 2019 sur le paludisme, au Togo, l'incidence du paludisme a régressé de plus de 25% entre 2015 et 2018 et la mortalité a régressé de 8% sur la même période. La mortalité spécifique due au paludisme est passée de 0,3‰ en 2011 à 0,12‰ en 2018. La létalité, quant à elle, est passée de 3,1% en 2011 à 2,4% en 2018 chez les adultes et de 6,5% à 3,5% chez les enfants de moins de 5 ans sur la même période. En dépit de ces résultats et des efforts consentis par le gouvernement togolais et les partenaires, des défis restent à relever. Le 25 avril est la date retenue pour la commémoration de la lutte contre le paludisme dans le monde. L'édition de l'année 2021 a été placée sous le thème « Zéro Palu –Tirer un trait sur le paludisme ». Cette célébration est une occasion pour tous les acteurs de réfléchir à l'évolution et la mise en œuvre des stratégies pour l'élimination du paludisme comme problème de santé publique.

3.1.3.4. 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 cette pandémie 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 les mutualistes et ses différents partenaires.
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.

De façon globale, l'efficacité du projet est bonne au regard du niveau d'atteinte des objectifs du projet en dépit des facteurs externes. 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 en Afrique de l'Ouest 2017/2021 au Togo, sur sa période de mise en œuvre en a réalisé totalement six (06) soit un taux de réalisation de 46%, six (06) partiellement réalisés soit 46% et un (01) non réalisé soit 8%. La pandémie de COVID 19 avec toutes les restrictions gouvernementales pour y faire face a limité la capacité de mobilisation sociale dans le cadre des activités de sensibilisation. En dehors de ces facteurs, les différents programmes d'assistance sociale du gouvernement ont érodé le sociétariat depuis leur lancement. Le score pour l'efficacité est donné ci-dessous.

Efficacité	A	B	C	D
		X		

3.1.4. Appréciation de la durabilité/Impact

L'analyse de la durabilité a été appréciée à trois niveau à savoir : au plan financier, au niveau de la durabilité technique à travers le renforcement des capacités et au niveau de la durabilité social à travers l'appropriation.

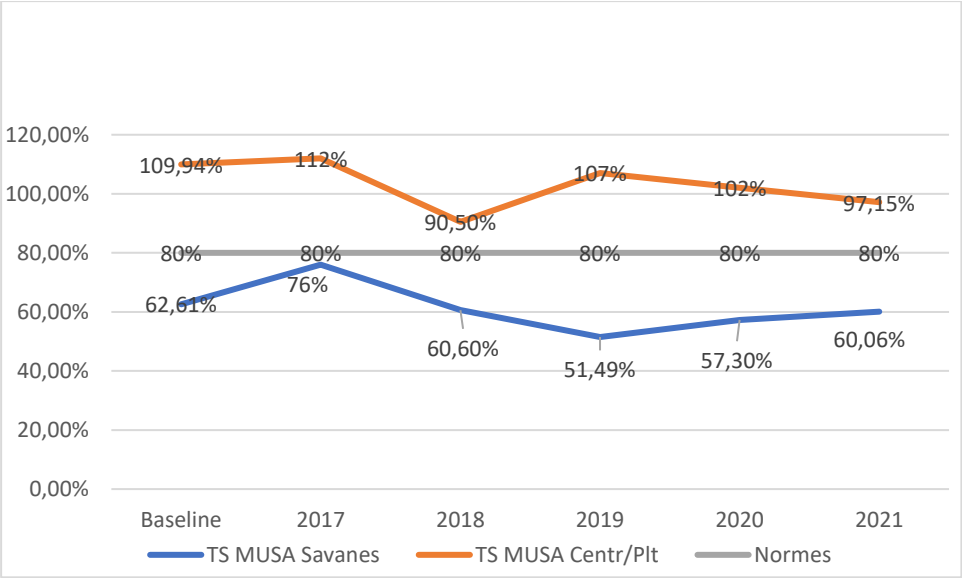
3.1.4.1. Durabilité financière

Elle a été appréciée à travers l'analyse du taux de sinistralité durant la période de 2017 à 2021.

Tableau 10 : taux de sinistralité durant la période de 2017 à 2021

Indicateur de résultat	Régions	Baseline	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de sinistralité des MUSA	Savanes	62,61%	76%	60,60%	51,49%	57,30%	60,06%
	Centr/Plt	109,94%	112%	90,50%	107%	102%	97,15%

Source : Rapports annuels du projet accès aux soins de santé 2017/2021



Graphe 3 : Sinistralité de 2017 à 2021
Source : Construit à partir des données collectées, janvier 2022

L'analyse du graphe ci-dessus indique que de 2017 à 2021, la sinistralité est restée élevée (au-dessus de 80%) dans les régions centrales et les plateaux.
Elle a connu son niveau le plus élevé en 2017(112%) et son niveau le plus faible (en 2018(90,50%). De 2018 à 2019, elle est passée de 90.5% à 107% avant de baisser à 97,15% en 2021.

En 2017, 2019 et 2020 dans les régions centrales et du Plateau, les taux de sinistralité sont supérieurs à 100%. Les prestations payées dépassent le montant total des cotisations qui devraient également servir à prendre en charge les frais de fonctionnement et la constitution des réserves. Dans le cas d'espèce, les mutuelles ont justifié leurs fonctions d'assureur mais en allouant une part exagérée des cotisations au paiement des prestations. Elles sont en face d'un déficit technique et la seule activité d'assurance santé pour ces exercices n'est pas viable car elle est structurellement déficitaire. Ces déséquilibres pourraient être dus soit à une consommation trop élevée de manière conjoncturelle pour cause d'épidémies, soit à une consommation structurellement trop élevée. L'étude n'ayant pas relevée des cas d'épidémie au cours de la mise en œuvre, la première hypothèse est écartée. Il pourrait s'agir d'une surconsommation chronique. Cette dernière peut être liée aux mécanismes d'adhésion (adhésion individuelle non limitée dans le temps qui favorise la sélection adverse), aux prestations remboursées (les soins ambulatoires favorisent la surconsommation), à l'absence de contrôle (fraudes et prêts de cartes qui favorisent la surprescription), etc.

L'analyse des taux d'utilisation dans cette zone indique 143% en 2017, 125% en 2018, 146% en 2019, 159% en 2020 et 147% en 2021. La surutilisation ayant la même tendance au cours de toute la période, il est possible qu'elle soit frauduleuse en ce sens que les bénéficiaires ont profité de la déficience dans le contrôle interne : arrangements entre les bénéficiaires et le personnel soignant, prêts de cartes, etc. Puisque dans l'ensemble, les consommations présentent des profils analogues à celles des années précédentes, il convient d'éliminer l'hypothèse d'un événement exceptionnel. Le déficit semble alors être lié à des causes structurelles. Il est probable que les mutuelles de santé soient confrontées à la sélection adverse et/ou à de la surconsommation.

Du côté de la région des savanes, c'est la situation inverse. De 2017 à 2021, les différents taux de sinistralité sont restés en deçà de 80%. Le plus fort taux enregistré est de 76% en 2017. Il est passé 60,60% en 2018 à 51,49% en 2019, le plus faible taux au cours de la période de mise en œuvre du projet accès aux soins de santé 2017/2021 au Togo. A partir de 2020, il est passé à 57,30 avant d'atteindre 60,06 % en 2021. Les mutuelles de santé dans cette région ont globalement justifié leurs fonctions d'assureur en allouant une part raisonnable des cotisations au paiement des prestations.

Au total, il ressort de ce qui précède que les mutuelles sur base de leurs cotisations uniquement, ont pu faire face à leurs fonctions premières de prise en charge des prestations. Toutefois, la maîtrise de la sinistralité reste un défi permanent pour elles surtout dans les régions centrales et du Plateau.

3.1.4.2. Renforcement des capacités/Durabilité technique

Au cours de la mise en œuvre du projet accès aux soins de santé 2017/2021, plusieurs actions ont été menées et ont contribué au renforcement des capacités des acteurs mutualistes au

niveau opérationnel (mutuelles de santé et unions, agents de santé) et au niveau stratégique (plateforme nationale CNCMUT).

Plusieurs 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. Il s'agit aussi de l'appui à l'élaboration de documents stratégiques et de la mise à disposition d'outils de gestion comme SIGMA.

En effet, 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.
Toutes ces formations contribuent à la professionnalisation des mutuelles de santé pour plus de résultats.

3.1.4.3. Appropriation/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.

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 Togo ». Elles concernent le CNCMUT défenseur du mouvement mutualiste, un acteur incontournable au plan en matière de protection sociale en santé et les acteurs mutualistes.

- **La conduite d'actions de plaidoyer par le CNCMUT soutenu par le** Réseau International Network for Social Protection Rights Togo (INSP!R Togo) à l'endroit de Madame le Ministre délégué auprès du Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, chargé de l'accès universel aux soins et du Ministère du Développement à la Base, de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes et qui ont reçu un écho favorable pour plus de cohérence dans la structuration du mouvement mutualiste. Certains résultats issus de ces actions de plaidoyer sont :

    - Meilleure compréhension par Madame le Ministre délégué auprès du Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, chargé de l'accès universel aux soins du rôle que pourraient jouer les mutuelles de santé dans le cadre de l'extension de la couverture sanitaire à toutes les couches de la population. Cette action a permis d'obtenir un engagement de sa part.e Madame le Ministre à promis de travailler avec son équipe à l'adoption des textes d'application de la réglementation de l'UEMOA sur la mutualité sociale et à la prise

en compte des expériences existantes et pertinentes dans la mise en œuvre de la CSU.

- Obtention par le CNCMUT du parrainage de l'atelier de validation du Plan Stratégique de développement de la mutualité sociale au Togo avec une participation active des cadres de la Direction Générale de la Protection Sociale

- Rappel des recommandations de la plateforme de Lomé pour la mise en place d'un mode d'adhésion obligatoire et renouvellement de l'engagement à

- Renouvellement de l'engagement de travailler avec les mutuelles de santé dans le cadre de la mise en place de la CMU au Togo.

➲ La validation par l'Etat en vue de la mise en place de la couverture sanitaire Universelle au cours de la période de 2017 à 2021 de deux (2) principales propositions soumises par le CNCMUT

- Adoption comme architecture de référence de la CSU au Togo, celle proposée par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes belges (SOLIDARIS) et la Société Africa Global Vision (AGV) à la suite de l'étude pour laquelle ils ont été sollicités par le Ministère de la Protection Sociale du Togo. Le CNCMUT a plaidé et obtenu i) la prise en compte dans cette architecture des organes prévus par la loi sur la mutualité sociale au Togo et ii) la considération des mutuelles sociales comme organes de gestion déléguée.

- Parrainage de l'atelier de validation du plan stratégique de la mutualité au Togo (2021).

➲ **La validation du plan stratégique de développement de la mutualité du Togo** sous le parrainage du Ministre délégué auprès du Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, chargé de l'accès universel aux soins avec la participation des acteurs mutualistes du Togo, du Bénin, du Mali et du Sénégal, des cadres de différents Ministères, d'Institutions Publiques et Privées intéressés par la protection sociale.

➲ **La participation du CNCMUT aux rencontres nationales sur la CMU**

- Ateliers de Co-création initiés par l'USAID et le Togo, une rencontre qui a permis aux responsables du projet « Services de santé essentiels de qualité pour la couverture sanitaire universelle (SSEQCU) et l'USAID de présenter aux principaux acteurs le projet de plan d'action intégré CSU du Togo et de recueillir leurs observations. La version finale validée a pris en compte le plan stratégique de développement de la mutualité au Togo ainsi que le plan de communication du mouvement mutualiste.

- Formation sur les concepts clés de la CSU au Togo et sur la recevabilité sociale a été organisée. Cette formation visait la préparation de la société civile pour son implication dans le processus décisionnel pour la CSU. En partenariat avec l'Union des ONG du Togo (UONGTO) et le Réseau INSP!R Togo, un plan de renforcement

de la société civile a été élaboré. Les activités de ce plan incluent des formations, des activités de terrain et un coaching continu.

- Cérémonie de lancement du projet « services de santé essentiels de qualité pour la couverture sanitaire universelle (SSEQCU) dans le but d'opérationnaliser les orientations de la feuille de route 2020-2025 du gouvernement en lien avec la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU. L'objectif du projet est d'améliorer la disponibilité des services essentiels de santé/nutrition et la qualité des soins pour les femmes enceintes, les enfants et les populations vulnérables du Togo. L'une des principales réalisations de ce projet sera la mise en place d'une Agence d'Assurance Maladie Sociale (ANAMS).

- Atelier d'élaboration du rapport annuel 2020 sur la situation de la protection sociale au Togo. Le CNCMUT, membre du Comité National pour la Promotion de la Protection Sociale (CNPPS), y a pris part et présenté les données relatives au mouvement mutualiste togolais. La validation dudit rapport s'est faite en ligne le 05 août 2021.

- Contribution à la collecte des données dans le cadre de l'évaluation actuarielle du système d'assurance maladie au Togo. Dans cette optique, le BIT a mis à la disposition son outil pour réaliser les projections actuarielles et s'est proposé de former un pool de personnes ressources à son utilisation.

- Revue des réformes, politiques, programmes et projets communautaires coorganisée par l'Etat togolais et la commission de l'UEMOA du 03 au 05 novembre 2021. En matière de développement humain et social, aucune avancée n'a été constatée quant à la mise en œuvre du Règlement n°03/2012/CM/UEMOA du 10 mai 2012 portant adoption du plan Comptable des Mutuelles Sociales au Sein de l'UEMOA et du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant règlementation de la mutualité sociale. Aussi, la Commission de l'UEMOS recommande au Togo d'accélérer la mise en place de l'organe administratif de la mutualité (OAMS), du fonds national de garantie (FNG), du registre national d'immatriculation des mutuelles sociales (RIMS) ainsi que l'institution du plan comptable des Mutuelles sociales telles que prévues par les deux règlements sus-cités.

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. Elles ont aussi permis au CNCMUT de jouir désormais d'une reconnaissance au niveau national et d'être pris en compte dans toutes les initiatives qui se mettent en place et qui sont en lien avec la protection sociale des populations togolaises.

3.1.4.1. 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

Tableau 11 : Taux d'utilisation des services dans les deux départements

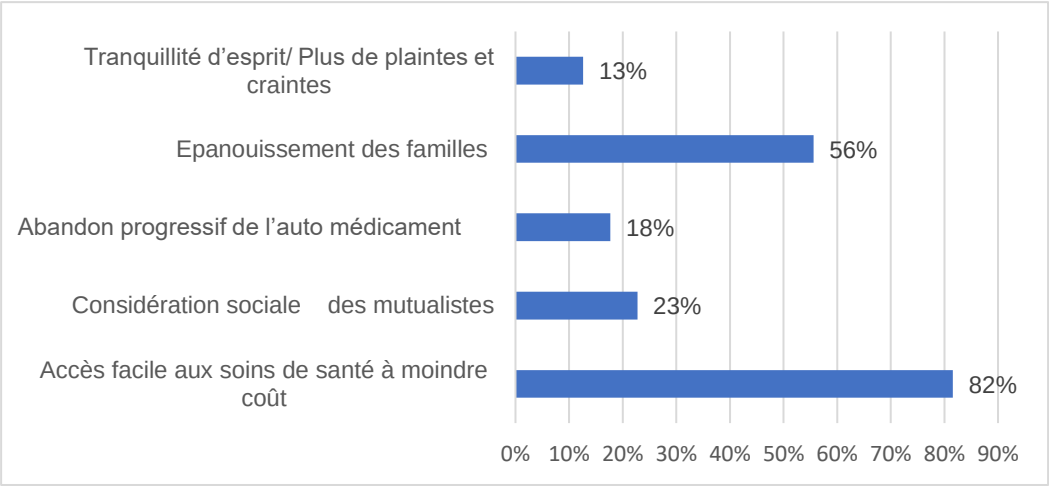
Indicateur de résultat		Baseline	2017	2018	2019	2020	2021
Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)	Savanes	92%	109%	88%	90%	107%	90%
	Centr/Plt	139,90%	143%	125%	146%	159%	147%

Source : Rapports annuels du projet accès aux soins de santé 2017/2021

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 régions et de 109% pour les savanes puis de 143% pour la région centrale et celle du plateau. De même, ce taux a dépassé la limite des 120% dans la région centrale et celle du Plateau en 2018(125%) , en 2019(146%), en 2020(159%) et en 2021(147%). En dehors de ces cas, le taux d'utilisation des services par les bénéficiaires des mutuelles est resté dans les normes (80% à 120%) dans la région des savanes et maîtrisé durant toute la période de mise en œuvre du projet. 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%). Les mutuelles de santé 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)

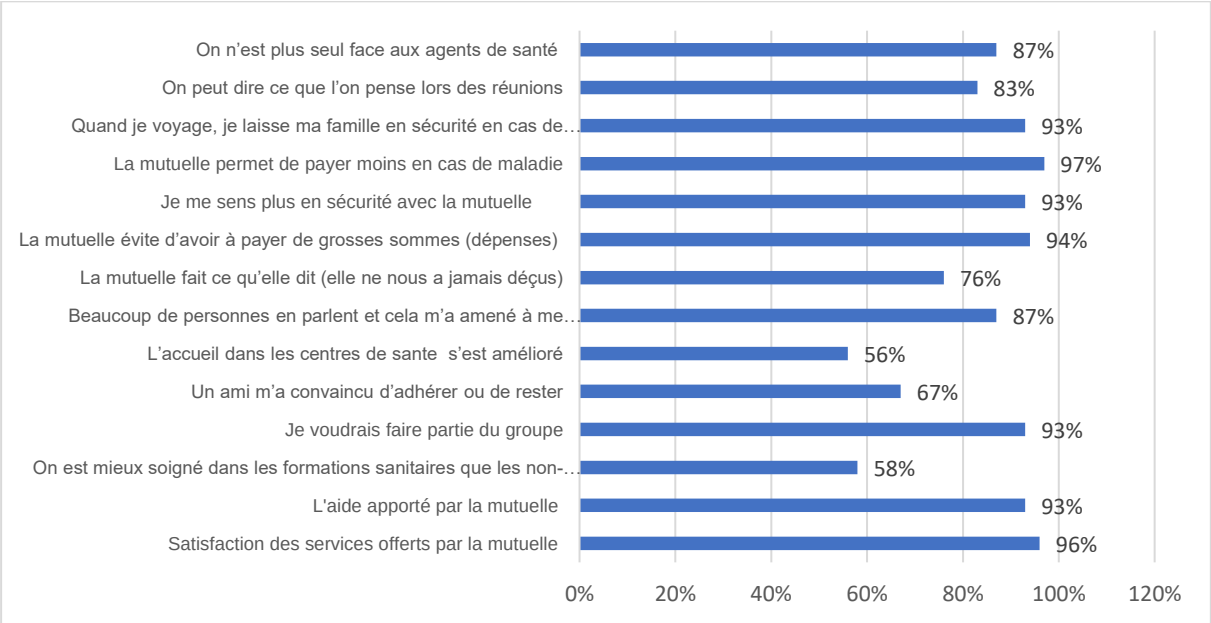
Les effets induits par le projet ont été relevés par les enquêtés et confirmés par certaines discussions de groupe. A titre d'exemple, le graphe ci-dessous affiche cinq (5) catégories d'effets positifs induits et dans l'ordre (i) la facilitation de l'accès aux soins à moindre coût, (ii) la considération 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 4: Changements positifs induits par la mutuelle sur les mutualistes
Source : Construit à partir des données des rapports annuels, janvier 2022

Aussi, selon les mêmes sources, 64% 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 94% 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 5 : 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%.

Ces motivations à payer régulièrement les cotisations illustrent également les effets perçus par les bénéficiaires des mutuelles. En effet, 87% des mutualistes enquêtés ont témoigné que grâce à la mutuelle de santé, ils ressentent qu'ils ne sont plus seuls face aux agents de santé et se sentent plus confiants quant à la qualité des prescriptions médicales, la qualité des soins administrés et surtout ne sont plus sujets à des surfacturations. D'autres effets perceptibles par 93% des mutualistes les motivant à cotiser régulièrement et continuer à profiter de ces effets est la sécurité sanitaire et la tranquillité d'esprit dans le suivi des membres de sa famille et surtout lorsque le chef de ménage voyage. Bien d'autres effets tels que l'amélioration de l'accueil dans les centres de santé conventionnés et la considération sociale sont cités par les mutualistes enquêtés qui expriment leur motivation à poursuivre régulièrement de payer leur cotisation.

Par ailleurs, La synthèse des entretiens en focus group a permis d'apprécier davantage les effets et les motivations à travers les opinions des mutuelles de santé et les dynamiques locales dans lesquelles les différents acteurs sont engagés. Ainsi selon les personnes entretenues, la mutuelle de santé permet la protection des revenus des ménages ; l'évitement ou la réduction du bradage de bien ; le recours spontané aux soins de santé ; la réduction de recours aux médicaments de la rue ; un impact sur le sentiment d'insécurité des bénéficiaires. Aussi peut-on comprendre à travers ces échanges dans quelle mesure la mutuelle contribue à l'émancipation sociale ; la satisfaction morale et la réduction des dépenses et de la pauvreté. Certains propos relatés par les mutualistes entretenus confirment clairement l'analyse faite ci-dessus.

- **Protection des revenus des ménages :** La baisse globale des dépenses de santé a pour effet immédiat d'œuvrer à la protection des revenus des ménages des membres mutualistes comme l'illustrent bien les propos suivants :

*« Je pense que quand quelqu'un n'est pas membre de la mutuelle de santé, en cas de maladie, il commence à réfléchir à comment trouver de l'argent. C'est parfois trop tard. Et même si vous en trouvez, c'est sous forme de prêt avec intérêt et vous devenez plus pauvre après remboursement… » (**Femme mutualiste Tchamba**)*

« C'est très intéressant car *au lieu de vider mes poches en cas de maladie, j'ai des réserves parce que je suis membre de la mutuelle de santé SINA PASSINANG. La différence que j'épargne en étant membre de la mutuelle de santé peut servir à faire d'autres dépenses de ma famille » **Mutualiste de SINA PASSINANG***

- **Evitement ou réduction du bradage de bien** les ménages n'ont plus à vendre leurs biens, leurs récoltes précocement pour se faire soigner comme l'illustrent les propos ci-dessous :

*« J'ai compris qu'avec la mutuelle de santé, on peut se faire soigner à moindre coût. Je vais contribuer à la sensibilisation de mes parents à adhérer à la mutuelle de santé, car c'est une manière de réaliser des économies pour les dépenses des autres domaines (Education, commerce, etc..). » **Etudiant non mutualiste de Sokodé**.*

« *Mon ami, tu as de la chance, Ce qui pouvait t'arriver auparavant, c'était de vendre ta moto pour te soigner ; mais grâce à la mutuelle de santé SINA PASSINANG, tu ne vends rien et tu retrouveras ta santé » (**Mutualiste de Aouda**)*

*« Le bradage des produits vivriers en temps non voulu à cause de la maladie a diminué depuis que nous sommes membres de la mutuelle de santé, que pouvait-on espérer de mieux » ? **(Mutualiste Aouda)***

- **Recours spontané aux soins de santé :** Les prestataires ont déclaré avoir constaté un changement de comportement de la population mutualiste qui recourt dorénavant assez

tôt aux soins et apprécient cet apport des mutuelles de santé, car ils contribuent beaucoup à l'amélioration efficiente des soins. Le recours spontané aux soins est aussi bénéfique pour les finances des mutuelles de santé, car il permet un traitement précoce de la maladie et partant d'éviter des coûts onéreux pour la mutuelle de santé.

Les membres de la mutuelle, dans leur propos confirment le constat des prestataires de recourir spontanément aux soins de santé plus tôt A titre illustratif,

« Le problème que nous avions avant l'arrivée de la mutuelle, c'est comment trouver de l'argent pour aller aux soins. On préfère prendre d'abord la tisane pour voir si ça ira mieux. C'est quand la maladie se complique que nous nous présentons au centre de santé » Femme ***mutualiste de Koussountou »***

« *Comme nous sommes membres de la mutuelle et que se soigner ne coûte pas chers, nous ne perdons plus le temps à la maison quand une maladie se déclenche* »

De façon générale, les membres sont aussi contents de la continuité des services, justifient certaines mutualistes en ces termes :

« Avant quand tu amènes ton enfant au centre de santé et qu'on te réfère à l'hôpital, tu avais peur. Maintenant on n'a plus trop peur des dépenses, on prie seulement que nos enfants guérissent » **(Femme mutualiste de Dapaong).**

«*… on a compris que la mutuelle de santé SINAN PASSINANG a négocié avec les agents de santé et on nous reçoit bien et on ne constate plus d'absence des prestataires dans les USP comme c'était le cas avant »* **Femme mutualiste de Blitta»**

- ☞ **Réduction de recours aux médicaments de la rue :** Les mutuelles de santé, d'après les témoignages des membres, ont permis de ne plus recourir aux médicaments de la rue ; ce qui est très salutaire, car non seulement les médicaments de la rue ne sont pas sûrs, mais la posologie n'est jamais respectée et cela contribue à créer la résistance de certains types de maladie au sein de la communauté. Deux femmes mutualistes l'argumentent en disant :

« On allait acheter les médicaments dans la rue parce qu'on avait peur de dépenser le peu d'argent que nous avions en allant à l'USP. Maintenant avec DITE DAMA pourquoi tu vas acheter des médicaments de la rue ? » **(Femme mutualiste de Wassarabo)** »

« *Ma belle-sœur a changé de commerce. Elle vendait les médicaments de la rue, son commerce a chuté; C'est parce que dans mon village, beaucoup de gens ont adhéré à la mutuelle de santé. A qui elle va vendre ses médicaments alors que tout le monde va maintenant aux soins grâce à la mutuelle de santé »* **(Femme mutualiste de Kpassouadè) »**

- ☞ **Impact sur le sentiment d'insécurité des bénéficiaires :** En général, l'homme a une grande aversion pour les risques. Les membres mutualistes déclarent avec fierté qu'ils n'éprouvent plus un sentiment d'insécurité depuis qu'ils sont membres :

« Le jour où l'enfant de mon ami a été mordu par un serpent alors qu'il revenait du champ un soir, je m'étais plaint pour lui par rapport aux dépenses à engager. Mais il m'avait rassuré qu'il n'y avait pas d'inquiétude puisque la mutuelle va l'appuyer à hauteur de 60% ; *alors j'ai compris l'importance d'être membre de la mutuelle »* **(Homme non mutualiste de Kpong).**

« Comme vous le savez, nous sommes des paysans et quand nous allons au champ, nous ne savons pas ce que nous allons rencontrer. En cas de morsure de serpent, vous avez au moins la certitude d'être pris en charge pour le sérum antivenimeux qui coûte très cher » **(homme mutualiste de Tchamba)**

«*La femme ou le chef de ménage n'a plus d'inquiétude aujourd'hui lorsqu'un membre de son ménage est malade. On peut même le conduire aux soins en l'absence du chef de ménage si le carnet de membre de la mutuelle est disponible* » **(Homme mutualiste Blitta).**

«Avec la mutuelle de santé, c'est la réduction des frais de consultations et de prise en charge en cas de maladies. », « L'âme qu'on devait perdre par défaut de moyens financiers, grâce à la mutuelle, on ne va pas la perdre » **(Homme non mutualiste de Habièda).**

« Pas de crainte quand un membre de la famille est malade. Je n'ai pas encore les moyens pour cotiser car j'ai 12 personnes à ma charge. Je le ferai quand j'aurai les moyens car avec la mutuelle, j'ai compris que c'est la santé à moindre coût **» (Homme non mutualiste de Kpassouadè).**

« J'aime les prestations de la mutuelle. Quand bien même je n'ai jamais adhéré, je vois comment elle aide les mutualistes et cela me plait beaucoup chaque année je me dis que je vais cotiser mais je n'ai jamais eu l'occasion de le faire à cause du manque des moyens financier.» **(Femme non mutualiste de Tchamba).**

- **Impact sur l'émancipation sociale des membres :** En outre, les résultats issus de nos entretiens en groupe focalisé ont révélé que les mutuelles de santé auraient contribué à l'émancipation sociale des membres comme le témoignent ces propos :

« La mutuelle de santé nous a ouvert les yeux. Maintenant, l'agent de santé a peur de te manquer de respect quand il sait que tu es mutualiste. Il a peur de frauder avec toi parce qu'il sait que tu peux réagir à tout moment et te plaindre » (Homme mutualiste de Tchaoudjo).

« Je n'ai jamais mis pied à l'école. Avec la mutuelle de santé j'ai compris beaucoup de chose. En assemblée générale et à l'occasion des sensibilisations, j'ai appris beaucoup de choses pour garder ma bonne santé » **(Homme mutualiste de Korbongou »**

- **Satisfaction morale** : par ailleurs il convient de souligner que le fait d'être membre de la mutuelle donne aussi un sentiment de satisfaction morale. Ce que qu'argumente un militant en ces termes

« *Je suis fier de dire que je suis mutualiste. Quand on est mutualiste on est respecté car ce n'est pas facile de cotiser de l'argent pour la maladie avec une famille nombreuse* » **(Homme mutualiste de Korbongou»**

- **Réduction des dépenses et de la pauvreté :** Tous les membres mutualistes s'accordent à dire que depuis qu'ils sont membres de la mutuelle de santé, ils ont constaté avec beaucoup de soulagement une réduction très importante de leurs dépenses en santé comme le témoigne les propos ci-après :

« *En 2019, J'ai payé 15.800 F de cotisation pour 4 membres de ma famille dont moi. Nous avons été tous malades au cours de l'année pour un montant total de 38.000 FCFA. Mais parce que nous étions à jour des cotisations, je n'ai payé au total que 15.200 FCFA au pharmacien au lieu de la totalité. Sans la mutuelle, je devrais vendre mon vélo afin de supporter les dépenses car je peux pas débloquer la totalité. Depuis ce jour, j'ai décidé de toujours cotiser à la mutuelle de santé car la maladie ne donne pas de rendez-vous* » ***(homme mutualiste de Kpendjal)***

« *Ma femme a accouché la semaine dernière. C'est pour la première fois que je suis membre de la mutuelle. J'ai payé 1000 FCFA au lieu de 8500 FCFA que les sages femmes ont l'habitude de me prendre quand mes femmes accouchent. Je vais utiliser la différence pour acheter du riz pour faire baptême au lieu de l'acheter à crédit puisque le baptême est obligatoire au plan religieux*» ***(Homme mutualiste de Sokodé).***

« *La mutuelle de santé contribue à la réduction des frais de santé. Par exemple en cas de maladie, si tu devais payer 10000 F, c'est environ 3 000F que tu vas payer si tu es membre à jour des cotisations. Je ne suis pas membre parce que je n'ai pas encore les moyens*». « *La mutuelle prend en charge des maladies qui nécessitent des dépenses énormes pour le paysan comme les morsures de serpent et la césarienne* » ***(femme non mutualiste de Est Mono).***

« *Un jour, j'étais malade et je me suis rendu à l'USP où j'avais croisé une tante. Elle était aussi malade mais membre de la mutuelle de santé contrairement à moi. Le prix de ses produits s'élevait à 4500 FCFA et elle avait payé moins de 2000 FCFA tandis que moi j'ai payé 5 000 FCFA. Depuis ce jour, j'ai compris les avantages d'appartenir à la mutuelle de santé.* ***(Femme non mutualiste de Blitta)***

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 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 thématique 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.

Durabilité	**A**	**B**	**C**	**D**
		X		

3.2. 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 faveur 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, plusieurs stratégies ont été développées pour renverser la tendance. Ainsi, 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.
Plusieurs propos recueillis sur le terrain confirment l'importance et la nécessité de positionner la femme au-devant de la scène comme l'illustrent les propos ci-dessous de certains :

« La mutuelle de santé m'a permis de développer mes capacités de communication d'abord au sein de ma famille mais aussi avec la communauté. Avant, c'était difficile pour moi de parler en public et j'avais tout le temps honte. Mais depuis que je suis devenue membre du conseil d'administration et suite aux différentes formations que nous avons reçues, beaucoup de choses ont changé en moi et je remercie LC et l'Union des mutuelles pour cela. Aujourd'hui, j'ai du plaisir et les capacités requises à contribuer à la promotion de notre mutuelle de santé » ***Membre Conseil d'Administration de la mutuelle Alafia MPO de Tchamba.***

« Avant ma propre femme pour amener l'enfant à l'hôpital, c'était un grand problème. Mais, maintenant avec la mutuelle de santé et chaque année, elle y va et c'est elle qui me parle de renouvellement de la cotisation. Elle est plus convaincue que moi au point où quand le moment de donner la cotisation arrive, elle ne m'attend pas avant de le faire si elle a de l'argent. J'ai aussi compris que les questions de santé quand elles sont conduites par les femmes, ont l'avantage de réussir mieux. » ***membre conseil d'administration mutuelle de santé Blitta***

« Avec mon expérience j'ai compris que lorsque c'est une femme comme nous qui nous parle de la mutuelle, elle trouve beaucoup d'exemples vécus par les femmes pour donner des conseils et on comprend bien. Cela nous motive et nous encourage à prévoir la cotisation. Parfois, nous nous organisons avec des tontines pour assurer le payement de la cotisation de nos familles respectives. Aussi, quand c'est une femme qui nous invite aux réunions, nous nous nous arrangeons pour toujours participer sauf en cas d'urgence » ***membre CA mutuelle de santé Blitta***

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

Indicateur de résultat		Baseline	2017	2018	2019	2020	2021

Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et les mutuelles	Savanes	13%	13%	25%	25%	30%	30%
	Centr/Plt	17%	28%	33,33%	33,33%	37,50%	37,50%

Source : Rapports annuels du projet accès aux soins de santé 2017/2021

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 13% à 30% au cours de la cinquième année de mise en œuvre pour la région des savanes et de 17% à 37,50% dans les régions des centrales et du plateau. 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. Les pesanteurs sociologiques continuent d'avoir une influence sur les femmes.

3.2.1.2. Participation des femmes élues mutualistes aux instances internationales

La mutualité togolaise a été honorée par la participation à deux éditions de la journée internationale de la femme mutualiste sur invitation du PASS.

A l'édition de 2019 tenue le 06 mars à Abidjan, la présidente de l'UMUS-CP, présidente de la mutuelle de Blitta avait pris part au forum d'échange entre les dirigeantes mutualistes d'Afrique et d'Europe. Cette journée avait pour objectifs de promouvoir la place des femmes dans la gouvernance des structures mutualistes ; de mettre en réseau les dirigeantes mutualistes ; de susciter des vocations parmi les femmes de la nouvelle génération ; de définir le thème de la prochaine journée de la femme mutualiste. A l'issue des travaux, les femmes dirigeantes mutualistes ont décidé de la création d'une première plateforme de dirigeantes mutualistes dédiée aux échanges et au partage d'informations et de bonnes pratiques ; de l'organisation de sessions de formation afin de renforcer les capacités des femmes mutualistes et de l'organisation de rencontres nationales dans les pays de la sous-région. AU retour, cette mission, elle avait fait une restitution au sein du conseil d'administration mais aussi en Assemblée Générale.

Pour l'édition de 2020 tenue le 04 mars, le mouvement mutualiste togolais a été représenté par la Présidente du Conseil d'Administration de la mutuelle de santé de Blitta. Cette journée avait pour thème «***Présence des femmes aux postes de décisions dans les mutuelles de santé, un atout pour le développement mutualiste africain***".

Par ailleurs, à l'occasion de la conférence internationale de la plateforme de Lomé, des représentations spécifiques étaient aussi enregistrées. EN effet, la présidente de la mutuelle de Blitta, la présidente du CNCMUT et 5 autres femmes dont les organisations sont membres du CNCMUT y ont également pris part. Il est important de relever le fait que, la présidente du CNCMUT était au cours de l'organisation de cet atelier international.

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

Plusieurs aspects ont été relevés pouvant être à la base de la baisse du sociétariat dans les trois régions

3.3.1. Défaut de mise en place des instruments de 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 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, 07/2009/CM/UEMOA a également prévu des règles prudentielles et le un 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 CNCMUT. Cette situation est très critique et n'est pas de nature à soutenir le développement et la promotion du mouvement mutualiste au Togo. 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.

3.3.2. Influence des programmes gouvernementaux d'assistance sociale

Dans le but de mieux apprécier l'influence des programmes d'assistance sociale du gouvernement sur l'évolution du sociétariat, nous avons dans un premier temps réparti les bénéficiaires par tranche d'âges et par année depuis 2017 comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 13 : Evolution des effectifs des mutualistes par tranche d'âge suivant les années dans les régions centrales et du Plateau

Tranches âges	2017	2018	2019	2020	2021
[0 - 5 ans[	2879	2752	1782	1130	852
[5 - 18 ans]	7341	6680	3238	2095	1899
]18 ans et Plus[	8840	8380	6185	4393	3824
Tous les âges	19059.7	17812.4	11205	7619	6575

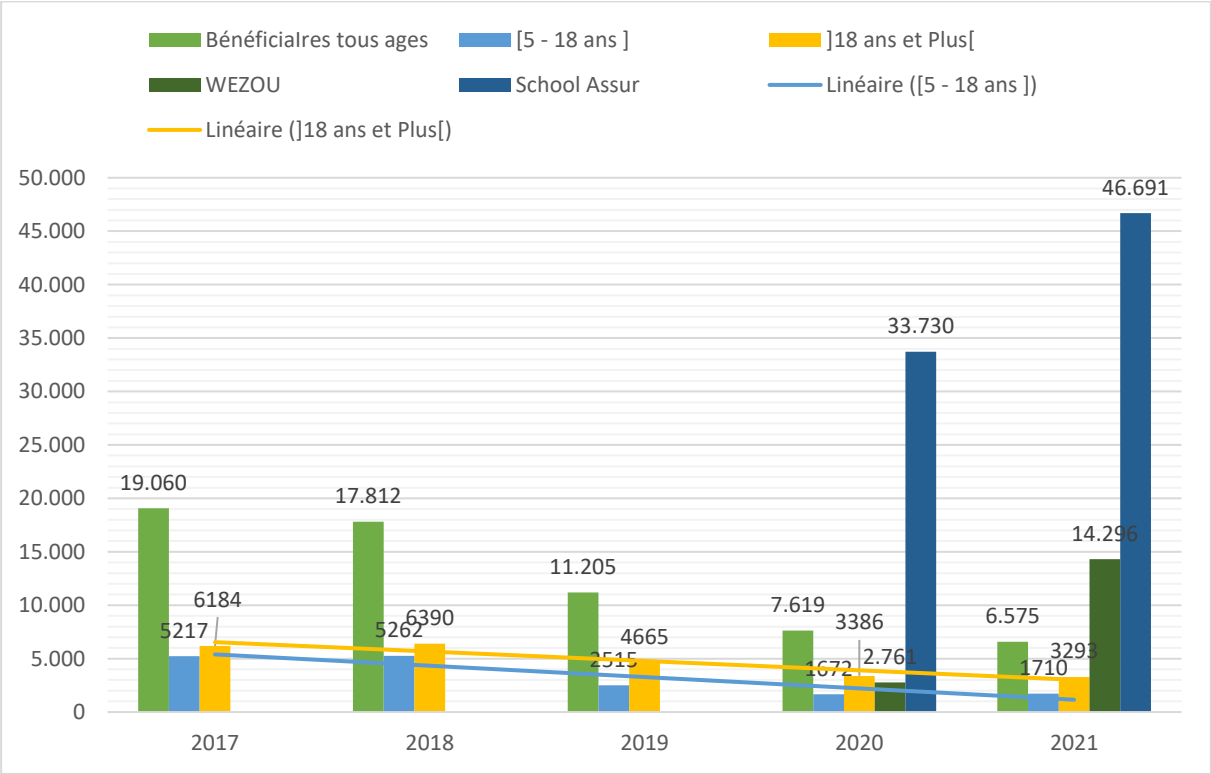
Source : Rapports annuels du projet accès aux soins de santé 2017/2021

Le tableau ci-dessus affiche l'évolution du sociétariat par tranche d'âge de 2017 à 2022.

Tableau 14 : Point des bénéficiaires prises en charge au titre des années 2020 et 2021 par les programmes d'assistance sociale

DPS	INAM		FNFI		SCHOOL ASSUR		WEZOU		TOTAL		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	
DPS Ex Mono	747	779	0	0	424	563	0	1,094	1,171	2,436	**3,607**
DPS Sotouboua	7,658	14,692	0	0	**10,474**	**17,270**	2,761	2,761	20,893	34,723	**55,616**
DPS Blitta	13,319	9,469	0	0	**8,960**	**14,670**	0	1,968	22,279	26,107	**48,386**
DPS Tchamba					**4,307**	**4,060**		4,620	4,307	8,680	**12,987**
DPS Tchaoudjo	8,032	6,884	0	0	**9,565**	**10,128**	0	3,853	17,597	20,865	**38,462**
Total par année	**29,756**	**31,824**	0	0	**33,730**	**46,691**	**2,761**	**14,296**	**66,247**	**92,811**	**159,058**
Total 2020/2021	**61,580**		0		**80,421**		**17,057**				

Source : Construit à partir des données collectées, janvier 2022



Source : Rapports annuels du projet accès aux soins de santé 2017/2021

Graphe 6 : Comparaison de l'évolution des bénéficiaires mutualistes de 5 à 18 ans et de 18 ans et plus avec la progression de l'enrôlement de ces tranches d'âges par les programmes School Assur et Wézou de 2017 à 2021

De 2017 à 2018, le sociétariat a connu un taux d'accroissement de -15,71%. Au cours de cette même période, la proportion des mutualistes de la tranche d'âge de 5 à 18 ans par rapport à l'ensemble a varié entre 27% et 30% et celle de 18 ans et plus est passée de 32% à 36%. A partir de 2019, le sociétariat a considérablement chuté passant de 11 205 mutualistes à 6 575 en 2021; soit un taux d'accroissement de -69% par rapport au baseline. Entre 2018 et 2021, le nombre de mutualistes de la tranche d'âge de 5 à 18 ans est passé de 6680 à 1899, soit une régression de 71,57%. Cette forte régression est en lien avec la mise en œuvre du programme SCHOOL ASSUR qui prend en charge les enfants de cette tranche d'âge par rapport aux soins de santé. En effet, au niveau des 5 districts sanitaires, il est à noter que 80421 enfants et jeunes de la tranche d'âge de 5 à 18 ans ont bénéficié de ce programme. Contrairement à la tendance baissière observée au niveau des mutuelles, il est enregistré une augmentation des bénéficiaires au niveau desdits programmes. Au cours de la même période, d'autres intervention de l'État a impacté négativement le sociétariat; il s'agit de WEZOU, INAM, FNFI.

Ces programmes d'assurance sociale étant gratuits en l'occurrence SCHOOL ASSUR et WEZOU, ils ont absorbé les potentiels bénéficiaires des mutuelles de santé dans les 5 districts. Ils constituent de ce fait une menace pour le développement des mutuelles de santé.

3.3.3. Inexistence de médecin conseil

Les mutuelles de santé des Régions Centrale, du Plateau et des Savanes du Togo n'ont pas bénéficié des prestations d'un Médecin Conseil. Suite à la restriction budgétaire en début de projet, , ce poste a été supprimé. La solution qui a été trouvée pour assurer le suivi des prestations de soins dans cette zone est de recourir aux prestations de l'ancien Médecin Conseil de ces mutuelles qui depuis 2012 est recruté par l'Institut National d'Assurance Maladie pour le même poste. Basé à la délégation Régionale de l'INAM à Sokodé dans la Région Centrale, il a pu apporter de rares appuis qui se sont arrêtés avec son indisponibilité. Toutes les activités prévues et qui sont en lien avec le suivi de la qualité des soins n'ont donc pu être mises en œuvre. Dans la Région des Savanes, les deux premiers Médecins Conseils qui se sont succédé ont démissionné pour occuper d'autres fonctions ; cette instabilité/vacuité au poste de Médecin Conseil n'a pas permis de réaliser l'ensemble des activités qui devaient l'être avec son appui.

Ces différentes situations ont eu des conséquences très graves sur la consommation des frais médicaux. Les différentes analyses faites plus haut confirment l'hypothèse d'une cause structurelle.

Au cours de l'étude, il a été procédé à l'audit d'un échantillon d'attestations de soins en vue d'apprécier les taux des prescriptions inutiles ou taux de prestations indues. Il mesure le niveau des erreurs commises dans le traitement et le paiement des prestations et qui s'est soldé par un trop perçu des prestataires de soins. Il est calculé à l'issue des contrôles effectués sur les factures payés. Un échantillon de 760 attestations a été traité et analysé pour en dégager les coûts inutiles éventuels. Il ressort de ce travail que la quasi-totalité des centres de santé des trois régions objet de l'étude ont dépassé la norme des 2% fixée à l'exception du CMS AFFEM KABIYE qui présente un taux de 2%.

Tableau 15: Evaluation des traitements jugés incorrects et des coûts évitables **dans les formations sanitaires**

Formations sanitaires	Nombre de cas d'ordonnances dépouillées	Coût total des soins	Coût total des soins évitables	(%) par rapport au coût total des soins
TOTAL USP AOUDA	29	51 993	4 471	9
TOTAL USP BODJONDE	35	50 052	7 207	14
TOTAL USP TCHEBEBE	35	56 267	6 122	11
TOTAL USP TCHOIDE	14	17 667	3 032	17
TOTAL USP TITIGBE	9	19 368	3 006	16
TOTAL Mutuelle SOTOUBOUA	**122**	**195 347**	**23 838**	**12**
TOTAL CHP BLITTA	**364**	**305 650**	**76 000**	**25**
USP DE POLYCLINIQUE	6	30 125	3 000	10
USP OGOUKOLIDE	4	11 550	3 001	26
USP KOLIDE	15	38 425	5 502	14
USP BADIN-COPE	20	59 800	3 696	6
USP KAMINA	6	23 100	2 998	13
USP NYAMASSILA	14	49 800	2 998	6
TOTAL Mutuelle EST MONO	**65**	**212 800**	**21 196**	**10**
TOTAL CMS AFFEM KABIYE	104	147 997	2 960	2
TOTAL CMS ALIBI	28	44 925	4 493	10
TOTAL USP KABOLI	11	29 375	4 700	16
TOTAL CMS KIRIKRI	34	43 467	3 477	8

TOTAL CMS KOUSSOUNTOU	32	36 550	6 579	18
TOTAL Mutuelle SOTOUBOUA	**209**	**302 314**	**22 209**	**7**
TOTAL	**760**	**1 016 111**	**143 243**	**14**

Sources : Construit à partir des données de l'enquête

De l'analyse du tableau, sur un échantillon de 760 ordonnances pour un montant total de traitement remboursés à **1.016.111 FCFA**, il ressort un montant total de **143.243 FCFA** comme prestations inutiles soit un pourcentage de 14%. Ce pourcentage rapporté au montant total prestations remboursées sur toute la du période représenterait une perte importante du fait de la non utilisation d'un médecin conseil pour l'audit préalable des ordonnances avant remboursement.

3.3.4. Situation de créance des mutuelles de santé vis-vis des centres de santé conventionnés

L'étude a révélé que les mutuelles de santé avaient des cumuls de créances au démarrage du projet accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest au Togo comme détaillé dans le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Situation des créances de 2017 à 2021 des mutuelles de santé vis-vis des centres de santé conventionnées des régions centrale, Plateau et Savanes

Régions	Mutuelles de santé	Situation des créances en 2017	Remboursements effectués de 2017 à 2021	Reste à rembourser à fin décembre 2021
Région centrale et du Plateau	Est Mono	11 427 618	10 087 087	1 340 531
	Sotouboua	11 321 035	8 348 420	2 972 615
	Sous total	**22 748 653**	**18 435 507**	**4 313 146**
Région des savanes	Dapaong ville	1 428 642	917 552	511 090
	Tidonti	3 007 533	128 868	2 878 665
	Kpong	1 039 980	230 435	809 545
	Sikbaog	654 861	254 576	400 285
	Tammoungue	1 552 936	769 707	783 229
	Kpendjal	1 905 195	926 620	978 575
		1 311 506	-	1 311 506
	Sous total	**10 900 653**	**3 227 758**	6 361 389
	Total	**33 649 306**	**21 663 265**	**10 674 535**

Source : Rapports annuels du projet accès aux soins de santé 2017/2021

L'analyse du tableau indique qu'au démarrage du programme en 2017, les mutuelles de santé des trois régions avaient une dette totale de **33.649.306** de FCFA vis-à-vis des prestataires de soins. Puisqu'elles étaient dans un système de tiers payant, pour garantir leur crédibilité, elles

ont dû planifier dans le temps avec l'accord des centres de santé, le remboursement de ces créances. Ainsi, de 2017 à 2021, elles ont pu rembourser 21.663.265 FCFA et il est resté au 31 décembre 2021, une dette de 10.674.535 FCFA. Ces remboursements ont été faits sur base des cotisations mobilisées.

Le fait de programmer le remboursement des créances sur base des cotisations acquises se fait aux détriments des prestations. En effet, le taux de prise en charge qui est de l'ordre de 40% à 50% n'est pas attractif. Or, pour que la formule mutualiste promue soit viable et attractive**,** le choix des soins à couvrir doit satisfaire un certain nombre de critères dont la pertinence et la visibilité de la protection apportée. Dans le cas d'espèce, le taux de prise en charge est faible et n'est pas attrayant. Ces mutuelles de santé courent le risque d'être peu dynamique et finalement peu attractive. L'idéal aurait été de comparer le montant globale du remboursement par rapport aux cotisations totales et après remboursement partiel des dettes au cours de chaque exercice. Mais par défaut de données, cela n'a pu être fait.

3.3.5. Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des activités des mutuelles de santé, des unions et du CNCMUT

Au plan professionnalisation, même si des efforts louables sont faits en matière d'application du règlement de l'UEMOA à travers l'actualisation des textes, la construction de sièges et leur équipement ; l'équipement en matériels informatique pour les mutuelles de santé et leur unions, l'équipe d'évaluation a relevé tout de même, la formations sur le Plan Comptable des Mutuelles Sociales, des efforts restent à consentir pour assurer le développement et la durabilité des mutuelles de santé dans les régions du centre, du plateau et des savanes. En effet, au-delà de tous ces aspects, l'expérience montre que les mutuelles ont besoin d'agents qualifiés disposant d'un certain niveau minimum de scolarisation. Et pourtant, la disponibilité de ces agents (en milieu rural, zone par exemple d'intervention des MUSA) pose problème dans un environnement où la concurrence avec d'autres types de programmes de même nature bat son plein (relais communautaire).
N'étant pas de nature à garantir la durabilité institutionnelle des MUSA, cet état des faits constitue un facteur limitant surtout dans un contexte où les MUSA ont besoin de démonter leur efficacité dans le cadre du rôle qu'elles sont appelées à jouer dans la CSU. Il est donc indispensable de disposer de ressources humaines qualifiées pour s'occuper de toutes les tâches techniques, de gestion et d'administration. Pour ce faire, il faut mettre également en place une stratégie de façon à doter les mutuelles de santé de staffs qualifiés et compétents comme par exemple un responsable de Marketing Social et à la promotion, un agent comptable ; un médecin-conseil, etc. Ces dispositions si elles sont prises permettront d'assurer une gestion efficace et efficiente des principales fonction activités des mutuelles de santé comme la gestion du risque (suivi et analyse des prestations) ;le suivi-évaluation des activités ; les activités de formation ; le contrôle de gestion et audit ; l'affiliation des membres ; le recouvrement des cotisations ; la gestion administrative de base ;la gestion financière et comptable ;

3.3.6. *Inefficacité du dispositif opérationnel de mobilisation sociale*

Au nombre des obstacles qui freinent l'adhésion ou la fidélisation des membres à une mutuelle de santé, figurent, l'absence de culture de prévoyance envers la maladie, le manque d'information et le manque de confiance ; l'insuffisance de motivation des élus mutualistes etc.

Pour parvenir à lever ces obstacles, il faudra entre autres, disposer de staffs maitrisant d'abord le métier et capables de sensibiliser, de déclencher et de faire adhérer les membres d'une communauté surtout dans le contexte actuel marqué par la COVID 19 où les ressources se sont amenuisées. Au cours de l'étude, nous avons relevé des facteurs relatifs au contexte mais aussi aux agents de sensibilisation qui méritent une attention particulière. En effet, la dispersion de l'habitat et des villages rendent difficiles voir pénible les activités de mobilisation sociale. Plusieurs animateurs se retrouvent avec un ratio de plus de 10(dix) cantons par personne. Ce niveau de ratio parait trop important pour garantir l'efficacité des activités de mobilisation au regard des moyens mis à disposition. A la faveur de l'inexistence d'un système d'évaluation basée sur la performance, les staffs font le minimum ou ce qu'ils peuvent. De plus, les celle Il urge que cet aspect soit pris en compte.

3.3.7. *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.

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

4.1. Leçons apprises

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

- Le bénévolat en termes de gestion communautaire connait des limites surtout en matière de sacrifice et d'engagement pour assurer le développement des mutuelles à la base.
- Les facteurs socio-culturels font que le concept de mutuelle de santé, voir l'assurance-maladie, sont difficilement appropriables par la communauté. Priorité est donnée aux dépenses importantes lors des évènements socio-culturels. Il est donc capital d'approfondir cet aspect en cherchant comment articuler les deux.

- L'intervention des mutuelles de santé (Médecin Conseil, suivi des prestations, plaidoyer). Le rôle d'un Médecin Conseil est clé pour garantir une bonne qualité des soins et contribue donc à la pérennité d'une MUSA. Il joue un rôle d'interface avec les prestataires de soins et régule les dysfonctionnements constatés. Le bon fonctionnement d'une mutuelle requiert l'intervention d'un médecin conseil et une bonne collaboration avec le prestataire de soins (Centre de santé) ;

- Les mini cadres de concertation couvrent l'aire de santé et permettent d'instaurer un dialogue direct entre prestataires d'un Centre de Santé conventionné et la mutuelle sans l'intervention de l'autorité sanitaire permettent de discuter et d'avoir un certain contrôle sur des pratiques compromettant les résultats des MUSA (fraudes, surfacturations, prestations non conformes aux protocoles, gestion du médicament, etc.) ;

- La mise en place d'un cade d'échange entre offre et demande des soins de santé permet aux populations de mieux percevoir la notion de droit à la santé qui n'était pas comprise. 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'implication des MUSA dans des actions autres que la prise en charge médicale des bénéficiaires comme par exemple l'organisation de journées « formations sanitaires propres (désherbage et nettoyage des salles et halls d'attente, dotation de poubelles) » avec la participation des prestataires de soins et autorités locales a rendu plus crédibles ces mutuelles et à contribué à renforcement des liens entre les MUSA et l'offre de soins.

- Le plan de riposte mis en place par les mutuelles de santé à travers la collaboration Nord-Sud dans le cadre de la lutte contre la pandémie de coronavirus a rendu plus visible les actions de ces mutuelles et a permis de mettre en exergue le rôle que peuvent jouer les mutuelles de santé dans la prévention des maladies ;

- La mise à disposition régulière de rapports périodiques des mutuelles de santé aux différents acteurs, notamment les autorités locales permet de mieux comprendre leurs activités, de les soutenir au besoin et d'intervenir en cas de difficultés surtout financière avec l'offre de soins et contribue à rendre plus visible leurs rôles en termes de contribution à la couverture maladie universelle ;

- Une bonne communication des mutuelles de santé basée sur des évidences à l'endroit des autorités administratives, sanitaires et des prestataires de soins favorise une prise de consciences de ces derniers de l'apport des mutuelles dans l'amélioration des indicateurs sanitaires et les amène à s'engager davantage dans la sensibilisation en faveur des mutuelles et la résolution des difficultés auxquelles ces mutuelles doivent faire face ;

- Le maintien d'une proximité avec les autorités locales à travers une bonne communication vis-à-vis d'elles et leur implication dans certaines activités des mutuelles de santé favorisent une meilleure appropriation des maires et contribuent au développement du mouvement mutualiste ;

- Les mutuelles de santé dirigées par des femmes dynamiques présentent plus de chance de développement ;

- L'existence de créances des années antérieure est une frein au développement du mouvement mutualiste et fait appel à la nécessité de mettre en place des mécanismes de consolidation financière ;

- 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.

- 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.

- 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 ;

- 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.

4.2. Recommandations

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

Tableau 17 : Synthèse des recommandations

	Constats majeurs		Recommandations	Explications	Responsable
1	Collaboration interuniversitaire (Nord-Sud)	1.1	Promouvoir le partenariat universitaire Nord-Sud à l'instar du modèle développé au Bénin	– Proposition de thématiques de recherches action au profit des MUSA – Exploitation des résultats pour booster les initiatives sur le terrain en vue d'une meilleure performance des mutuelles de santé. – Promotion du partenariat « gagnant-gagnant »	LC
2	Influence négative des programmes gouvernementaux d'assistance sociale sur les mutuelles de santé	2.1	Plaider pour que l'Etat transfert les ressources aux mutuelles de santé pour assurer la prise en charge des catégories de personnes visées par les différents programmes School Assur et Wézou	– Pour éviter de faire disparaitre les mutuelles de santé ; – Les programmes gouvernementaux School Assur et Wézou tels que mis en œuvre actuellement constituent une menace pour les mutuelles de santé ; – Ils sont également discriminatoires car ne promeuvent pas l'équité au sein d'une même famille.	LC CNCMUT
4	Faible niveau de professionnalisation des acteurs, des services des mutuelles de santé, des unions et du CNCMUT.	4.1	Accompagner la mise en place d'une base forte de relais communautaires bien formés sur la mutualité, la communication, le marketing social	– Recourir à la stratégie CMB – La stratégie CMB comme mode de collecte des cotisations, les bonnes pratiques sont celles qui encouragent des approches décentralisées ou de proximité, fondées sur la responsabilisation et la motivation d'agents intermédiaires. – Eviter au maximum, les relais communautaires du système de santé car ils sont déjà surchargés	**LC**
		4.2	Doter le CNCMUT 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	LC
5	Déploiement du logiciel SIGMA	5.1	Déployer le logiciel à l'ensemble des mutuelles de santé avec prise en compte des recommandations initiales	– Mise à disposition d'une version off line de l'outil en raison de l'instabilité de la connexion internet dans les zones d'intervention des mutuelles,	

				– Amélioration le paramétrage du sous-menu « prestations de soins », – Introduction d'un module « Contrôle médical » – Adaptation des termes et ratios à ceux couramment utilisés dans l'environnement mutualiste.	LC
6	Accompagnement rapproché, appui à la consolidation et transfert de compétence par 3ASC	6.1	Revoir le rôle de 3ASC et faire de lui un partenaire stratégique	– Au vu des résultats enregistrés, il serait souhaitable que LC revoie le rôle de 3ASC dans le dispositif – Il dispose d'une expertise avérée dans la santé communautaire. Il pourra accompagner la redynamisation de l'initiative CM4 accompagner la formation des acteurs,	LC
7	Défaut de mise en place des instruments de l'UEMOA	7.1	Faire le suivi de la mise en œuvre des engagement pris par Madame la Ministre	– Rappeler aux autorités ministériels les engagements pris dans ce sens – Faire des propositions de documents pour anticiper la mise en place des instruments ;	CNCMUT
8	Non structuration du mouvement mutualiste au niveau national	8.1	Accompagner le processus de mise en place de la Fédération des MUSA et le renforcement des moyens et des capacités	– Il s'agira de soutenir, à chaque niveau organisationnel, une unité technique assurant une gestion professionnelle avec une attention sur la séparation des fonctions de gouvernance et de gestion. – Veiller au renforcement des moyens et capacités de la fédération pour assurer un suivi-accompagnement de qualité des mutuelles	CNCMUT/LC
9	Limite du 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)	9.1	Promouvoir l'expérience d'adhésion groupée/automatique	– Faire un état des lieux organisations associatives assortie d'un plan d'accompagnement de renforcement des instances Il serait bon d'encourager l'émergence des femmes et des vulnérables dans la vie des MUSA et dans les instances de prise des décisions. – Nécessaire dans le cadre de la promotion des adhésions groupées ; – Identification des groupes organisées, formations, sensibilisation sur les notions de prévoyance maladie ; – Renforcer le partenariat avec les institutions de microfinance pour plus de synergie	CNCMUT/LC

10	Pratique de l'utilisation des Médecins Conseils	10.1	Recruter et instaurer le suivi des prestations par un médecin conseil ou à défaut promouvoir l'initiative infirmier conseil	– Permettra de mieux suivre l'évolution des consommations ne prestations, de minimiser les surconsommations et de renforcer la collaboration avec les acteurs du système de santé. – 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.	LC CNCMUT
		10.2	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) ;	LC CNCMUT
		10.3	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'INAM	LC CNCMUT
		10.4	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 ;	L'initiative doit être conduite par la fédération nationale avec l'appui de CNCMUT	LC CNCMUT
11	Existence de créance des MUSA vis-à-vis des centres de santé	11.1	Planifier et poursuivre les remboursements du reste des créances vis-à-vis des formations sanitaire	– Féliciter les mutuelles de santé qui ont pris l'engagement de rembourser les dettes ; – Replanifier les remboursements sur une période relativement longue convenue avec chaque prestataire de soins. Il y va de la crédibilité des mutuelles de santé. Cela éviterait que la prise en charge soit faible ;	**Unions des mutuelles**
12	Non prise en compte effective des mutuelles de santé dans le dispositif INAM	12.1	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 INAM 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 ;	Unions MUSA CNCMUT LC
		12.2	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	Unions MUSA CNCMUT LC

		12.3	Développer d'autres stratégies afin de booster le sociétariat au sein des mutuelles de santé appuyées.	que cela qui va régler la question de l'accès aux soins du grand groupe des acteurs du secteur informel ;	Unions MUSA CNCMUT LC
		12.4	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'INAM mais plutôt la recherche des performances ;	Unions MUSA CNCMUT LC
		12.5	Revoir la structuration et le fonctionnement interne des mutuelles pour une meilleure efficacité ;		Unions MUSA CNCMUT LC
		12.6	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.	Unions MUSA CNCMUT LC
		12.7	Rendre opérationnel et autonome le fédération nationale des mutuelle de santé .		Unions MUSA CNCMUT LC
		12.8	Continuer de faire un plaidoyer vis-à-vis de l'Etat pour faire reconnaitre les mutuelles dans le dispositif INAM		Unions MUSA CNCMUT LC
13	Inexistence de plateforme « Genre »	13.1	Expérimenter l'initiative de la mise en place d'une plateforme « Genre »	– Tenir compte des leçons apprises de l'expérience du Bénin pour asseoir une plateforme opérationnelle	LC
14	Pas d'activités de prévention	14.1	Expérimenter le projet de prévention sur les MNT	– Exploiter la plus-value des activités de prévention sur les MNT pour booster les adhésions ; – Exploiter les leçons apprises par rapport à l'expérience du Bénin	LC

Annexes

***Annexe 1** : Niveau de réalisation des objectifs du cadre du cadre logique du Programme*

Indicateur de résultat	Régions	Baseline	2017	2018	2019	2020	2021
IOV1.1. Niveau de fonctionnalité des MUSA (triangle organisationnel : vouloir, pouvoir et faire)	Savanes	ND	60%	59%	60%	81%	85%
	Centr/Plt		70%	67%	69%	82%	83%
IOV1.2 : Taux d'utilisation général des services de santé (H/F)	Savanes	92%	109%	88%	90%	107%	90%
	Centr/Plt	139,90%	143%	125%	146%	159%	147%
IOV1.3. : Pourcentage des femmes occupant des postes clés dans l'Union et les mutuelles	Savanes	13%	13%	25%	25%	30%	30%
	Centr/Plt	17%	28%	33,33%	33,33%	37,50%	37,50%
IOV1.4. : Taux de croissance brute cumulée des mutuelles permet d'atteindre un minimum de 5.000 bénéficiaires par mutuelle	Savanes	8.013 bénéf	6.565 (-18,70%)	4.660 (-41,84%)	3.130(-61%)	2.601 (-67,54%)	3.232(-59%)
	Centr/Plt	21.132 bénéf	19.060(-9,81%)	17.812(-15,71%)	11.205 (-47%)	7.619(-63,95%)	6.575(-69%)
Indicateur de résultat	**Régions**	**Baseline**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
IOV2.1. : Taux de sinistralité des MUSA	Savanes	62,61%	76%	60,60%	51,49%	57,30%	60,06%
	Centr/Plt	109,94%	112%	90,50%	107%	102%	97,15%
IOV2.2. : Ratio cotisation perçues/total des charges directes (prestations et fonctionnement)	Savanes	50%	66%	29%	36%	33%	41%
	Centr/Plt	54.77%	67%	59,37%	47%	53%	36%
IOV2.3. : Adéquation entre le diagnostic et le traitement administré aux bénéficiaires des mutuelles	Savanes	81%	93%	94%	91%	89,30%	88%
	Centr/Plt	75%	ND	60%	ND	ND	ND
IOV2.4. : Nombre cumulé de produits d'assurances complémentaires proposés par les mutuelles et le pourcentage de pénétration de ce produit		NA	0	0	1 100%	1 100%	3 100% 3ASC, ESOP, SOS
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	1	1	1	2 (parrainage du PS de la mutualité)
IOV 3.2. : Niveau de fonctionnalité des structures partenaires (CNCMUT, Union Plateaux et Savanes)	CNCMUT	40%	56%	58%	64%	63%	71%
	UMUSAS		58%	65%	68%	66%	66%
	UMUS CP		ND	35%	45%	45%	50%
		Baseline	**2017**	**2018**	**2019**	**Réalisé A4**	**Réalisé A5**
Indicateur de résultat		NA	NA	1	1	3	4
IOV 4.1 : Nombre cumulé de capitalisations et de recherche-actions produites et publiées en ligne		NA	NA	1	0	1	1
IOV 4.2 : Nombre de MOU signées chaque année avec des instituts d'Afrique occidentale pour réaliser ou accompagner lesdites recherche-actions ou capitalisations		NA	NA	NA	1	1	1
IOV 4.3 : Importance donnée dans ces recherches et capitalisations à l'aspect genre							

Annexe 3 : *Répartition des bénéficiaires par âge de 2017 à 2021*

	Baselines	2017	2018	2019	2020	2021
Evolution bénéficiaires	21000	19 060	17 812	11 205	7 619	6 575
Taux d'accroissement bénéficiaires		-9,81%	-15,71%	-47%	-63,95%	-69%
[5 - 18 ans]		7341	6680	3238	2095	1899
]18 ans et Plus[		8840	8380	6185	4393	3824
Proportion des mutualistes de [5 - 18 ans]		27%	30%	22%	22%	26%
Proportion des mutualistes de]18 ans et Plus[		32%	36%	42%	44%	50%
WEZOU					2 761	14 296
School Assur					33 730	46 691

Annexe 4 : *Liste des personnes clés rencontrées*

N°	Nom et Prénoms	Qualité	Contact
1	Mme TCHAMBA YAROU Salamatou	Mutualiste à Est Mono	
2	AKONDO Afeitou	Mutualiste à Est Mono	
3	ABOTSI Aklassou	Pdt CCD Blitta	+22891299437
4	TCHASSANTI Ali	Non mutualiste Koussountou	+22898375857
5	OKE Djamiou	Non mutualiste Joussountou	+228 92159536
6	ABRETE Aminou	Animateur mutuelle de Koussountou	+22891767746
7	ATCADOÏ Kondo	SG adjoint MUSA Sokodé	+22891455986
8	KEDEA Tédié	Secrétaire CC MUSA Sokodé	+22892180395
9	AGBENOTOSI Koffi M.	SG MUSA Sokodé	+22891982311
10	NARE Batchimbé	Directeur MUSA Pong et Seck	
11	KINASSOUA Joseph	Directeur MUSA Tammou	
12	Jean de la CROIX		
13	BOUNDJA Joseph	Comptable CMS de Korbongou	+22801364218
14	Mathieu	Animateur Dapaong	+22890084616
15	GNON Michel	Représentant LC Dapaong	+22890329514
16	IMAKAKPAMALE Mohamed	Directeur régional du travail Dapaong	+22890293510
17	M. KADJAK	Secrétaire du comité régional Dapaong	
18	WOUROSSAMA Abass	Directeur Mutuelle Tchaoudjo	
19		Directeur Muteulle Es Mono	
20		Directeru Mutuelle Sotouboua	
21		Directeur Mutuelle Blitta	
22			
23	TAOUYE Pia Abalo	Président CA Mutuelle Sotouboua	+22892315542
24	TADJATE Audette	Tésorière CA Sotouboua	+228328213
25	PESSE Passim Siwé	Conseiller MS Sotouboua	+22890123860
26	NASSIROU Karim	SG MS Sotouboua	+22891226775
27	KAMAN Clémentine	Président MUSA Blitta	+22090812592
28	BATOULI Abibou Mondom		+22891319318

29	MAZO Bahazim	Membre CA Blitta	+22890323013
30	TCHALON René	Membre CA Blitta	+22891719062
31	IKOUDJO ABdoulaye	Présisent CA Alafia MPO	+22891907673
32	PEWELI Akilam	Membre CA Alafia MPO	
33	KPEKPASSI Alia	Membre CA Alafia MPO	
34	TCHATCHARAZI Wouro	Membre CA Alafia MPO	
35	GOUDO Bounlene	Membre CA Dapaong	+22891185191
36	SAMBANNE Sankardja	Membre CA Dapaong	+22891061710
37	DJAGUE Fayidibe	Membre CA Dapaong	+22892087563
38	SANDJA Nawadja	Membre CA MUSA Kpong	+22893566379
39	YETCHRIM Kontodja	Membre CA MUSA Kpong	
40	HARAM Adjilatou	Membre CA MUSA Kpong	
41	TANKPALI Gnandja	Membre CA MUSA Kpong	
42	DJINI Sankpédja	Membre CA MUSA Kpong	
43	GOBINE Nimone	Adjoint au Maire Naki Ouest	+22890876869
44	KOLANI Gilbert	Responsable Formation Sanitaire Nannergou	+22898702809
45	SALIFOU Waliou	Medecin Chef CS Manguy	+22892665131
46	ISSA Odanou	Directeur UC MECS	+22890297883
47	IMKAKPAMALA Mohamed	Président du comité régional de protection sociale	

Annexe 5 : Liste des outils

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

1. GENERALITES

I.1. Date de l'enquête : / ___/___/_____/

I.2. Département : ……

I.3. Zone Sanitaire: ……...

I.4. Commune: ……..

I.5. Centre de Santé: …….

2. EVOLUTION DES ACTES MEDICAUX

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

3. DECES DES MOINS DE 5 ANS DUS AU PALUDISME

3.1. 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					

4. REMBOURSEMENT DES MUTUELLES

4.1. Quel est le montant total par année des remboursements effectués par la mutuelle ?

4.2. Quel est le montant annuel total des parts des bénéficiaires de la mutuelle directement payes par les malades ?

4.3. Quel est le budget annuel total du financement communautaire de la formation sanitaire ?

5. ADEQUATION ENTRE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT ADMINISTRE

5.1. En fonction d'un diagnostic pose, questionner le traitement administré et les raisons d'une éventuelle inadéquation de traitement en lien avec le diagnostic ?

6. RELATIONS DE PARTENARIAT ET SUGGESTIONS

6.1. Analyse SWOT du partenariat avec la mutuelle ?

Succes	Echecs (Points à améliorer)
Opportunités	**Menaces**

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

7. 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
   - *Agents de santé*
   - *Organes de gestion de la mutuelle de santé*
   - *Les mutualistes*
6. Quels sont selon vous les avantages d'appartenir à la mutuelle de santé ?
7. Quels sont vos souhaits pour permettre à ce que la mutuelle de santé puisse fonctionner pendant longtemps encore ?
8. Qu'est ce qui bloquerait l'évolution de la mutuelle de santé ?
9. Comment peut-on redynamiser la mutuelle de santé ?
10. 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 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	/__/	

N°	Questions	Codes	Saut
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	/_/	
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 ? 1. Accès facile aux soins de santé à moindre coût 2. Considération sociale 3. Abandon progressif de l'auto médicament 4. Aucune idée des effets 5. Epanouissement des familles 6. Ne veut pas se prononcer 7. Tranquillité d'esprit/ Plus de plaintes et craintes 8. Aucun changement 9. Autre a preciser	/__/	
E02	Quels sont les changements négatifs qu'aurait induit votre adhésion a la mutuelle 1. Mauvais accueil des agents de santé 2. 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	/__/	
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 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)	/__/	

N°	Questions	Codes	Saut
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

1. Quels rôles jouez-vous dans la formation sanitaire ?

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

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

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

5. 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 ?

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

7. 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 ?
8. Forces, faiblesses, opportunités et menaces dans les relations entre les centres de santé et les mutuelles de nutrition.
9. 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			

1. **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 l'augmentation des coûts de soins dans les formations sanitaires ?
20. Votre dispositif de suivi des activités des mutuelles de santé
21. Forces relevées dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet
22. Faiblesses relevées dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.
23. Quelles ont été vos principales difficultés ?
24. 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 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*

Annexe

Annexe

Annexe : Liste des personnes interviewée

Annexe Outils utilisés pour la réalisation de l’étude

Annexe : Répartition des attestations de soins auditées par formation sanitaire

Source : Enquête de terrain, janvier 2022

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.