

ÉVALUATION FINALE DE PROJET

Accès à la santé au Bénin : appui technique et institutionnel au mouvement mutualiste, pour un accès aux soins des populations du secteur informel (2017-2019)

BEAUDET Halona, BOURDET Simon, DONATO Léo, DRONIOU Manon, DUBREUIL Thomas, KA Dié-Yacine, LE-LUC Antonin, PROCHASSON Alice et TEXIER Justine

SANAE • Junior Expertise

4 rue Joseph Lakanal, Angers, France

sanaexperts@istom.fr

www.sanaexperts.wixsite.com/sanaexperts



REMERCIEMENTS

Nous saisissons cette occasion pour exprimer nos sincères remerciements aux autorités locales, autorités sanitaires et à **tous les acteurs touchés par cette étude** pour le temps qu'ils nous ont accordé dans la collecte de données. Leur partage de connaissances, commentaires et perceptions ont largement nourri notre réflexion pour la rédaction de ce document.

Plus particulièrement, nous souhaitons remercier **M. Taïrou ISSAKA, M. Jean Bosco TCHATCHA** et **M. Jonas AGUEWE** pour leur franche collaboration, qui a permis le bon déroulement de cette mission.

Un grand merci à **Timothée**, pour avoir facilité les déplacements de l'équipe dans la zone d'étude. Merci pour sa bienveillance et son professionnalisme.

Enfin, nous remercions l'équipe pédagogique de l'ISTOM pour nous avoir conseillés et guidés afin de concevoir le rapport présent. Merci particulièrement à **M. Éric DUCOUDRAY, M. Gérald LISCIA** et **M. Ludovic ANDRES** pour leur suivi et encadrement.

L'ÉQUIPE SANAE

SANAE est une organisation à but non lucratif, apolitique et bénévole qui œuvre pour le développement économique et social des pays du Sud. Elle a pour objet la **réalisation d'études** au profit d'entreprises, d'associations ou de collectivités dans les pays en voie de développement.

Créée en 2013, cette association regroupe des étudiants de l'ISTOM (école d'agro-développement international) et réalise des **projets internationaux** à visée sociale. L'association accueille chaque année un nouveau groupe d'**experts juniors** avec des études et des lieux d'interventions toujours plus variés.

Cette année, le bureau est constitué d'un groupe de 9 futurs ingénieurs, réunis sous un objectif commun : la volonté de réaliser une expertise dans les domaines de la **sécurité alimentaire**, la **nutrition** et la **santé**. L'équipe est composée de profils variés, mettant à disposition les compétences et le dynamisme des **étudiants de l'ISTOM**.



L'équipe **SANAE** (de gauche à droite) :

Simon BOURDET, Alice PROCHASSON, Antonin LE-LUC, Dié-Yacine KA
Justine TEXIER, Manon DRONIOU, Léo DONATO, Thomas DUBREUIL et Halona BEAUDET

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
L'ÉQUIPE SANAE	3
TABLE DES MATIÈRES	4
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	7
LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES ANNEXES	7
RÉSUMÉ	8
INTRODUCTION	12
LE PROJET DANS SON CONTEXTE	13
Contexte général du projet	13
Profil national du Bénin	13
Système général de santé	13
Système d'assurance	15
Projet de CSU et ARCH	16
Les mutuelles de santé au Bénin	17
Description du projet	18
Présentation du commanditaire : ESSENTIEL	18
Principaux partenaires du projet	19
Historique du projet	20
Calendrier du projet	21
Zone du projet	22
Objectifs, activités et enjeux du projet	24
Études préalables du projet	25
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	25
Demande du commanditaire	27
Description des méthodologies	26
Récolte de données	27
Types de données	27
Formes d'entretiens individuels	28

Organisation des enquêtes	29
Zone d'étude	29
Échantillonnage	29
Organisation et déroulement des entretiens	31
Transcription des entretiens	32
CONSTATS ET ANALYSES	33
Suivi des indicateurs du cadre logique et niveau d'atteinte des objectifs et résultats	33
Diagnostic du projet	42
VOLET 1 : Dynamiques mutualistes	43
VOLET 2 : Appui à l'amélioration de la qualité des soins	47
VOLET 3 : Structuration de l'échelle locale à nationale	52
VOLET 4 : Stratégie d'ESSENTIEL et des partenaires du projet	58
Résumé du diagnostic - Matrice MOFF	61
Effets du projet	63
Difficultés rencontrées et limites de l'évaluation	63
CONCLUSION	64
STRATÉGIES ET RECOMMANDATIONS	65
Choix stratégiques pour le futur	65
Recommandations	67
ANNEXES	70
BIBLIOGRAPHIE	74

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADMAB	Association de Développement des Mutuelles Agricoles au Bénin
AFD	Agence Française de Développement
AQS	Amélioration de la Qualité des Soins
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
COGES	Comité de Gestion
CONSAMUS	Conseil National béninois des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé Communal
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTB	Coopération Technique Belge
FBV	France Bénin Vendée
FENAMUS	Fédération Nationale des Mutuelles Sociales
HZ	Hôpital de Zone
IC	Infirmier Conseil
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique
IOV	Indicateur Objectivement Vérifiable
MS	Mutuelle Santé
NIONG	Note d'Initiative Organisation Non Gouvernementale
OBSS	Office Béninois Sécurité Sociale
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PADMS	Projet d'Appui au Développement des Mutuelles de Santé
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SoliDev	Solidarité et Développement
UEMOA	Union Economique et Monétaire d'Afrique de l'Ouest
USAID	United States Agency for International Development

LISTE DES FIGURES

- Figure 1.** Représentation pyramidale du système de santé béninois (Health economics, 2012).
Figure 2. Répartition géographique des activités d'ESSENTIEL en 2018 (Rapport annuel 2018).
Figure 3. Identification du projet d'ESSENTIEL (NIONG ESSENTIEL, 2016).
Figure 4. Calendrier du projet (SANAE, 2019)
Figure 5. Départements du Bénin (ESSENTIEL, 2019)
Figure 6. Obstacles à l'adhésion et fidélisation en fonction de la cause (SANAE, 2019)
Figure 7. Schéma des interactions théoriques des acteurs du projet (SANAE, 2019)
Figure 8. Légende des interactions théoriques des acteurs du projet (SANAE, 2019)
Figure 9. Schéma de l'interaction entre l'ADMAB, le CONSAMUS et ESSENTIEL (SANAE, 2019)
Figure 10. Présentation du MOFF (SANAE, 2019)
Figure 11. Obstacles et stratégies à l'adhésion et la fidélisation (SANAE, 2019)

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1.** Tableau des effectifs de rencontres.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1.** Exemple de guide d'entretien - Élus mutualistes
Annexe 2. Planning de mission

RÉSUMÉ

Un contexte particulier

Le gouvernement béninois a, depuis 2010, l'ambition de mettre en place une couverture de santé universelle (CSU). En attendant l'aboutissement de ce projet, les mutuelles de santé semblent être un bon levier pour contribuer à la création de cette CSU. Depuis quelques années, le mouvement mutualiste s'est développé au Bénin à travers des organismes locaux mais aussi des organismes étrangers.

C'est dans ce contexte qu'ESSENTIEL, FBV, ADMAB et CONSAMUS ont décidé de créer un projet visant à développer le mouvement mutualiste béninois du niveau local au national. Ce projet, nommé "Accès à la santé au Bénin : appui technique et institutionnel au mouvement mutualiste pour un accès aux soins des populations du secteur informel", vise à améliorer l'accès à la santé des populations du secteur informel des communes de Ouaké et de Copargo en consolidant et en développant les mutuelles ciblées. Ceci en appuyant l'AQS (amélioration de la qualité des soins) sur la zone sanitaire, et en renforçant les structures d'appui et les organisations fédératives.

Une évaluation faisant appel à un bureau d'études junior

Après 3 années d'intervention, l'association ESSENTIEL a mandaté le bureau d'études SANAE pour mener une évaluation finale de projet, co-financée par les deux parties citées. Il s'agit donc d'un exercice inédit d'évaluation, mené par des élèves ingénieurs (experts juniors) et appuyé par ESSENTIEL, ses partenaires et des enseignants chercheurs de l'ISTOM. Les évaluateurs ont réalisé un bilan général du projet, permettant de réorienter les actions menées et formuler des recommandations pour la suite du projet.

La mission s'est déroulée en plusieurs étapes : après une phase de préparation (incluant la bibliographie et contextualisation), les évaluateurs ont tout d'abord cadré l'étude avec l'aide d'ESSENTIEL (analyse des acteurs, définition des volets d'évaluation et réflexion sur le cadre logique) ; ensuite, des entretiens ont été conduits dans les bureaux d'ESSENTIEL à Nantes le 24/05/19 ; puis l'équipe s'est rendue au Bénin durant tout le mois de juin afin de visiter le projet et rencontrer les principales parties prenantes ; enfin, les évaluateurs ont présenté leurs observations et résultats préliminaires aux partenaires du projet à Cotonou le 28/06/19 et à Nantes le 04/07/19.

Une méthodologie articulant critères classiques et démarche plus qualitative

Afin de mener à bien cette mission, deux méthodologies distinctes ont été mises en place :

- La première méthode, classique, consiste à renseigner les indicateurs objectivement vérifiables (IOV) des activités du cadre logique spécifiques au projet. Cette méthodologie prend en compte

les questions de genre et jeunesse, conformément aux critères de l'AFD. Ici, des entretiens directifs ont été utilisés, aboutissant à un protocole particulier de récolte de données.

- La deuxième méthode, qualitative et plus flexible, permet de dégager des tendances pouvant aider à établir un diagnostic cohérent avec les réalités du terrain. Cette méthode nécessite des entretiens non-directifs.

L'agencement des données recueillies à travers ces deux méthodologies, permet d'assurer la validité scientifique de la démarche. En tout, les évaluateurs se sont entretenus avec une centaine d'enquêtés.

Des constats et analyses globalement satisfaisants

Pour répondre à la demande d'ESSENTIEL, l'évaluation s'est faite en plusieurs étapes:

Dans un premier temps le cadre logique a été renseigné. Il comprend 23 activités classées selon 3 objectifs spécifiques. Sur ces 23 activités 6 ont bien été réalisées, 6 sont à revoir et 11 sont à réaliser avant la fin du projet, soit fin décembre 2019.

Dans un second temps, l'étude a été orientée à travers quatre volets d'évaluation : les dynamiques mutualistes, l'appui à l'AQS, la structuration à l'échelle locale à nationale et la stratégie d'ESSENTIEL et des partenaires du projet.

Pour le premier volet, des problématiques sur la sensibilisation et la fidélisation des acteurs ont été identifiées, comme par exemple la prise en charge des patients mutualistes, le stock de médicaments dans les CS (centres de santé) ou encore la connaissance que les populations ont des mutuelles.

Le second volet a permis d'analyser les problématiques autour des CS en rapport avec l'AQS comme la fréquentation des CSA, la connaissance du fonctionnement de la mutuelle par les agents de santé ou encore la satisfaction des utilisateurs des services de santé.

Le troisième volet tente de reporter les problématiques liées aux interactions entre les différents acteurs du projet. Des problématiques ont été identifiées entre les acteurs principaux mais aussi dans les principaux canaux de remontées d'informations.

Le quatrième volet a permis de questionner l'approche du projet par ESSENTIEL. En effet, on peut questionner celle-ci dans la cohérence interne et externe du projet, la stratégie de sa pérennisation mais aussi la conception même de ce dernier. Il est également intéressant d'identifier s'il prend en compte l'intégration des principes fondamentaux (genre et jeunesse).

A la suite de ces constats, une matrice MOFF (Menaces Opportunités Forces Faiblesses) a été réalisée pour faire ressortir certaines conclusions. Par exemple, même si les formations permettent de pallier au manque de compétences des élus mutualistes, le manque de suivi de celles-ci est une faiblesse pour le projet.

De plus, une bonne cohésion entre les partenaires est essentielle. Il est important de s'accorder sur le but final à atteindre mais surtout sur la manière dont on doit l'atteindre.

De plus, des éléments extérieurs peuvent influencer le fonctionnement du projet. Par exemple, le Togo, dont la frontière est proche de la zone, lance parfois des campagnes de soins gratuits qui peuvent être une menace pour les mutuelles du projet.

La sensibilisation peut être qualifiée comme la plus grande faiblesse du projet. En effet, l'essence même du système mutualiste repose sur une entraide communautaire. Cependant, si elle n'est pas correctement expliquée aux populations bénéficiaires, leur développement pourrait être limité. Pour pallier à cela et ainsi ancrer la mentalité mutualiste dans la société béninoise, des plans de communication et de sensibilisation solides devraient être mis en place.

Recommandations

Les auteurs ont proposé plus d'une vingtaine de recommandations à l'attention d'ESSENTIEL et de ses partenaires, en voici les plus importantes :

Promouvoir davantage les mutuelles

1. **Réorienter les campagnes de sensibilisation** (expliquer le principe fondamental de la mutuelle : un mode de gouvernance démocratique basé sur la solidarité des cotisations et ce sont les adhérents qui permettent, par leurs cotisations, le financement de la couverture sociale complémentaire).
2. **Renouveler les supports de sensibilisation** (vidéos, boîtes à images).
3. **Redynamiser en priorité les mutuelles ayant des "caisses inactives"**.
4. **Revoir la stratégie globale de communication, commune à ESSENTIEL et FBV.**

Accompagner les mutualistes

5. **Accroître la capacité de payer** (ajuster les cotisations par rapport aux revenus de chacun).
6. **Instaurer des cotisations pour les enfants** (le but étant d'encourager l'adhésion des grandes familles).

Redonner priorité aux formations des acteurs locaux

7. **Former l'ensemble du personnel de santé.**
8. Effectuer un **suivi personnel** à la suite d'une formation.
9. **Soutenir davantage les élus mutualistes** (visiter les sièges des mutuelles régulièrement et proposer plus de formations sur des sujets divers (gestion de la trésorerie, méthode de communications, etc)).

Renforcer l'amélioration de la qualité des soins

10. **Vérification de la remontée des informations** par l'infirmier-conseil (nombres d'adhérents, cotisants, bénéficiaires, éventuels problèmes rencontrés etc...).

Réorganiser la gestion des médicaments

11. **Faire émerger une réflexion** sur les ruptures de stock de médicaments par la création d'espaces de concertations entre la FENAMUS, comité de direction du département, ESSENTIEL, ADMAB.

Renforcer l'ancrage au niveau national

12. **Bâtir un lien solide entre la FENAMUS et le gouvernement.**

Renforcer l'ancrage des mutuelles au sein des CS

13. **Afficher des posters** dans les CS.

Le nouveau projet

14. **Revoir le fonctionnement général de la mutuelle.** Le démarrage de la prise en charge des soins doit durer une année complète.
15. **Envisager la création d'une mutuelle communale** pour que les bénéficiaires puissent se faire soigner dans les différents CS de la commune.
16. **Renforcer l'ancrage des membres du CONSAMUS et d'ESSENTIEL sur le terrain** pour crédibiliser le projet auprès des locaux.
17. **Harmoniser les relations entre les partenaires du projet** afin d'optimiser l'avancement du projet.
18. **Professionaliser les mutuelles et les structures d'appui.** Mettre en place un nouvel outil de gestion informatique permettrait de faciliter la récolte de données et de gagner en rigueur.

INTRODUCTION

L'objectif de cette étude est de faire une évaluation finale du projet “**Accès à la santé au Bénin : appui technique et institutionnel au mouvement mutualiste pour un accès aux soins des populations du secteur informel**”, mis en place par l'association ESSENTIEL depuis janvier 2017.

Il s'agit donc pour les évaluateurs SANAE d'établir un **diagnostic du projet** : (1) évaluer la mise en œuvre des activités du projet, l'atteinte des objectifs fixés via le suivi des indicateurs, les effets ; (2) évaluer les forces et faiblesses du projet et la stratégie d'intervention ; (3) évaluer les interactions des parties prenantes du projet au Nord comme au Sud.

Cette évaluation vise à faire un **bilan général** du projet et ainsi **réorienter les actions menées** pour la poursuite du projet. Les résultats obtenus permettent de formuler des **recommandations et suggestions** au commanditaire, en exprimant une opinion professionnelle et indépendante.

L'évaluation a démarrée le **24 mai 2019** au siège d'ESSENTIEL et s'est déroulée sur le terrain, au Bénin, du **2 juin au 30 juin 2019**. Elle a mobilisé tous les acteurs du projet disponibles sur cette période. L'évaluation porte sur toutes les actions réalisées depuis le début de la mise en œuvre du projet.

Le rapport d'évaluation est structuré de la manière suivante :

- 📄 Résumé
- 📄 Introduction
- 📄 Le projet dans son contexte
- 📄 Méthodologie de l'évaluation
- 📄 Constats et analyses
- 📄 Conclusion
- 📄 Leçons et recommandations

LE PROJET DANS SON CONTEXTE

I. Contexte général du projet

A. Profil national du Bénin

Le Bénin est un pays d'Afrique de l'Ouest d'une **superficie** de 114 764 m² (INSAE, 2018). En 2016, ce pays possédait une **démographie** de 11,19 millions d'habitants (INSAE, 2018). La démographie béninoise augmente de 2,77 % par an (INSAE, 2018).

Le Bénin possède une économie qualifiée vulgairement de sous-développée, possédant un **taux de pauvreté** de **47,3 %**. Cet indice se base sur le nombre de personnes gagnant moins de 1,25 dollars par jour (Coulibali Sori R. et Zinsou L., 2015).

À la suite de la chute du **régime communiste**, le Bénin est devenu un des pays les plus stables politiquement de la région ouest africaine, même s'il connaît aujourd'hui quelques tensions internes entre le parti du président sortant et le parti du nouveau président Patrice Talon.

L'économie béninoise repose en grande partie sur l'**agriculture** qui représente en moyenne 36 % du PIB, emploie plus de 70 % de la population active au Bénin et alimente une bonne partie des activités du secteur tertiaire (Coulibali Sori R. et Zinsou L., 2015).

D'après la FAO, le coton est la culture commerciale la plus importante au Bénin représentant 35 % des recettes d'exportations nationales et un revenu pour 3 millions de personnes. Cependant, le **revenu agricole** demeure faible et varie de 100 à 300 dollars US par ménage rural (Coulibali Sori R. et Zinsou L., 2015).

Le **taux d'implication** du revenu de l'Etat dans le domaine de la santé est de 10,7 % (USAID, 2016). Cela est inférieur à la cible fixée à la suite de la déclaration d'ABUJA qui est de 15 % (Gijs Justaert *et al.*, 2011). Cependant, peu de pays africains arrivent à dépasser les 10 % de revenus du gouvernement dédiés à la santé, le Bénin en faisant partie (Justaert G. *et al.*, 2011).

B. Système général de santé

Après la chute de la république populaire du Bénin en 1990, l'ensemble du **système de santé** a été remodelé à la suite de la rédaction de la **nouvelle constitution**. Depuis, des projets comme le Projet d'Appui au Développement des Mutuelles de Santé (PADMS) ont été menés, ce qui a contribué à l'évolution du système santé au Bénin. Pourtant, en 2006, une étude de l'USAID montre que malgré une réorganisation de la politique de la santé par le Ministère, le système présente des

dysfonctionnements qu'ils soient financiers, communautaires ou de gouvernance (Adeya G. et al., 2007).

Le système de santé béninois est concentré sur le **secteur public**, avec un historique de mesures strictes et une prise de décision centralisée. Organisé de façon pyramidale, il comprend **trois niveaux de gestion et de prestations différentes**, représentés ci-dessous.

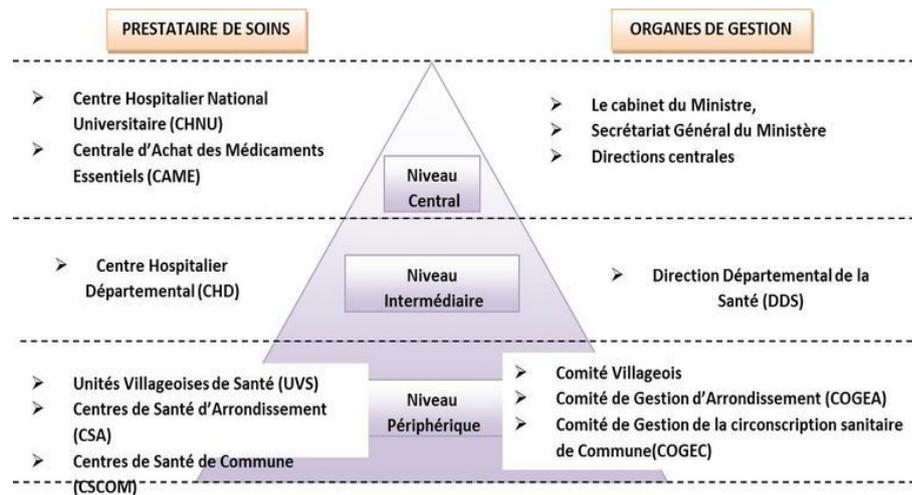


Figure 1 . Représentation pyramidale du système de santé béninois (Health economics, 2012).

Le pays est subdivisé en **34 zones sanitaires** possédant chacune un hôpital référent. En plus de garantir un accès à des soins de base au premier niveau du système de référence, la zone sanitaire est responsable de la **supervision** de l'ensemble des prestataires (publics et privés) qui opèrent sur la zone. De plus, celle-ci s'occupe de la **planification** afin d'assurer la meilleure utilisation possible des ressources disponibles pour la réalisation des objectifs de santé et renforcer la participation communautaire (Adeya G. et al., 2007).

Le premier niveau de soins dispensé par le secteur public est représenté par le **CSA** (Centre de Santé d'Arrondissement). Le **CSC** (Centre de Santé Communale) offre une gamme étendue de soins. L'**Hôpital de Zone** (HZ) est le premier niveau de référence pour les soins spécialisés, les prochains étant les centres hospitaliers départementaux et les hôpitaux nationaux (Adeya G. et al., 2007).

Au Niveau Central, le **Ministère de la Santé** est responsable de la conception et de la mise en place de toutes les activités émanants des politiques gouvernementales de la santé.

Afin de remettre en question et d'améliorer les performances des systèmes de santé, le **SNIGS** (Système National d'Information et de Gestion Sanitaire) est mis en place en 1990 et assure la fonction de gestion du secteur de la santé béninois (Adeya G. et al., 2007).

Concernant l'accès aux médicaments, la transition présidentielle a créé quelques dysfonctionnements au sein de la filière. Durant le mandat de M. Boni Yayi (2006-2016), le Ministère de la Santé a installé une **Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux (CAME)** qui avait pour mission de se fournir en médicaments essentiels. Aujourd'hui, cette centrale possède un dépôt national à Cotonou et deux dépôts régionaux à Parakou et à Natitingou. Ces dépôts doivent informer les zones sanitaires de la disponibilité des médicaments afin qu'elles puissent se fournir. Les zones sanitaires possèdent chacune un dépôt répartiteur qui a pour objectif de fournir l'ensemble des structures de la zone (CSA, CSC, HZ) en tenant compte des besoins du trimestre (Adeya G. *et al.*, 2007).

A la suite de l'élection du Président Patrice Talon, de nombreuses personnes clés du secteur pharmaceutique ont été mises à l'arrêt et des centrales privées ont été suspendues. Il en était de même pour la CAME, suspectée de se fournir en médicaments de manière incorrecte. En octobre 2017, elle fut de nouveau autorisée à se ravitailler, notamment dans des centrales privées. Mais l'absence de **structure centrale** de ravitaillement a entraîné des pénuries de médicaments. En effet, les structures de santé n'ont pas le droit de s'alimenter via une autre voie que celle de la CAME et les pharmacies de ces structures ne pouvaient pas être ravitaillées.

C. Système d'assurance

À la suite de « l'Initiative de Bamako » en 1987, l'objectif phare des Ministères de la Santé des pays africains est de permettre :

- Un renforcement des **mécanismes de gestion et de financement** au niveau local ;
- La promotion de la **participation communautaire** et le renforcement des **capacités** de gestion locale ;
- Le renforcement des **mécanismes de fourniture**, de **gestion** et d'**utilisation** des médicaments essentiels ;
- D'assurer les **sources permanentes de financement** pour le fonctionnement des unités des soins (Ridde V., 2004).

Cependant, au Bénin, cette nouvelle politique fait ressortir une double contrainte :

- Les exigences du PAS (Programme d'Ajustement Structurel) imposé par les institutions Bretton-Woods ont réduit les dépenses liées à l'éducation et à la santé.
- Une grande partie des Béninois appartiennent au secteur informel, ces derniers sont donc exclus des systèmes d'assurances maladie privilégiant les salariés du secteur formel (Gbénahou Mètonmassé Bonaventure H., 2019).

En 2007, le Bénin compte trois différents types d'assurance santé :

- L'**Office Béninois de Sécurité Sociale (OBSS)** pour les salariés du secteur formel.
- Des **assurances privées** souvent complémentaires recherchées par les entreprises privées.
- Des **assurances-santé** communautaires populaires auprès des bailleurs de fonds et des communautés (Adeya G. *et al.*, 2007).

En 2007, ces assurances-santé sont encore très peu utilisées par l'ensemble de la population. Le système de protection sociale ne concerne que 15 à 20 % de la population béninoise, la plupart des concernés appartenant au **secteur formel** (Atchouta Roger A., 2017).

Il y a cependant une prise de conscience quant aux solutions qu'elles proposent. Elles permettent notamment un **moyen de financement** plus efficace que le paiement direct et une meilleure gestion des aides santé destinées aux plus démunis (Adeya G. et al., 2007).

De nombreux acteurs admettent que les contraintes financières empêchent les Béninois d'accéder aux services de santé prioritaires et pensent qu'un élargissement de l'accès à un système d'assurance mutualiste contribuerait à répondre à ce problème (Adeya G. et al., 2007). En effet, en l'absence d'assurance santé accessible à tous ou de système de couverture de santé universelle fonctionnelle, les mutuelles de santé constituent une alternative au système de protection sociale public (Gankpe Gbètoho F. et al., 2018).

D. Projet de CSU et ARCH

En 2011, le gouvernement béninois met en place une assurance santé universelle : le **RAMU**. Son objectif premier est d'assurer un accès à la santé de qualité, sans discrimination financière, pour toute la population, aussi bien rurale qu'urbaine. Cependant, l'élection de Patrice Talon met fin au projet notamment à cause de certaines limites. Des études montrent par exemple que le nombre d'adhérents est faible ou que les difficultés de gestion en interne court-circuitent le bon fonctionnement du projet (Vigan-Medgi D., 2017).

Afin de conserver l'idée de mettre en place une couverture santé universelle, le nouveau gouvernement décide d'inaugurer un nouveau projet : l'**ARCH**. Ce projet possède quatre volets :

- L'assurance santé qui sera **obligatoire**. Les indigents seront totalement aidés financièrement par le gouvernement et les moins pauvres seront aidés pour pouvoir payer leur cotisation à l'assurance ;
- La **microfinance**, qui servira à appuyer financièrement les personnes n'ayant pas de moyens ;
- La **formation**, qui sera plus une formation opérationnelle pour les personnes travaillant dans le secteur informel ;
- Un régime de **pension volontaire** pour le secteur informel. Il s'agit, à travers ce volet, de créer une assurance retraite accessible pour les personnes non-pauvres et n'ayant pas de subventions de la part de l'Etat.

Ces informations sont recueillies dans l'aide-mémoire sur le projet d'assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) fourni par ESSENTIEL.

À ce jour, les **quatre volets n'ont pas tous été attribués à des ministères spécifiques** et le projet n'est pas encore prêt à être lancé. Dans l'attente de la mise en place de l'ARCH, le renforcement du mouvement mutualiste semble encore ici un bon levier pour la mise en œuvre d'une CSU.

E. Les mutuelles de santé au Bénin

L'objectif de la création de ces mutuelles de santé est de faciliter l'**accessibilité financière** des populations rurales pauvres et défavorisées à des soins et services de santé de qualité (Atchouta Roger A., 2017).

Depuis les années 90, le **mouvement mutualiste** se développe de façon croissante au Bénin même si on peut observer une baisse du nombre de mutuelles entre 2012 et 2014 (Mutualités libres & Louvain coopération, 2017). L'État s'implique dans le développement du système mutualiste à travers des plateformes de concertation internationale et nationale comme le Conseil National béninois des Structures d'Appui aux MUTuelles Sociales (CONSAMUS) créé en 2003 et maintenant institutionnalisé (Nyssens M. et Vermer M.-C., 2012).

De plus, le Bénin prend part au projet "Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA" (2004-2006) pour apporter un cadre juridique au développement du système mutualiste (Nyssens M. et Vermer M.-C., 2012). Selon la réglementation de l'UEMOA, la bonne gestion des mutuelles sociales devrait s'appuyer sur un organe administratif de la mutualité sociale, un registre national d'immatriculation des mutuelles sociales et un fonds national de garantie. Malheureusement, **ces entités ne sont pas encore établies** au Bénin.

En 2009, l'UEMOA ratifie une **réglementation** visant à améliorer la gestion et le fonctionnement des mutuelles sociales au sein de l'espace communautaire. Ces mutuelles sociales sont en accord avec la politique sociale du Bénin. Le service proposé est un accès à la santé homogène qui fonctionne par action de cotisation sociale, communautaire ou non et qui permet d'avoir à disposition des soins de premier ordre pour les cotisations les plus basses. Cependant, le gouvernement béninois n'a pas mis en place cette réglementation dans son intégralité. Certains instruments susceptibles d'améliorer la mise en place de ces mutuelles ne sont pas encore utilisés (Atchouta Roger A., 2017 ; ESSENTIEL, 2016).

Afin de développer le mouvement mutualiste béninois, des acteurs étrangers comme la CTB ou LOUVAIN-Corporation ont participé à différents projets mettant en place des mutuelles ou en renforçant le système mutualiste à toutes ses échelles, afin d'améliorer les conditions de vie des populations nécessitant un meilleur accès à la santé.

C'est autour de ces problématiques que les associations ESSENTIEL, FBV (France Bénin Vendée) et ADMAB (Association pour le Développement des Mutuelles de santé au Bénin) ont débuté leur partenariat. L'idée principale était d'établir un contact avec des **organisations mutualistes nationales**

bénoises, comme le CONSAMUS, afin d'élaborer un projet de plus grande échelle prenant en considération les besoins locaux et nationaux.

À la suite d'un premier projet commun en 2015 sur l'appui de mutuelles déjà existantes sur la commune de Matéri et la création de quatre mutuelles sur la commune de Copargo, ESSENTIEL et ses partenaires décident de se lancer dans un nouveau projet, celui concerné par la présente évaluation.

II. Description du projet

A. Présentation du commanditaire : ESSENTIEL

“ Notre mission est d'agir pour un monde plus juste et solidaire où chacun peut jouir d'une bonne santé et préserver son bien-être ainsi que celui de sa famille en ayant accès à la prévention et aux soins de qualité.” ESSENTIEL, Rapport Annuel 2018

ESSENTIEL est une association dont le but est de lutter contre les **exclusions** et les **inégalités** sanitaires, sociales, économiques, à l'éducation à la citoyenneté, à la préservation et au développement du lien social. Aujourd'hui, ESSENTIEL agit en France et dans **cinq pays africains** (Sénégal, Guinée, Burkina-Faso, Bénin et Burundi).

Pour remplir sa mission, elle agit selon **quatre axes stratégiques** :

- Une Couverture Sanitaire Universelle (CSU),
- La qualité de l'offre de soins,
- La prévention et la promotion de la santé,
- L'éducation à la citoyenneté et à la solidarité internationale.



Figure 2. Répartition géographique des activités d'ESSENTIEL en 2018 (ESSENTIEL, 2018).

B. Principaux partenaires du projet

France Bénin Vendée est une association française créée en juin 1988, qui a pour but d'aider les Béninois à se prendre en charge et à devenir autonomes grâce au transfert de compétences. FBV est organisée en commissions (mutuelle, nutrition, parrainage, formation, agriculture, optique). Elle dispose d'un local à Cotonou et intervient sur l'ensemble du territoire béninois (ESSENTIEL, 2016).

ADMAB (Association d'Aide au Développement de Mutuelles Agricoles au Bénin), créée en 1996 à l'initiative de FBV. Son objectif est de répondre aux besoins des populations béninoises aussi bien en matière de santé et d'éducation, qu'en matière d'assainissement, d'agriculture et de protection de l'environnement. L'ADMAB appuie la mise en place de mutuelles de santé (ESSENTIEL, 2016).

Le **CONSAMUS** (Conseil National béninois des Structures d'Appui aux MUTuelles Sociales) est issu d'un cadre de concertation et d'appui aux mutuelles de santé mis en place en 1998 par les acteurs du développement des mutuelles de santé. Au regard des nouveaux enjeux (règlement UEMOA, RAMU, nécessité de structuration et de professionnalisation des mutuelles), les acteurs ont fait évoluer la structuration de leur plateforme vers une organisation avec un statut juridique propre : le « Conseil National des Structures d'Appui aux MUTuelles Sociales – CONSAMUS » (ESSENTIEL, 2016).

Parallèlement, la **FENAMUS** (Fédération NAtionale de la MUtualité Sociale du Bénin) s'est constituée très récemment. Il s'agit d'une structure faîtière des mutuelles de santé réunissant les unions communales de mutuelles de santé, les Conseils Départementaux des Mutuelles Sociales (CDMS) et assurant une représentation des mutuelles de santé. Elle vient tout juste d'acquérir une reconnaissance juridique. Le CONSAMUS constitue en théorie la branche technique du mouvement mutualiste pour apporter à la FENAMUS toute l'expertise et l'encadrement nécessaires à son épanouissement (ESSENTIEL, 2016).

C. Historique du projet

Le projet "Accès à la santé au Bénin : appui technique et institutionnel au mouvement mutualiste

Nom du porteur de projet	ESSENTIEL
--------------------------	-----------

pour un accès aux soins des populations du secteur informel" d'ESSENTIEL est en partenariat avec l'ADMAB, le CONSAMUS et FBV. Il a débuté en janvier 2017 et se terminera en décembre 2019, soit pour une durée maximale de trois ans. Il a pour but d'améliorer les conditions de vie des populations et réduire les inégalités.

ESSENTIEL se place en tant que **structure initiatrice** du projet. En retrait face aux partenaires locaux, elle délègue la coordination quotidienne des activités terrain dans le but de **renforcer leur autonomie**. Son rôle permet d'accompagner et de conseiller les acteurs du mouvement mutualistes béninois.

Appuyé financièrement par l'Agence Française de Développement (AFD), le projet s'est construit selon un certain **guide méthodologique** (cadre logique, Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV), audit, évaluation finale). Pour répondre aux critères de l'AFD le projet doit être cohérent avec les orientations stratégiques et géographiques de celle-ci. Il doit également s'inscrire dans le cadre des Objectifs de Développement Durable adoptés par les Nations Unies en 2015. C'est pourquoi dans ce projet ESSENTIEL souhaite intégrer la **question du genre**. Cela passe par la collecte des indicateurs sexo-spécifiques et le choix d'actions à mettre en place au niveau de chaque structure.

La prise en compte de la **jeunesse** est également intégrée. Cela passe par la collecte des indicateurs pour montrer les tranches d'âges des mutualistes et des élus, ainsi que la prise en considération des pistes d'améliorations proposées par les jeunes.

Titre du projet	Accès à la santé au Bénin : Appui technique et institutionnel au mouvement mutualiste pour un accès aux soins des populations du secteur informel
Lieu du projet	République du Bénin : Communes de Copargo et de Ouaké / Zone Sanitaire de Djougou-Copargo-Ouaké / Département de la Donga
Domaine d'intervention	Protection sociale, santé, offre de soins
Durée, dates prévisionnelles de début et de fin du projet	3 ans Du 01/01/2017 au 31/12/2019
Montant global du projet	300 000€ (participation de l'AFD 150 000€)
Partenaires du projet	AFD ADMAB CONSAMUS FBV Fondation d'entreprise Harmonie Mutuelle

Figure 3. Identification du projet d'ESSENTIEL (NIONG ESSENTIEL, 2016).

D. Calendrier du projet

Accès à la santé au Bénin : appui technique et institutionnel au mouvement mutualiste, pour un accès aux soins des populations du secteur informel

CALENDRIER DU PROJET



Prise de contact avec le **CONSAMUS (niveau national)**

2014
ESSENTIEL se rapproche de FBV. Les deux structures sont en lien avec le **mouvement mutualiste** français.

JUILLET 2015
ESSENTIEL et FBV réalisent leur **première action** commune au Bénin

Renforcement des mutuelles dans les communes de Copargo et Matéri (**niveau local**)

JUIN 2016
Rédaction du présent projet

DÉCEMBRE 2016
Fin du projet

JANVIER 2017
Démarrage du présent projet financé par l'AFD

SEPTEMBRE 2017
Venue d'ESSENTIEL sur le terrain

OCTOBRE 2018
Appel d'offre pour l'évaluation du présent projet

MAI 2018
Venue d'ESSENTIEL sur le **terrain**

JUIN 2019
Venue d'ESSENTIEL sur le **terrain**
Évaluation du projet par l'équipe **SANAE**

Déposition d'un **Appel à Manifestation d'Intention** à l'AFD pour le renouvellement du financement

DECEMBRE 2019
Fin du projet

Figure 4. Calendrier du projet (SANAE, 2019)

E. Zone du projet

● Localisation du projet

Le projet est mis en œuvre dans le département de la Donga au nord-ouest du Bénin. Dans cette zone, les activités se déroulent dans les communes de **Copargo** et **Ouaké**. Ces communes sont incluses dans la **zone sanitaire** Djougou-Copargo-Ouaké.

Le suivi administratif et technique se fait depuis **Cotonou** par l'équipe de l'ADMAB.



Figure 5. Départements du Bénin (ESSENTIEL, 2019)

● Climat

Le climat de la zone d'étude est du type **soudano-guinéen**, caractérisé par une saison sèche qui couvre 6 mois de l'année (mi-octobre à mi-avril) et une saison pluvieuse où le mois d'août est le mois le plus pluvieux. En saison pluvieuse, les cours d'eau entraînent des submersions favorables à la pratique de la riziculture dans les bas-fonds (INSAE, 2004).

● Population

En 2013, d'après l'INSAE le département de la Donga représentait **5,4%** de la population béninoise soit environ 540 000 habitants.

L'**indice synthétique de la fécondité** est de **4,6** enfants par femme, avec des niveaux presque identiques dans toutes les communes de la Donga.

Le **taux d'alphabétisation** s'élève à **31%** et est inférieur à la **moyenne nationale (43%)**. Il est faible dans la commune de Copargo et plus élevé dans celle de Ouaké (**39%**) (INSAE, 2013).

● **Activités de rente**

La Donga compte environ 120 000 actifs, agés de 15 à 64 ans, **98,8%** de cette population active est occupée. Le **secteur primaire** représente **64%** de la population active et la majorité de celle-ci soit **95%** travaille dans le **secteur informel**. Le **secteur formel** (public et privé) ne représente que **4,3%** (INSAE, 2013).

L'agriculture et le **commerce** sont très présents dans le département, ce qui permet à Djougou, Bassila et Ouaké de servir de lieu d'échange et de rencontre pour divers produits agricoles et artisanaux. Les échanges économiques s'effectuent surtout avec le sud du pays, le Togo et le Burkina Faso. Le **karité** et le **nééré**, deux essences forestières protégées, se rencontrent partout dans le département. Le système de production est essentiellement basé sur la **culture du maïs, du sorgho et du mil, du coton, du manioc, du niébé, de l'igname, de l'anacarde et de l'arachide**. La commune de Djougou et la commune de Bassila sont les plus gros producteurs de coton du département.

L'industrie dans le département de la Donga est **quasi inexistante**. Enfin, concernant **l'élevage et la pêche**, ils sont **très peu pratiqués**. Il existe quelques étangs dans la commune de Copargo (Tanéka-Koko et Karhum) (INSAE, 2004).

F. Objectifs, activités et enjeux du projet

L'**objectif général** du projet est d'améliorer l'accès à la santé des populations du secteur informel, notamment agricole.

Les **objectifs spécifiques** sont de :

- Consolider et développer les mutuelles et unions de Copargo et Ouaké,
- Créer des conditions durables pour améliorer la qualité des soins sur la zone sanitaire,
- Renforcer les structures d'appui et les organisations fédératives du local au national (ESSENTIEL, 2016).

Ces objectifs seront réalisés en portant une attention particulière à des questions du genre et de la jeunesse.

Les **résultats attendus** du projet sont :

- (1) Les mutuelles et les unions renforcent leurs capacités de gestion interne en accord avec la réglementation UEMOA.
- (2) Les mutuelles de santé et les unions développent leur base.
- (3) L'offre de soins est améliorée dans les centres de santé de Ouaké et Copargo.
- (4) Le mouvement mutualiste participe à la structuration de la demande de soins.

- (5) Le rôle de la médecine conseil se développe dans le département (infirmier-conseil).
- (6) Le CDMS de la Donga est structuré et renforcé et sert de courroie de transmission entre le niveau local et le niveau national.
- (7) La FENAMUS se structure et joue son rôle de faîtière du mouvement mutualiste grâce au soutien apporté par le CONSAMUS, plateforme technique nationale.
- (8) L'ADMAB, en tant qu'opérateur d'appui local, se professionnalise et s'inscrit dans une dynamique nationale et sous régionale (ESSENTIEL, 2016).

G. Études préalables du projet

En amont, une **étude de faisabilité** a été rédigée par SoliDev et la Coopération Technique Belge (CTB), aujourd'hui nommée Enabel. Celle-ci a démontré que le taux de fréquentation des structures de santé était l'un des plus bas du département et qu'il n'y avait pas de mutuelle de santé en activité (NIONG ESSENTIEL, 2016).

Le projet s'est divisé en **deux phases**. En septembre 2018 un **rapport d'exécution intermédiaire** tranche n°1 qui couvrait les 18 premiers mois soit du 01/01/17 au 30/06/18 a été rédigé par M. Jean CASSARD, chargé de projet d'ESSENTIEL. Depuis, ESSENTIEL a réalisé 2 **missions de supervision**, une en septembre 2017 et une en mai 2018. Sa dernière venue sur le terrain était début juin 2019.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

I. Demande du commanditaire

Dans la suite logique du projet, l'équipe SANAE a été mandatée par ESSENTIEL pour réaliser une **évaluation finale**.

Il s'agit plus précisément de : comparer les résultats obtenus à ceux initialement prévus, d'évoquer les raisons pour lesquelles les objectifs n'ont pas été atteints, et de suggérer des pistes d'amélioration.

Pour ce faire, les évaluateurs se réfèrent aux **23 activités** du cadre logique qui permettent de répondre aux **3 objectifs spécifiques** énoncés en amont. Ainsi, une vérification de l'atteinte des indicateurs objectivement vérifiables est réalisée.

Se dégage alors **3 grands volets d'évaluation** que sont : la dynamique des mutualistes, l'appui à l'amélioration de la qualité des soins ainsi que la structuration du mouvement mutualiste de l'échelle locale à nationale.

Plus en détail, le volet intitulé **dynamique des mutualistes** va permettre aux évaluateurs de dresser une tendance dans l'adhésion et la poursuite ou non des cotisations des mutualistes. Le volet **appui à l'amélioration de la qualité des soins** vise à recenser les activités en lien avec l'accueil des patients, la disponibilité d'un matériel de qualité et adapté aux besoins, tout en prenant en compte la satisfaction de la patientèle. Le troisième volet se base sur la compréhension des **interactions entre les parties prenantes** ainsi que la **gestion en interne** de chaque structure. Ceci permettra de dresser une représentation du mouvement mutualiste mis en place via le projet et de réaliser un état des lieux des relations qu'entretiennent à ce jour les différents acteurs.

Un quatrième volet traitera de la **pertinence des choix stratégiques** et de leur **cohérence** avec le contexte de l'étude. Ce dernier volet traite des objectifs spécifiques de façon transversale.

Les objectifs de l'évaluation peuvent donc se décliner en trois points distincts :

- (1) Évaluer la mise en œuvre des activités du projet, l'atteinte des objectifs fixés via le suivi des indicateurs et les effets produits ;
- (2) Évaluer les forces et faiblesses du projet et la stratégie d'intervention ;
- (3) Évaluer les interactions des parties prenantes du projet au Nord comme au Sud.

II. Description des méthodologies

Le projet porté par ESSENTIEL a été conçu par la **méthode du cadre logique**. Cet outil incorpore à lui seul un dispositif de suivi et d'évaluation. Dans le cas où le cadre logique est bien construit, l'atteinte

des objectifs est normalement conditionnée par la bonne mise en œuvre des activités (Asdi, 2003). Les trois premiers volets d'évaluation (dynamiques mutualistes, appui à l'amélioration de la qualité des soins et structuration de l'échelle locale à nationale) découlent de ces objectifs. Ainsi, une partie de la demande du commanditaire peut être couverte par le renseignement des indicateurs objectivement vérifiables, rattachés à chaque activité de ce cadre.

D'autre part, la demande requiert également d'explorer la **portée du projet**, d'en analyser les **forces et faiblesses**, les **interactions entre acteurs** et l'intégration des **principes fondamentaux** (genre et jeunesse). Or, comme l'écrit Des Gasper, le cadre logique offre une base solide pour les évaluations axées sur la clarification et la mise à jour d'un concept de projet, mais s'avère **totalelement insuffisant** pour des évaluations qui tentent de définir les processus et les effets des projets (Gasper D., 1999). Ainsi, au delà du nombre de mutualistes, de formations ou de centres de soins équipés, il est important de comprendre les mécanismes du mouvement mutualiste. Ces informations peuvent être tirées des discours des différents acteurs, à travers leurs cadres conceptuels (Champeaux-Rousselot M., 2015). De cette façon, des tendances peuvent être dégagées et des recommandations cohérentes avec les réalités du terrain peuvent être formulées.

Ainsi, apparaissent **deux méthodologies complémentaires** qui, menées simultanément, apportent la validité scientifique nécessaire à l'évaluation.

III. Récolte de données

A. Types de données

Quelle que soit l'évaluation menée, le **choix du type de données** à collecter est capital. En effet, la récolte doit fournir les données nécessaires à un jugement adapté du projet.

Ce choix se fait en fonction de la **nature des résultats** recherchés. Dans le cas présent, on cherche à la fois à comprendre les mécanismes du mouvement mutualiste et à renseigner des indicateurs. Pour cela, différents types de données peuvent être collectés. En effet, la compréhension de mécanismes implique de sortir de la grille d'analyse de l'évaluateur pour laisser les parties prenantes du projet s'exprimer sur leur propres réalités. Il s'agit alors de **données émiques**, récoltables à travers le discours ouvert, lors d'entretiens libres. Parallèlement, répondre aux indicateurs nécessite d'obtenir des réponses précises, donc de poser des questions spécifiques, parfois fermées, ne laissant pas forcément la place à l'enquêté de s'exprimer pleinement sur sa propre réalité. Dans cette situation, on a plus facilement recours à des **méthodes directives** (entretiens semi-directif, voire directif). Cependant, cette dernière méthode ne rend pas compte de la totalité des faits disponibles, c'est pourquoi il est essentiel de combiner les méthodes pour maximiser la crédibilité des résultats (Peersman G., 2014).

Ainsi, les données d'entretiens libres doivent être recoupées par les données d'entretiens directifs et autres documents du projet. Différentes ressources sont théoriquement déjà disponibles : comptes rendus de réunions, d'assemblées générales, rapports d'activités, d'exécution, registres, documents de faisabilité, articles scientifiques... L'agencement de ces différentes données permet d'assurer la **validité de la démarche** (émiques/étiques, quantitatives/qualitatives).

B. Formes d'entretiens individuels

Les entretiens individuels se différencient en fonction du **degré de directivité** des interventions de l'interviewer (Fenneteau H., 2015).

Le déroulement des entretiens varie en fonction d'un mode de conduite sélectionné :

● Entretien libre (non directif)

L'interviewer présente brièvement les thèmes à aborder à l'interlocuteur et le laisse ensuite **parler librement** pendant une durée relativement longue (40 min à deux heures dans la plupart des cas). L'interviewer **se manifeste assez peu**, ses interventions sont destinées uniquement à aider l'interviewer à développer son discours (Berthier N., 2010). Cette technique permet de faire des découvertes en repérant des schémas de pensée ou des comportements qui n'avaient pas retenu l'attention des enquêteurs au début de l'enquête (Berthier N., 2010).

Les enquêteurs ont eu recours à ce type d'entretien afin d'appréhender la diversité des comportements ou des opinions et ainsi recenser les principaux facteurs explicatifs de l'objet d'étude. Cet entretien permet également d'aborder des sujets délicats, tels que les motivations ou les conflits, pour lesquels les individus ont du mal à parler et à se dévoiler.

L'outil utilisé est le **guide d'entretien**. Celui-ci est ainsi alimenté au cours de l'enquête afin de **réajuster les thèmes** à aborder ([Annexe 1](#)).

● Entretien semi-directif

Selon Fenneteau H., l'interviewer aborde l'entretien semi-directif avec un **guide d'entretien** qui dresse la liste des sujets que l'interviewé doit aborder. Lorsque ce dernier n'évoque pas spontanément un thème figurant dans le guide, **l'interviewer l'invite à en parler**, ce qui induit une certaine directivité. A l'intérieur de chaque sujet, l'enquêté s'exprime librement.

● Entretien directif

Dans ce type d'enquête, l'objectif est d'obtenir des **informations précises** à l'aide de questions qui peuvent être prédéfinies (Blanchet A., Gotman A., 2010). Chacune des questions invite l'enquêté à formuler un petit discours ; il peut s'exprimer longuement si il le souhaite. L'interviewé répond donc librement aux questions.

L'entretien directif, est utilisé dans l'enquête lorsque la priorité est, non pas de faire des découvertes, mais de collecter des **informations détaillées** portant sur des **phénomènes précis** (Blanchet A., Gotman A., 2010). Ce type d'entretien permet donc, par exemple, de renseigner le

cadre logique ou de vérifier un phénomène. Il ne saurait être confondu avec le questionnaire. Ce dernier, à visée statistique, dispose de questions accompagnées souvent par des modalités de réponse et celles qui n'en comportent pas appellent des réponses relativement brèves (De Singly F., 2012).

La technique directive, orientant fortement le discours, incite les individus à se placer dans le cadre défini par les questions et à se référer aux notions qui interviennent dans leur formulation. En procédant ainsi, la technique ne permet pas de rentrer en profondeur dans l'univers de pensée de l'enquêté. Les enquêtés peuvent se bloquer par certains mécanismes de défense, mais aussi fournir des réponses superficielles, stéréotypées...

C. Organisation des enquêtes

1. Zone d'étude

En France, l'étude s'est réalisée dans les bureaux d'ESSENTIEL situés à **Nantes**.

Au Bénin, l'étude a débuté à **Cotonou**, où se consolident les actions du projet au niveau national. Dans la région de la Donga, la zone d'étude s'étend sur les communes de **Copargo** et **Ouaké**, où sont implantées les mutuelles de santé du projet et les centres de santé conventionnés. Ces communes appartiennent à la zone sanitaire Djougou-Copargo-Ouaké. Neuf arrondissements sont concernés :

- Commune de Copargo : Copargo, Pabégou et Singré.
- Commune de Ouaké : Ouaké, Badjoudè, Tchalinga, Komdè, Sèmèrè I et Sèmèrè II.

L'arrondissement d'Anandana a été déconseillé d'accès pour des raisons de sécurité par M. Taïrou.

2. Échantillonnage

Dans le cadre de l'enquête sociale, les échantillons employés sont relativement **restreints**. Ces échantillons ont tendance à être d'abord **ciblés** et non aléatoires, en partie parce que les processus sociaux possèdent une logique et une cohérence que l'échantillonnage aléatoire ne percevait pas (Almedom A. et al., 1998). Dans les enquêtes quantitatives, au contraire, un grand nombre de cas sont étudiés indépendamment de leur contexte dans le but d'une signification statistique (Almedom A. et al., 1998).

Les principes de *diversification interne* et de *saturation* sont employés par les évaluateurs dans le cadre de l'enquête.

- On présente la diversification, plutôt que la représentativité statistique, comme le critère majeur de sélection en ce qui concerne les échantillons qualitatifs par cas multiples (Glaser B. G, Strauss A. L., 1967 ; Michelat G., 1975). Le principe de **diversification interne** (ou intragroupe) permet de fournir le panorama le plus complet possible des problèmes ou situations, une vision d'ensemble, à l'intérieur d'un groupe restreint et homogène d'individu.

D'où l'idée de diversifier les cas de manière à inclure la plus grande variété possible, indépendamment de leur fréquence statistique (Pires A., 1997).

Dans l'étude présente, par exemple, on distingue le groupe des bénéficiaires : l'homogénéité de cet échantillon est observée car seuls les bénéficiaires sont admissibles dans ce groupe. Mais par la suite, les évaluateurs se sont attachés à la diversification interne de ce groupe : bénéficiaires urbains ou ruraux, jeunes ou âgés, agriculteurs ou commerçants...

- Le principe de **saturation** est utilisé lorsque, après l'émergence de données successives dans différents contextes (toujours dans l'optique de maximaliser la diversification interne), ces dernières n'ajoutent aucune propriété nouvelle à l'échantillon, on peut dire que l'échantillon est saturé (Pires A., 1997). Cela traduit l'idée qu'il n'y a plus rien d'important à apprendre sur le groupe au risque d'une accumulation supplémentaire de données déjà observées. Ce principe indique aux évaluateurs à quel moment la collecte de données se termine, leur évitant ainsi un gaspillage inutile de preuve et de temps.

L'échantillon total de l'enquête regroupe **une centaine d'acteurs**, ayant en partie été désignés avant la mission. Ceux-ci ont été jugés intéressants pour renseigner le cadre logique ou permettre une compréhension des mécanismes du projet et de son environnement.

Les évaluateurs ont été amenés à rencontrer plusieurs fois les mêmes acteurs.

L'échantillon total de l'enquête est effectué de façon suivante :

Membres ESSENTIEL (Nantes, France)

- 1 vice-président ESSENTIEL
- 1 directeur ESSENTIEL
- 1 chargé de projets ESSENTIEL
- 1 assistante administrative et financière ESSENTIEL
- 3 bénévoles ESSENTIEL

Membres FBV (Nantes, France)

- 1 vice-président FBV

Parties prenantes du projet (Cotonou, Bénin)

- 1 présidente ADMAB
- 1 vice-président ADMAB / ancien président FBV
- 1 chargé de projet ADMAB
- 1 secrétaire ADMAB
- 1 président CONSAMUS
- 1 chargé de mission CONSAMUS

Parties prenantes du projet (zone sanitaire Djougou-Copargo-Ouaké)

- 2 animateurs ADMAB
- 1 infirmier-conseil CONSAMUS
- 1 médecin coordinateur de la zone sanitaire
- Population cible : 19 bénéficiaires, 6 ancien bénéficiaires, 9 non bénéficiaires

- Élus mutualistes : *membres du bureau* : 1 président d'union, 10 présidents, 1 vice-président, 10 trésoriers, 1 trésorier adjoint, 7 secrétaires / *membres de la mutuelle* : 2 organisateurs, 2 chargé de l'information, 1 délégué de mutuelle, 2 relais communautaire, 3 membres comité de surveillance.
- Agents de santé : 1 médecin chef, 2 infirmiers, 5 pharmaciens, 9 aides-soignants, 5 sages-femmes, 1 technicienne de laboratoire
- Membre des réseaux : 1 président de la CUSS, 1 membre COGES
- Autorités sanitaires : 2 points focal santé
- 1 présidente SoliDev + 1 trésorier, 1 président et 1 secrétaire mutuelle SoliDev

Les acteurs rencontrés figurent dans le planning de la mission disponible en [Annexe 2](#).

3. Organisation et déroulement des entretiens

L'enquête est réalisée à l'aide de **guides d'entretien** préalablement rédigés suivant les deux méthodologies énoncées précédemment. Le **cadre de l'entretien** (lieu, moment, profil de l'interviewé) a été déterminé à l'avance. Ces éléments sont importants et peuvent influencer sur la qualité du discours. Les animateurs et l'infirmier-conseil ont apporté leur soutien aux évaluateurs pendant la collecte de données et ont, en outre, organisé les entretiens auprès des bénéficiaires, agents de santé, élus mutualistes et autorités locales. La bonne connaissance du terrain d'action a largement facilité le travail à ces niveaux.

Une moyenne de 8,28 entretiens sont réalisés par jour pour le groupe. Le nombre d'entretiens quotidien varie de 2 à 24. Pour les élus mutualistes, le personnel de santé et les bénéficiaires, les entretiens ont durés de 20 minutes à 1 heure. Pour d'autres acteurs clé, ils ont pu durer jusqu'à 3h45.

L'équipe d'évaluateurs est scindée selon plusieurs **sous-groupes**, permettant ainsi de rencontrer plusieurs individus simultanément, parfois dans des lieux différents. Ces sous-groupes changent régulièrement, afin de rompre la routine, maintenir l'objectivité des enquêteurs et croiser les compréhensions de chacun.

Une équipe de deux personnes est définie pour chaque entretien : l'**interviewer** (qui dirige l'entretien) et le **transcripteur** (qui rédige l'entretien). Les évaluateurs ont fait appel à des **traducteurs** au besoin, ayant bénéficié d'une petite formation : objectifs de l'étude, consignes à respecter pour la traduction...

Les entretiens ont été effectués selon un **protocole** de collecte de données :

- L'interviewer ouvre la séance d'entretien en déclinant son identité et celui de son binôme, présentant SANAE et soulignant l'utilité de l'enquête. Il remercie l'enquêté pour le déplacement et le temps accordé.

- L'interviewer définit approximativement la durée de l'entretien et précise l'enregistrement. Il souligne que l'anonymat de l'enquêté est garanti et indique qu'il est tenu au secret professionnel en sa qualité d'enquêteur.
- Il rappelle les règles de fonctionnement de ce type d'entretien (liberté d'expression...). Puis, il donne la parole à l'enquêté.
- L'interviewer anime la séance en se référant au guide d'entretien.
- L'entretien se conclut avec un temps de parole libre, où l'enquêté peut développer son discours sur un sujet déjà mentionné ou non-mentionné.

Plus particulièrement pour les entretiens libre :

- L'ordre des thèmes du guide est défini à l'avance. Cependant, l'interviewer fait appel à une certaine souplesse. Par exemple, si les participants souhaitent effectuer un retour en arrière ou manifestent la volonté d'aborder un thème qui ne figure pas dans le guide d'entretien, mais qui s'avère intéressant pour l'étude en cours, l'interviewer peut laisser la liberté de le faire.
- L'interviewer doit accorder une importance à son attitude non directive, il veille à ne pas influencer sur le contenu de la discussion et à ne pas orienter le discours de l'enquêté. Il intervient uniquement pour effectuer un recentrage s'il a le sentiment que l'enquêté s'égare, il peut également prendre la parole pour aider une personne à développer un discours.

De manière quotidienne, la **synthèse** des données récoltées est réalisée. Après **transcription** des entretiens, une **restitution des entretiens** à l'ensemble du groupe est ensuite effectuée. Ceci permet de questionner la démarche de collecte et d'avoir un regard critique sur la récolte de données du jour. Les guides d'entretiens peuvent être revus si nécessaire. Ce temps est également consacré à l'organisation de la mission, la prise de contact des acteurs et l'ajustement du planning.

4. Transcription des entretiens

La transcription fidèle et intégrale de l'entretien est la conséquence d'un choix réfléchi avec l'ensemble de l'équipe.

Lors de l'entretien, le transcripteur fait une prise de note de l'entretien sur un **cahier d'enquête**. Les hypothèses et pistes à creuser, venant à l'esprit lors de l'entretien, sont également notés dans le cahier. Ces notes sont ensuite transcrites sur un **logiciel de traitement de texte** de type Word, puis complétées par l'écoute d'enregistrements vocaux. Les acteurs rencontrés n'ont pas été réticents à l'enregistrement de l'entretien et à la prise de notes.

Les entretiens sont transcrits le jour même ou quelques jours suivant l'entretien. La transcription est standardisée avec une **mise en page** identique pour l'ensemble du groupe d'évaluateurs. Cette mise en page contient :

- Une **notice d'informations** en début du document pour renseigner la date de l'entretien, durée de l'entretien, type d'entretien, lieu de l'entretien, nom de la personne enquêtée...

- Un espace pour rédiger le **discours** de l'enquêté.
- Un espace pour des **commentaires** (biais méthodologique, présence d'un traducteur...).
- Un **résumé de l'entretien** avec les informations à retenir, réflexions, hypothèses et début d'interprétations.

Quotidiennement, les sous-groupes font un **compte-rendu oral** des entretiens, afin de relever les erreurs méthodologiques de l'interviewer, identifier les nouvelles personnes à rencontrer, les nouveaux thèmes à aborder...

CONSTATS ET ANALYSES

I. Suivi des indicateurs du cadre logique et niveau d'atteinte des objectifs et résultats

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1 : Consolider et développer les mutuelles et unions des communes de Copargo et Ouaké.

Résultat 1.1 : Les mutuelles et les unions renforcent leurs capacités de gestion interne en accord avec la réglementation UEMOA.

A1. Elaborer et organiser des cycles de formations pour les élus mutualistes – avec l'ADMAB

Indicateur de suivi : 5 formations sont mises en place.

Cette activité n'a pas été encore entièrement réalisée. D'après les données recueillies sur le terrain et à travers les documents obtenus, 4 formations ont été réalisées à ce jour :

- > Procédures administratives
- > Procédures financières et comptable
- > Marketing social
- > Gestion financière

L'information est d'abord parvenue à travers les réunions de cadrage et de bilan du 03/06 et 04/06 dans laquelle M. Yaya Armand Gilles, chargé de projet ADMAB, a confirmé la réalisation de 4 formations sur les thèmes évoqués précédemment. Cette information fut de nouveau abordée lors de l'entretien avec M. Yaya.

De plus, lors des entretiens avec les élus, la plupart ont dit avoir reçu des formations.

“J’ai reçu deux formations. Une sur la sensibilisation (marketing social) et une sur le remplissage des registres (procédures administrative, financière et gestion financière).” [Secrétaire d’une mutuelle d’un arrondissement de Copargo, 12/06]

A Ouaké, le président de la mutuelle de Tchalinga (14/06) évoque lui aussi deux formations, une sur la sensibilisation (marketing sociale) et l’autre sur la tenue des registres (procédures administratives et financières et gestion financière).

A Badjoudè, les formations n’ont pas été évoquées.

La formation manquante est prévue pour la fin de l’année 2019. Elle aura pour thématique la **gouvernance financière**.

A2. Instaurer les outils de gestion et procédure internes selon l’UEMOA – avec l’ADMAB

Indicateur de suivi : Les fiches de suivi et le guide de procédures sont en place dans les mutuelles.

Cette activité a bien été réalisée : les outils ont été distribués et mis en application dans les mutuelles de santé. L’accès à tous ces outils n’étant pas possible suite à une visite partielle des sièges des mutuelles.

Cette information est ressortie rapport d’exécution intermédiaire de tranche 1 où il est stipulé que les manuels de procédure de l’UEMOA ont été distribués dans toutes les mutuelles et accompagnés d’une formation.

Elle a été confirmée dans les entretiens avec les élus mutualistes, qui ont évoqué l’existence de ces documents, ainsi que par le croisement des données relevées dans les différentes mutuelles.

A3. Engager le processus de création de l’union de Ouaké

Indicateur de suivi : Une reconnaissance juridique obtenue pour l’union.

La création de cette union était prévue pour fin juin 2019. Cependant, un audit a montré que les différentes mutuelles n’avaient pas de cadre juridique défini et il était donc difficile de créer une union. Actuellement, pour pouvoir continuer cette activité, il y a un besoin urgent en documents administratifs délivrant les statuts juridiques. [Chargé de projets ESSENTIEL, 25/06; Chargé de projet ADMAB, 27/06]

De plus, il est prévu, dans le cadre du projet pilote ARCH, que les mutuelles de la zone contractualisent avec le Ministère. Cependant, tant que celles-ci n’ont pas de statut juridique, il est impossible pour elles d’appartenir au projet. Il semble donc plus logique pour certains partenaires de créer une mutuelle communale afin d’être représenté à l’ARCH. En effet, cela permettrait un gain de temps en ne déclarant juridiquement qu’une seule et même mutuelle. [Chargé de projets ESSENTIEL, 25/06; Chargé de projet ADMAB, 27/06]

A4. Assurer le suivi des mutuelles et des unions - avec l'ADMAB.

Indicateur de suivi : Les données remontent chaque mois et sont analysées selon le cadre défini.

Depuis novembre 2017, un changement au du SIG (Systèmes d'informations géographique) permettant le suivi des mutuelles et des unions a été mis en place. Celui-ci demande plus de rigueur que le précédent par conséquent les animateurs et le personnel de l'ADMAB rencontre des difficultés à se l'approprier. Étant plus compliqué la remontée des données ne parvient pas à se faire correctement. [Chargé de projets ESSENTIEL, 25/06]

D'après l'animateur de Copargo (18/06), il est plus complexe de renvoyer les données tous les mois avec le nouveau logiciel. Selon lui la fréquence d'envoi des données pourrait se faire de façon trimestrielle.

Début juin 2019, ESSENTIEL a eu une réunion d'information avec le personnel de l'ADMAB autour de l'utilisation de ce logiciel pour accélérer la remontée des données. [Chargé de projet ADMAB, 27/06]

Résultat 1.2 : Les mutuelles de santé et les unions développent leur base.

A5. Installer le siège des mutuelles - avec l'ADMAB.

Indicateur de suivi : Les 10 mutuelles et les 2 unions ont leur siège et sont pourvues en matériel.

Un siège a été attribué pour tous les arrondissements. Cependant, ils n'ont pas encore été tous pourvu en matériel. En effet, d'après le chargé de projet ADMAB lors de la réunion de cadrage et le bilan des activités du 03/06 et du 04/06, le reste du mobilier est encore en construction chez le menuisier. La présence d'un siège a été évoquée avec les élus qui ont tous confirmé l'obtention d'un local. Cependant, cinq mutuelles rencontrées ne disposaient pas encore du matériel requis :

- > Pabégou, où l'absence de mobilier a pu être observé le 11/06;
- > Tchalinga et Anandana évoqués lors des réunions de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06;
- > Le président de Sèmèrè I a évoqué l'absence de matériel dans le siège lors de la rencontre du 13/06.

Le siège de l'union de Copargo possède un siège avec le mobilier adéquat.

A6. Conduire les campagnes de sensibilisation, de collecte et d'adhésion aux mutuelles - avec l'ADMAB.

Indicateur de suivi : Une campagne de sensibilisation par an.

Cette activité a été réalisée. Plusieurs campagnes de sensibilisation sont réalisées au cours de l'année.

D'après les réunions de cadrage et le bilan des activités du 03/06 et du 04/06, elles se déroulent chaque année, principalement d'octobre à mars. Le reste de l'année, les élus continuent de démarcher, à leur échelle, leurs voisins, amis et collègues.

A travers les entretiens réalisés avec les élus mutualistes du 10/06 au 13/06, les informations suivantes ont pu être récoltées et précisées :

- Différentes formes de sensibilisation sont réalisées;
 - Sensibilisation de masse
 - Porte à porte
- Différents outils et stratégies sont utilisés pour effectuer ces sensibilisations. Lors des événements culturels (mariage/baptême), à la sortie des lieux de cultes (église/mosquée) et dans les événements publics (marchés). Des crieurs publics rassemblent la population.

A7. Mener des campagnes de communication - avec l'ADMAB.

Cette activité a bien été réalisée. Des campagnes de communication ont été menées. Des contrats avec des radios locales (radio rurale pour Ouaké et solidarité radio pour Copargo) ont été signés de novembre 2018 à février 2019. Une émission a aussi été réalisée fin février avec des t-shirts qui ont été confectionnés et mis à disposition des élus mutualistes.

Ces informations ont été recueillies lors des réunions de cadrage et bilan des activités du 03/06 et du 04/06 puis confirmées durant l'entretien avec M. Taïrou et certains élus mutualistes :

“La radio, c'est bien mais tout le monde ne la capte pas”. [Secrétaire d'une mutuelle d'un arrondissement de Sèmèrè, 13/06]

“J'ai été sensibilisée par la radio, le message est dit en 3 langues”. [Mutualiste Pabégou, 21/06]

A8. Relancer la concertation de la prise en charge des indigents par les mutuelles de santé avec les autorités compétentes (action pilote).

C'est l'activité qui connaît le plus de difficultés. Au vu du projet de l'ARCH et de son activité pilote sur les indigents, cette activité a été abandonnée. Il n'y a pas d'information sur les indigents via les mutuelles, un recensement doit être fait par les autorités locales.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2 : Créer des conditions durables pour améliorer la qualité des soins sur la zone sanitaire de Djougou-Copargo-Ouaké avec les autres acteurs présents sur le territoire.

Résultat 2.1 : L'offre de soins est améliorée dans les centres de santé de Ouaké et Copargo.

A9. Renforcer matériellement les centres de santé.

Indicateur de suivi : Le plateau technique de 50% des CSA est amélioré par un matériel adapté.

Cette activité n'a pas encore été réalisée dans son intégralité. En effet, d'après le rapport d'exécution intermédiaire de tranche 1, trois centres de santé, Kpaou, Pabégou et Ouaké centre ont été pourvu en matériel adapté.

D'après les réunions de cadrage et le bilan des activités du 03/06 et du 04/06, une liste de la synthèse en besoins matériels des différents CSA a été envoyée à l'ADMAB. Un fournisseur doit être trouvé pour pouvoir acheter les différents produits.

Chaque année, FBV envoie un conteneur au Bénin. Le dernier a été envoyé fin 2018 et réceptionné début 2019. L'apport de matériel repose sur la liste traitée par l'ADMAB et sur les conteneurs envoyés par FBV. [Chargé de projets ESSENTIEL, 25/06]

Les différents agents de santé des CSA rencontrés avaient soit, reçu du matériel comme des lits ou des matelas, des pinces (Pabégou, Sèmèrè, Ouaké-centre, Copargo-centre), soit ils n'avaient reçu aucun matériel.

A10. Appuyer l'amélioration de la qualité des soins à moyens constants - avec l'ADMAB

Indicateur de suivi : 16 ateliers sur la qualité des soins sont organisés. Mise en place de plan d'action pour les centres de santé conventionnés.

Cette activité n'a pas encore été réalisée. 16 ateliers devront être réalisés d'ici décembre. [Infirmier-conseil, 21/06]

8 rencontres (parmi les 16) avaient été prévues et elles n'ont pas été faites. D'après le chargé de projets ESSENTIEL, il s'agirait d'un manque de temps des agents de santé. D'après les réunions de cadrage et le bilan des activités du 03/06 et du 04/06, des missions AQS animées par les bénévoles d'ESSENTIEL en novembre ont été animées dans les arrondissements de Copargo, Anandana, Komdè et Tchalinga, un plan d'action doit être rédigé à la suite de ces ateliers.

Les animateurs et certains prestataires de soins ont aussi soulevé le problème de la réaffectation des agents de santé qui ralentit cette activité :

“Les fonctionnaires de l'Etat sont appelés à tourner tous les 2 ans. Pour éviter la corruption et la paresse.” [Animateur, 18/06]

A11. Réaliser des études de satisfaction auprès des mutualistes - avec l'ADMAB

Indicateur de suivi : 1 enquête par an est réalisée. Les plaintes des usagers mutualistes sont enregistrées et traitées par les mutuelles en continu avec une prise en compte des besoins et des demandes spécifiques des femmes et des jeunes.

Cette activité est en cours de réalisation. A ce jour, deux enquêtes de satisfaction ont été réalisées (pas d'accès aux documents finaux de ces enquêtes) et analysées depuis le début du projet, précisées lors des réunions de cadrage et bilan des activités du 03/06 et du 04/06. La dernière et prochaine enquête devrait avoir lieu avant la fin de l'année. Il n'y a pas eu d'informations supplémentaires sur la gestion des plaintes des usagers.

Résultat 2.2 : Le mouvement mutualiste participe à la structuration de la demande de soins

A12. Inscrire les unions de Copargo et Ouaké dans la CUSS – avec l'ADMAB

Indicateur de suivi : Les mutuelles et unions participent aux concertations organisées dans la zone sanitaire.

L'union de Ouaké n'étant pas encore créée, elle ne participe pas aux espaces de concertations des PUSS.

D'après le rapport d'exécution intermédiaire de la tranche 1, l'union de Copargo participe aux espaces de concertation de la CUSS. Le président de l'union est membre de la CUSS et participe aux espaces de concertations.

Cependant, lors de la réunion le 07/06 avec le président de la CUSS-PUSS de Ouaké, ce dernier a évoqué le fait qu'il n'est maintenant plus possible de cotiser pour une association mais seulement de façon individuelle. De ce fait, les deux unions ne peuvent plus être représentées à ces espaces de concertations (ceci est donc valable pour l'A13).

A13. Inscrire les unions de Copargo et Ouaké dans la PUSS – avec l'ADMAB

Indicateur de suivi : Les 2 unions sont inscrites et participent aux espaces de concertation (PUSS)

Cette activité n'a pas pu être réalisée car l'union de Ouaké n'est pas encore créée. Elle ne participe donc pas aux espaces de concertations des PUSS.

Résultat 2.3 : Le rôle de la médecine conseil se développe dans le département (infirmier-conseil)

A14. Implanter la médecine conseil sur le département de la Donga (infirmier-conseil)

Indicateur de suivi : Implantation de l'infirmier conseil , contrôle des prescriptions des 16 centres de santé, les conventions avec les centres de santé sont mis à jour.

Cette activité a été réalisée. M. ISSAKA Taïrou a été recruté par le CONSAMUS, formé par l'ancien médecin conseil d'APROSOC et a reçu une phase d'immersion et d'expérimentation :

“J’ai été formé par le médecin conseil qui m’a laissé sa place mais j’ai aussi appris sur le tas avec les animateurs.” [Infirmier-conseil, 18/06]

Son implantation dans la zone est acquise. En effet, il y a un très bon retour de l'ensemble des CSA, des élus et des animateurs :

“Je suis rattaché à l’infirmier-conseil. S’il y a un problème de surfacturation quand on a un doute sur une facture on lui demande et lui vérifie.” [Président de la mutuelle d’un arrondissement de Ouaké, 14/06]

“L’infirmier-conseil vient pour nous aider et contrôler les factures.” [Secrétaire d’une mutuelle d’un arrondissement de Copargo, 11/06]

“L’infirmier-conseil sert d’interface entre la mutuelle et les prestataires de soins.” [Médecin de Copargo, 11/06]

“Avec l’autre animateur et l’infirmier-conseil ça se passe bien, on se dit tout, on se donne des conseils. J’ai une petite expérience qui permet de conseiller. On a une bonne collaboration.” [Animateur, 18/06]

“A la fin du mois je reçois les ordonnances et les factures, que j’envoie à l’infirmier-conseil. Quand il y a des problèmes, on va voir l’infirmier-conseil.” [Animateur, 18/06]

Cependant il est arrivé que quelques agents de santé ne connaissent pas l’infirmier-conseil. De plus, spécifiquement à l’arrondissement de Badjoudé, certains élus de la mutuelle ont évoqué le fait que l’infirmier-conseil arrivait après qu’ils aient remboursé le CSA.

A15. Mettre en place un plan de formation pour les agents de santé de Copargo et Ouaké

Indicateur de suivi : 100% des agents de santé sont formés et connaissent le fonctionnement des MS

Cette activité doit être revue en partie. En effet, la plupart des agents de santé connaissent la répartition 70-30% (70 % des prestations de soins sont prise en charge par les mutuelles et 30 % est à la charge des mutualistes). Une meilleure connaissance du fonctionnement des mutuelles a été constaté sur les communes de Copargo en comparaison à celles de Ouaké. 80 % des agents de santé rencontrés connaissent le fonctionnement des mutuelles et l'idée qu'il s'agit d'un mouvement solidaire (d'après le croisement des données relevées dans les différents CSA des communes de Ouaké et Copargo).

Cependant, la provenance de l'argent servant au remboursement des soins ne semble pas être bien comprise. Le thème n'a pas été évoqué dans plus de 50% des entretiens (d'après le croisement des

données relevées dans les différents CSA des communes de Ouaké et Copargo). Mais lorsqu'il l'a été, un exemple intéressant en est ressorti : "Les patients payent 30%. Les 70% restant sont payés par la mutuelle, je crois que des blancs leur envoient de l'argent pour ça." [Agent de santé d'un arrondissement de Ouaké, 14/06]

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3 : Renforcer les structures d'appui et les organisations fédératives du niveau local au niveau national

Résultat 3.1 : Le CDMS de la Donga est structuré et renforcé et sert de courroie de transmission entre le niveau local et le niveau national

A16 - Soutenir la création du CDMS de la Donga

Indicateur de suivi : Le CDMS de la Donga a un siège. Le CDMS de la Donga possède le matériel nécessaire pour réaliser sa mission.

Cette activité n'a pas été réalisée.

Le siège et le matériel ne seront délivrés que lorsque le CDMS de la Donga sera créé.

Afin de créer le CDMS il faut attendre :

- > La séparation des départements Atacora/Donga;
- > La formation de l'union de Ouaké qui n'a toujours pas été faite;
- > La création du CDMS Donga, d'après les réunions de cadrage et bilan du 03/06 et 04/06.

D'après le rapport d'exécution intermédiaire de la tranche 1, le CONSAMUS a déjà rencontré les élus du CDMS de l'Atacora / Donga afin de discuter de la séparation de la Donga et de l'Atacora. Il faut attendre la création de l'union de Ouaké pour pouvoir finaliser cette activité.

A17. Établir un plan de formation pour les élus du CDMS

Indicateur de suivi : 2 formations sont dispensées.

Cette activité n'a pas été réalisée car le CDMS n'a pas encore été créé. Mais des pistes de réflexion incitent à réaliser des formations différentes de celles déjà proposées pour les élus des mutuelles, d'après les réunions de cadrage et bilan des activités du 03/06 et du 04/06. Il s'agirait ici de mettre en place des formations concernant le suivi des unions, comme le plaidoyer, comment remplir une base de données et élaborer des statistiques.

Résultat 3.2 : La FENAMUS se structure et joue son rôle de faïtière du mouvement mutualiste grâce au soutien apporté par le CONSAMUS, plateforme technique nationale

A18. Créer un poste de chargé de mission au sein du CONSAMUS pour l'appui à la structuration de la FENAMUS

Indicateur de suivi : Les outils de la FENAMUS (plan d'action, plan de communication, manuel de procédure) sont mis en place.

Même si un plan d'action a été mis en place, le plan de communication et le manuel de procédure ne l'ont pas été :

“Il y avait le plan d'action stratégique pour 2016 à 2020, après on devait faire un document de plaidoyer et aussi le plan de communication pour la FENAMUS mais ça n'a pas été fait.” [Chargé de mission, 07/06]

Un poste de chargé de mission a bien été créé.

A19. Soutenir la tenue des instances et la participation aux espaces de concertation nationaux de la FENAMUS – avec le CONSAMUS

Indicateur de suivi : Les instances de la FENAMUS sont tenues (Assemblées générales, Conseils d'administration)

Conformément au rapport d'exécution de la tranche 1, la FENAMUS a tenu des assemblées générales et des conseils d'administration en 2017(pas d'accès aux procès verbaux ou aux comptes rendues). D'après le cadrage et bilan des activités du 03/06 et du 04/06, les instances de 2018 ont bien été réalisées. Il n'y a pas de date prévue pour les instances de 2019.

A20. Engager une stratégie de remontée des statistiques du niveau local au niveau national pour pouvoir construire un plaidoyer – avec le CONSAMUS

Indicateur de suivi : Les élus de la FENAMUS participent aux ateliers et réunions de concertations nationale

Cette activité n'a pas été réalisée. En effet, les élus n'ont pas organisé de réunions de concertations nationales. De plus, ils n'ont pas participé aux réunions de concertation nationale organisées par le CONSAMUS. [Chargé de mission, 27/06]

“La stratégie a été dessinée, avec une double remontée des données. Une par les structures d'appui et une par les élus C'est sur ce second volet que des améliorations sont à apporter.” [Chargé de projets ESSENTIEL, 08/07]

Résultat 3.3 : L'ADMAB, en tant qu'opérateur d'appui local, se professionnalise et s'inscrit dans une dynamique nationale et sous régionale

A21. Planifier un parcours de formation avec l'équipe de l'ADMAB

Indicateur de suivi : 3 formations sont proposées à l'équipe de l'ADMAB

Cette activité a été réalisée et vérifiée durant l'évaluation de la tranche 1.

La formation sur l'outil de gestion a été réalisée en mai 2018.

La formation sur le fonctionnement, la gestion et le suivi des mutuelles a été réalisée les 12 et 14 octobre 2017.

La formation sur le genre et son intégration dans les projets et dans les organisations pour le personnel a été réalisée en juin 2018. [Chargé de projet ADMAB, 27/06]

Deux formations sur les thèmes de l'informatique (Microsoft Excel) et de l'ARCH sont en cours de réflexion selon les réunions de cadrage et bilan des activités du 03/06 et du 04/06.

A22. Apporter un soutien organisationnel à l'ADMAB – avec l'ADMAB

Indicateur de suivi : 1 manuel de procédure est réalisé. 1 plan d'action est réalisé

Cette activité n'a pas été réalisée:

- > Le manuel de procédure est en cours de validation par la direction (FBV et ADMAB);
- > Le plan d'action est en cours de validation par la direction (FBV et ADMAB). [Secrétaire générale ADMAB, 04/06]

Ces deux documents sont indispensables pour la rédaction du prochain projet selon les réunions de cadrage et bilan des activités du 03/06 et du 04/06.

A23. Soutenir la participation aux espaces de concertation nationaux et sous régionaux pour des échanges de bonnes pratiques.

Indicateur de suivi : Participation aux espaces de concertation nationaux sur la protection sociale et l'accès à la santé. 1 participation par an à un atelier réunissant les acteurs mutualistes sous régionaux.

Depuis l'évaluation intermédiaire de la tranche 1, il n'y a pas eu d'évolution dans cette activité, elle est dite en veille par le personnel de l'ADMAB et d'ESSENTIEL lors des réunions de cadrage et bilan des activités du 03/06 et du 04/06.

II. Diagnostic du projet

A. VOLET 1 : Dynamiques mutualistes

Les dynamiques mutualistes concernent l'évolution du nombre de cotisants et adhérents au cours du temps. On peut distinguer deux phases, une première de **sensibilisation**, où la population cible est informée sur les mutuelles et adhère au système, puis une seconde de **fidélisation**, où celle-ci renouvelle sa cotisation. Dans ce volet seront abordés la capacité du projet à mettre en place ces deux stratégies ainsi que les leviers d'action visant à les améliorer.

● Prise en charge

Le prise en charge des cotisants démarre lorsque le **fonds de caisse** atteint un certain seuil et donc un certain nombre de cotisants. Ce seuil peut varier en fonction de l'arrondissement par son nombre d'habitants. Ce taux de cotisation est déterminé conjointement par les structures d'appui ainsi que les mutuelles afin de garantir la viabilité de ces dernières lors d'un exercice. Le montant de l'adhésion (1000 FCFA) n'est pas comptabilisé dans le fonds de caisse car il est stocké dans le fonds de garantie, utilisable en cas de crise. La **période de récolte des cotisations** est prévue d'**octobre à décembre** pour débiter les prises en charge en janvier. Les élus ont choisi cette fourchette de temps car elle correspond au moment des récoltes, moment le plus propice au paiement compte tenu du nombre important d'agriculteurs dans la région.

Lors de cette évaluation, il a été remarqué que six mutuelles de santé (Tchalinga, Komdè, Badjoudè, Anandana, Pabégou et Sèmèrè I) commencent la prise en charge avec un retard allant de 5 à 6 mois en moyenne. Neuf des bénéficiaires interrogés ont relevé ce retard dans la prise en charge.

“Je cotise depuis janvier mais je n'ai pas encore été pris en charge.” [Bénéficiaire de Tchalinga, 19/06]

“Cette année ça a commencé en retard, les gens n'ont pas assez cotisé.” [Bénéficiaire de Sèmèrè I, 19/06]

Ce retard sur la prise en charge peut se traduire par une déception suite aux promesses tenues lors de la sensibilisation et de la récolte des cotisations.

“Les gens s'en plaignent mais on a peur de ne pas assurer. Il faudrait démarrer pour attirer les gens.” [Élu d'une mutuelle de l'arrondissement de Ouaké, 14/06]

Ce délai peut être un obstacle à la fidélisation des membres par le manque de confiance qu'accordent les mutualistes d'une année sur l'autre. Il l'est également pour la sensibilisation car, comme soulevé dans un entretien avec un élu mutualiste de Badjoudé le 14/06, la population est bloquée pour cotiser étant donné que la période où les soins seront couverts est fortement réduite.

● Stock de médicaments

Le ravitaillement en médicaments par les CS s'articule autour d'une filière spécifiquement contrôlée par le Ministère de la Santé. Dans un premier temps, les médicaments sont achetés puis stockés au niveau de la centrale d'achat nationale, située à Cotonou, pour être ensuite répartis au niveau des CAME. La ZS Djougou-Copargo-Ouaké est dépendante de la CAME de Natitingou. Elle a démarré ses activités en août 2005 et dessert les régions de l'Atacora et de la Donga. Les médicaments stockés au niveau de la CAME sont envoyés au dépôt répartiteur de Djougou, assurant la distribution aux structures sanitaires et établissements pharmaceutiques de la ZS.

En 2017, une polémique remettant en cause le fonctionnement de cette filière a engendré une **pénurie en médicament**. Depuis, ce problème perdure et dix des adhérents interrogés ainsi que de nombreux élus et agents de santé ont relevé ce manque d'accessibilité aux médicaments.

“Des fois on est obligés de payer les médicaments à Djougou.” [Bénéficiaire de Copargo, 21/06]

“Pour aller à Ouaké ça coûte 2500 FCFA. Après la consultation je vais avec mon ordonnance à Ouaké mais souvent il n'y a pas les médicaments à la pharmacie.” [Ancien bénéficiaire de Tchalinga, 19/06]

“Ce mois-ci la pharmacie est quasiment vide.” [Pharmacien d'un arrondissement de Copargo, 12/06]

Selon Kamozura P. et Gilson L. (2007), les carences en médicaments nuiraient à l'adhésion et à la fidélisation. Ce discours étant revenu à de nombreuses reprises, cela pourrait expliquer la diminution des adhésions et cotisations de ces dernières années. En effet, lorsqu'un bénéficiaire ne peut obtenir tous les médicaments de son ordonnance, il se dirige vers les pharmacies privées ou CS non conventionnés. Il n'est alors pas éligible au remboursement par sa MS.

D'après le rapport de recherche de Turcotte-Tremblay A. et al. (2010), les membres déçus par ces ruptures et donc par ces non-remboursements, deviennent de fervents adversaires face aux MS. En divulguant leur mécontentement auprès de leur entourage, ils compromettent alors l'image de la MS.

● **Connaissance des mutuelles**

Les **campagnes de sensibilisation** sont effectuées d'octobre à décembre, afin d'informer la population sur le système mais également pour collecter un maximum de cotisations avant le début de l'exercice de la mutuelle. Ces campagnes se déclinent en **deux grandes catégories**. D'une part, la **sensibilisation de masse**, ayant la plus grande portée, est effectuée notamment lors d'événements religieux (messe, baptême, mariage) ou lors de séances dans l'arrondissement regroupant divers groupes stratégiques (Groupement de Femmes, de jeunes, d'artisans ou encore de tisserandes). D'autre part, le **colportage**, méthode employée par les élus, consiste à faire du porte à porte pour sensibiliser la population à une certaine fréquence.

Selon Franco et al., 2006, une des causes de la **non-adhésion** de la population aux mutuelles de santé est **l'absence de connaissance** sur l'existence de celles-ci. Cela suggère donc qu'il existe un lien de causalité entre le manque d'informations sur les mutuelles et l'adhésion de la population à ces dernières. En effet, au cours des entretiens menés avec la population cible, des adhérents ont

évoqué le prix de la cotisation ainsi que le pourcentage du montant de la facture pris à leur charge (30%) tandis que d'autres n'en avaient aucune idée ou leurs discours étaient faussés.

“Nous payons 70% au centre de santé et la mutuelle paye 30%.” [Bénéficiaire de Sèmèrè I, 19/06]

De plus, l'aspect solidaire de la mutuelle ainsi que la provenance des moyens financiers permettant le paiement du reste du soin n'a pas été évoqué. Pour finir, d'autres pensaient qu'une cotisation valait pour plusieurs années.

“Je ne savais pas qu'il fallait cotiser chaque année.” [Ancien bénéficiaire, 19/06]

Ces lacunes concernant le fonctionnement de la mutuelle peuvent être dues à des campagnes de sensibilisation insuffisantes et/ou incomplètes du point de vue de leur contenu. Comme le support de sensibilisation n'était pas disponible, il est difficile d'appliquer un jugement de valeur au contenu de celles-ci.

● **Ressources à disposition des élus mutualistes**

Ces campagnes de sensibilisation ont également été abordées par les élus mutualistes. Un sentiment de frustration est ressorti lors des entretiens avec ces derniers. Ceux-ci n'ont pas l'ensemble des moyens, financiers ou matériels, qu'ils désirent pour effectuer la sensibilisation. Malgré le fond mensuel qui leur est alloué chaque mois par le projet, certains élus doivent financer eux-mêmes leur déplacement pour effectuer la sensibilisation.

● **Conventionnement avec les CS**

Les mutuelles établissent **une convention avec le centre de santé** de leur arrondissement. Grâce à cet agrément, les cotisants peuvent bénéficier du remboursement d'une partie des soins reçus. Néanmoins, dans cinq entretiens effectués avec les adhérents, un sentiment de frustration est ressorti. En effet, lorsque le centre de soins agréé ne peut satisfaire la demande du patient, celui-ci se voit dans l'obligation d'aller consulter dans un autre centre ce qui engendre des **frais supplémentaires** pour le cotisant. Par exemple, lorsque les soins sont pratiqués dans un autre centre que celui de son arrondissement, il n'y a pas de remboursement de la part de la mutuelle.

“Ma femme a été hospitalisé dans un autre arrondissement. On a dû payer.” [Bénéficiaire de Tchalinga, 19/06]

“Il y a quelques insuffisances, par exemple la non couverture intégrale de la commune.” [Bénéficiaire de Sèmèrè I, 19/06]

Dans certains cas, cette insatisfaction est due à des problèmes de **stock de médicaments**. Il y a alors une baisse de confiance des bénéficiaires envers les mutuelles ce qui peut freiner la fidélisation de ces derniers.

● Budget pour la santé

Le **faible pouvoir d'achat** des ménages serait un des principaux obstacles à l'**adhésion** (Kamuzora P. et Gilson L., 2007). Il serait également un obstacle à la **fidélisation**. De plus, des études de De Allegri M. et al. (2006) montrent une association positive entre adhésion et statut socio-économique.

La totalité des anciens bénéficiaires ainsi que quatre non bénéficiaires et certains élus ont mis en exergue des difficultés financières pour adhérer aux mutuelles ou cotiser d'une année sur l'autre. Selon eux, ce manque de ressources financières serait corrélé avec le cours de l'anacarde, ayant diminué ces dernières années et de mauvais rendements agricoles.

“Tout le monde souffre, il n'y a pas d'argent.” [Bénéficiaire de Ouaké, 19/06]

En opposition à ces discours, il a été posé que ce problème serait lié à la priorisation dans l'**allocation des ressources**. Outre l'anacarde, le coton est également une culture de rente importante dans la région. L'anacarde ne justifie pas totalement une barrière à la cotisation.

“Ils ont d'autres activités tout au long de l'année, ils ont le vivrier, ils ont le coton. C'est le coton qui donne le plus d'argent [...] il y a bien plus un problème de mentalité que de revenus. L'homme peut dépenser en boisson locale 5000 FCFA en un marché et il y en a 4 par mois.” [Infirmier-conseil, 18/06]

“Le manque de moyens devient de moins en moins une excuse pour ne pas se soigner car ce n'est pas cher.” [Bénéficiaire de Copargo, 21/06]

● Confiance dans le système mutualiste

Dans la littérature, de nombreuses mutuelles de santé ont été confrontées à des non-bénéficiaires n'ayant pas **confiance** dans ces structures. En effet, ces personnes ont été victimes ou témoins de fraude de la part d'autres projets associatifs (Creese A. et Bennett S., 1997). Par conséquent, certaines auraient besoin d'un temps d'observation avant d'adhérer (Criel B. & Waelkens M. P., 2003).

Dans le cas de cette étude, cette information est également valide. Une précédente ONG présente sur la ZS de Djougou a effectué des malversations de ce genre. Un non bénéficiaire de Ouaké en a pâti. De plus, à Tchalinga, certains bénéficiaires ont également mentionné avoir été victimes de fraude par des particuliers étrangers à l'arrondissement.

“Je n'adhère pas car je n'ai pas confiance aux mutuelles.” [Non adhérent, 17/06]

D'après les entretiens, les femmes affirment que par le biais des mutuelles de santé, elles prennent la décision de couvrir leurs enfants indépendamment de l'avis de leur conjoint ou du père des enfants.

En conclusion de ce volet, il est répertorié ci-dessus les principaux freins à l'adhésion et à la fidélisation :

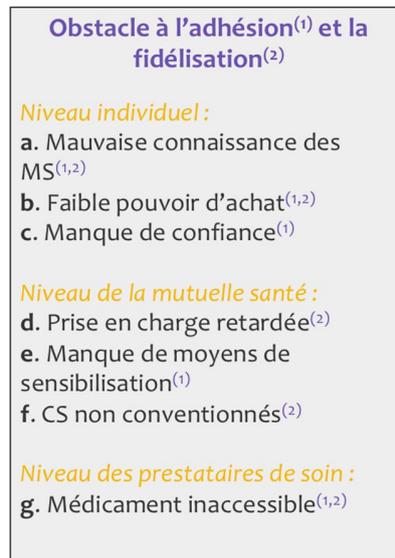


Figure 6. Listing obstacles à l'adhésion et fidélisation (SANAE, 2019)

B. VOLET 2 : Appui à l'amélioration de la qualité des soins

L'appui à l'amélioration de la qualité des soins est un des axes d'action choisis par ESSENTIEL. Ce choix s'explique par la corrélation évidente qui existe entre les mutuelles de santé et la qualité du service de santé délivré. D'après les travaux de Criel B. *et al.*, (2006) et de Waelkens MP et Criel B., (2004), l'AQS serait en effet un **facteur déterminant** dans l'adhésion aux mutuelles et également un **levier d'action** à la fidélisation.

Ainsi, améliorer cette qualité au sein d'un centre conventionné avec une mutuelle permettrait de satisfaire le patient, également satisfait en tant que client de la mutuelle.

Ceci rejoint la notion de **confiance** d'un bénéficiaire en un système mutualiste auquel il adhère, et donc les dynamiques mutualistes qui s'en suivent.

La difficulté repose alors dans les moyens à déployer pour améliorer cette qualité de soins qui reste complexe à définir.

Cette notion se décline en une multitude de définitions qui peuvent varier selon qu'il s'agisse de la perception d'un patient, d'un prestataire de soin, d'un gestionnaire d'une structure de soin ou d'un adhérent à une mutuelle de santé. C'est pourquoi il est compliqué de tendre vers l'amélioration d'un concept aussi **subjectif** que la qualité d'un soin perçu ou délivré.

La qualité du soin influe sur la fréquentation de la structure concernée. En effet, la frustration due à un soin de qualité insuffisante selon le patient, génère un manque de confiance et peut conduire à l'arrêt de la cotisation d'un mutualiste. A noter que ce dernier a des exigences propres orientées vers

une dimension plus **relationnelle** que matérielle, ainsi il sera plus sensible à l'accueil. Un bon accueil du patient peut passer entre autre par la réception au centre, le délai de prise en charge et l'hygiène des locaux.

Les ressources matérielles n'influencent pas directement la qualité perçue par le patient mais peut dans certains cas impacter le diagnostic des agents de santé et donc l'évolution de l'état de santé du patient.

Dans un contexte où tous les établissements ne sont pas conventionnés avec la mutuelle, les difficultés à se procurer les médicaments prescrits peuvent, comme évoqué précédemment, avoir un effet sur la dynamique mutualiste.

A partir de ces observations, les patients **se forgent une opinion** sur les soins prodigués par un centre de santé qu'ils estiment plus ou moins satisfaisants. Cette opinion subjective est alimentée par leurs expériences personnelles ainsi que celles de leurs entourages. Ceci aura des conséquences sur leur volonté d'allouer ou non une partie de leurs ressources à la santé.

Dans une dynamique d'appui à l'amélioration de la qualité des soins dans les centres de santé conventionnés, le projet planifiait plusieurs activités en lien avec les **relations soigné-soignant** et **l'apport en ressources matérielles**.

Au travers des entretiens réalisés lors de cette étude, plusieurs observations sont à noter autour de ces thématiques.

En découlent les constats suivants qui seront développés par la suite :

- > Fréquentation accrue des centres de santé
- > Connaissance partielle du fonctionnement des mutuelles par les agents de santé
- > Amélioration de la relation prestataire de soin/patient
- > Satisfaction des mutualistes sur les services perçus au centre de santé
- > Déficit en matériel médical et en petit matériel de base, notamment d'entretien

Ces constats se basent sur les différents échanges menés auprès des adhérents, des bénéficiaires des mutuelles et des prestataires de soins. Ils font appel à la perception et à l'interprétation de chacun. Les témoignages ont donc été croisés afin d'obtenir des résultats probants.

● **Fréquentation accrue des CS**

La majorité des agents de santé concernés par ces entretiens s'accordent à dire que, depuis le début du projet, ils ont observé une tendance de la population à prendre **plus au sérieux les problèmes de santé**; conclusion qu'ils ont tiré de l'augmentation de la fréquentation de leur centre.

“Depuis mon arrivée il y a deux ans, j’ai vu une augmentation de la fréquentation des centres de santé par les mutualistes.” [Infirmier d’un arrondissement de Copargo, 12/06]

Cependant, bien qu’il s’agisse d’une impression générale, cette information est orale, les registres mensuels des consultations n’ont pas été examinés au cours de cette enquête. L’accès aux registres n’a pas pu être possible.

● **Connaissance partielle du fonctionnement des mutuelles par les agents de santé**

Lorsque la question des MS est abordée en entretien, les agents de santé sont tous en mesure d’expliquer les pourcentages de remboursement. Pour ce qui est d’informations plus précises sur le fonctionnement de la mutuelle, les **connaissances** sont plus **hétérogènes**.

Hétérogène entre les différents centres de santé d’arrondissement mais également entre les agents de santé d’un même centre.

Se pose alors la question des informations reçues et perçues par les prestataires de soins. Par quel moyen, à qui, de qui ?

“Il faut des formations pour le grand chef.” [Aide-soignante d’un arrondissement de Ouaké, 14/06]

D’après certains professionnels de santé, les informations sont délivrées au médecin chef et/ou à la sage-femme par l’infirmier-conseil ou les animateurs. A eux ensuite de transmettre l’information aux autres agents de santé.

Pour autant, sur les 25 personnes interrogées, 11 ont dit ne pas avoir reçu d’informations (que ce soit les sages-femmes, les infirmiers ou les aides-soignants). À noter que celles-ci font écho à une connaissance plus approfondie du fonctionnement des mutuelles car à ce jour aucun atelier sur l’amélioration de la qualité des soins n’a été effectué. Une formation a été délivrée par l’infirmier-conseil à Djougou, destinée au prestataire de soins de la commune de Ouaké. Le thème n’est pas connu par les personnes interrogées.

“On était nombreux, le vieux (l’infirmier conseil) était là aussi.” [Pharmacienne d’un arrondissement de Ouaké, 14/06]

Observations faites : une partie du personnel enquêté, n’avait pas plus de deux ans d’expérience au sein du centre de santé dans lequel il exerce (*“Je suis ici depuis 3 mois” [Médecin chef de Copargo, 11/06]*, *“Ça fait un an que j’exerce ici à Ouaké”, [Sage-femme d’un arrondissement de Ouaké, 13/06]*). Cet élément est appuyé par l’animateur : « *Les fonctionnaires de l’état sont appelés à tourner tous les deux ans, pour éviter la corruption [...]* ». Ainsi, la fréquence des réaffectations pourrait impacter la transmission d’informations. Un agent de santé qui vient d’un centre non conventionné, ne recevra pas systématiquement de formation individuelle.

“Les équipes changent trop souvent.” [Aide-soignante d’un arrondissement de Copargo, 12/06]

Dans quelle mesure cette méconnaissance des mutuelles de la part des agents de santé, impacte-t-elle la relation avec le mutualiste soigné ?

Et ce dans les deux sens, en quoi le comportement d'un mutualiste peut-il influencer sa prise en charge ?

- **Amélioration de la relation prestataire de soin/patient**

Certains bénéficiaires, ont dit être mal reçus au centre de santé (seulement 3 retours négatifs). Cette **proportion est faible** et les mutualistes concernés ont pu faire remonter l'information à l'animateur ou au vérificateur (personne en charge de la coordination de l'équipe de soin d'un CS); les litiges ont été résolus de façon pacifique.

“Il y a eu cette fois où je suis allé, mais j'en ai parlé à Jean et il a réglé ça, ça s'est passé doucement.”
[Bénéficiaire de Copargo, 21/06]

Les prestataires de soins, eux, se sont exprimés sur leur ressenti au sujet du comportement de certains mutualistes. Des termes comme « **le mutualiste est roi** » ou « sous prétexte qu'ils ont un carnet ils pensent pouvoir être servis en priorité » sont ressortis. Cette idée de « client impatient » s'est plus souvent fait ressentir dans les centres de santé de la commune de Copargo.

“Parfois les mutualistes veulent passer en premier alors que c'est par ordre d'arrivée.” [Aide-soignante d'un arrondissement de Copargo, 12/06]

Dans les deux communes, les agents de santé estiment que le mutualiste fréquente régulièrement les centres, même si d'après eux ce n'est pas légitime. En effet les agents de santé pensent que les mutualistes consultent les centres de santé de façon abusive.

“Il y avait trop de cotisants qui venaient trop souvent se faire soigner (paludisme, infections...)” [Sage-femme d'un arrondissement de Ouaké, 14/06]

D'une part, ils pensent que le mutualiste abuse de son **positionnement patient/client** (plus de fréquentation du centre, nécessite de payer plus de consultation, ce qui augmente la facture mensuelle du centre de santé pour les 70% avancés à la mutuelle). D'autre part, ils savent que l'augmentation de la fréquentation du centre permet de traiter des pathologies à un stade encore peu avancé. Des soins qui peuvent alors être prodigués au centre de santé, ne nécessitent pas un transfert à l'hôpital. Cela représente une moindre charge pour les centres de santé.

Lors des derniers entretiens avec les bénéficiaires, une piste a été soulevée : la prise en charge des peuls par les mutuelles. D'après ce témoignage, les peuls, pour des raisons d'éloignement, se font soigner lorsque la maladie est déjà à un stade avancé, et ce sur une courte période (saison des pluies). Cela demande, sur un mois, beaucoup de frais à avancer pour les centres de soins, en plus de leurs difficultés à gérer les stocks de médicaments. La qualité de l'accueil et de la relation soigné-soignant s'en voit affectée.

Ce fait reste tout aussi ponctuel que pertinent à approfondir pour la suite du projet.

La méconnaissance du fonctionnement de la mutuelle impacte la relation soigné/soignant. Que ce soit venant du patient qui imagine avoir des privilèges en tant que mutualiste (priorité de passage par exemple) ou du prestataire de soin qui va dédaigner un mutualiste qui se présente trop régulièrement d'après lui au centre de santé et avec une attitude parfois inappropriée ("le mutualiste est roi"); les rôles et les droits de chacun méritent d'être correctement expliqués.

La tendance globale des entretiens veut que du point de vue du soigné comme du soignant, **les relations s'améliorent**. Les uns comme les autres expliquent que les animateurs, l'infirmier-conseil, et les membres du comité de gestion jouent un rôle de médiation.

● **Satisfaction des mutualistes sur les services perçus au CS**

Le patient est certes sensible à un aspect d'ordre relationnel (la qualité de l'accueil, la relation qu'il entretient avec le prestataire, l'écoute, le respect), mais il l'est aussi pour des aspects dits matériels. La qualité du cadre de la consultation par exemple (matériel adapté aux besoins du patient, espaces entretenus, latrines propres...) ou la disponibilité en médicaments (point détaillé en amont). Pour autant, les mutualistes enquêtés n'ont **pas** exprimé d'**insatisfaction**, tout du moins récente, de leur passage au centre de santé; et ce même lorsque la parole leur était donnée.

● **Déficit en matériel médical et en petit matériel de base, notamment d'entretien**

Une grande majorité des prestataires de soins ont fait part de leur souhait d'avoir plus de gros matériel (lits, matelas, fontaine à eau...) et plus de matériel de soins (pincés, speculum...) à leur disposition pour travailler dans de meilleures conditions .

"Nos outils sont un peu fatigués" [Sage-femme de d'un arrondissement de Copargo, 11/06]

Un lien de causalité est identifiable. Un soin délivré dans un cadre propre avec du matériel médical adapté (matériel de soins et médicaments) permet de traiter au mieux le patient et de lui éviter des complications post-consultation. Ceci influe sur la satisfaction du patient qui voit son état s'améliorer.

Comme dit précédemment, une livraison de matériel aux centres de santé conventionnés est attendue avant la fin du projet. Le constat actuel étant que les agents de santé sont dans l'attente de l'arrivée de ce matériel.

C. VOLET 3 : Structuration de l'échelle locale à nationale

Le système mutualiste béninois s'étend sur quatre échelles : d'arrondissement, communale, départementale et nationale. En plus des structures mutualistes, d'autres entités interagissent avec celles-ci sur ces différentes échelles. Ci-dessous est représenté le **système mutualiste** relatif au projet.

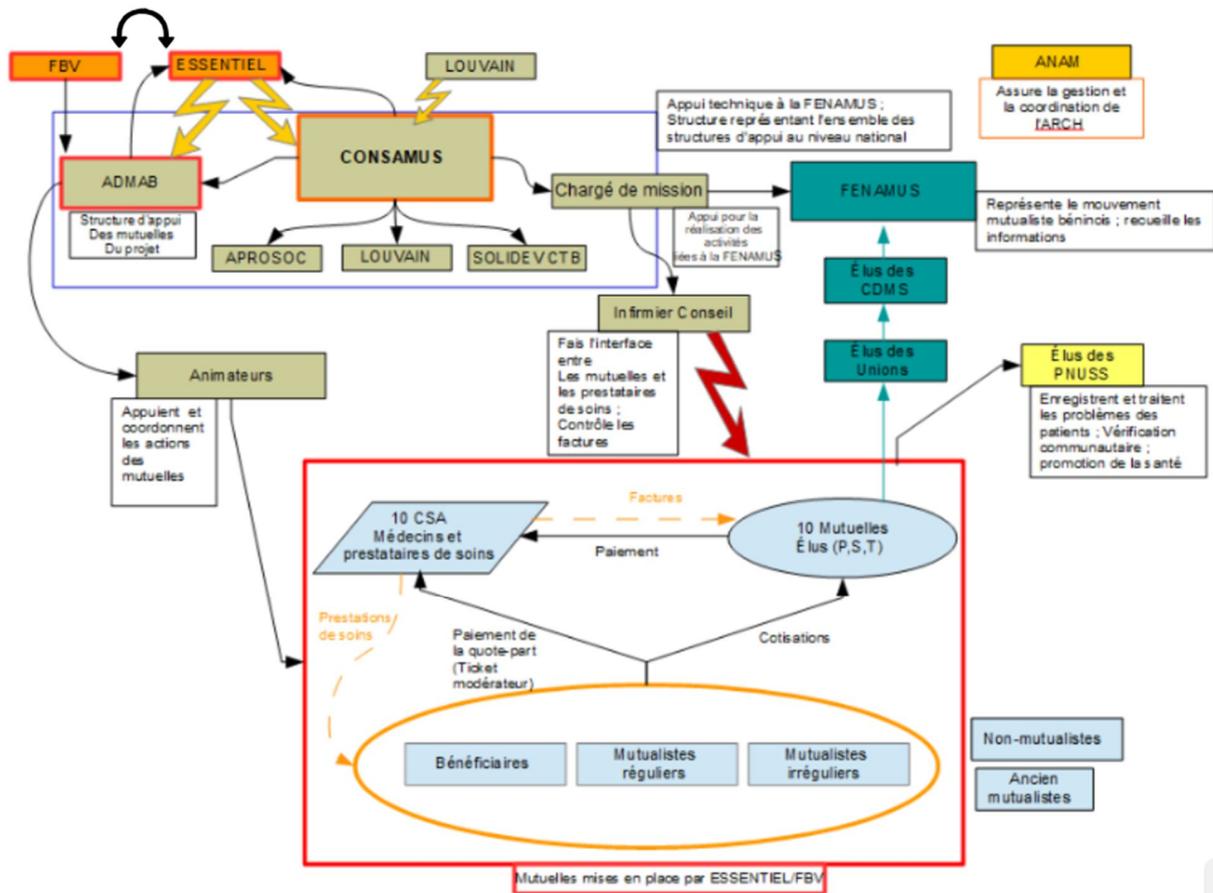


Figure 7. Schéma des interactions théoriques des acteurs du projet (SANAÉ, 2019)

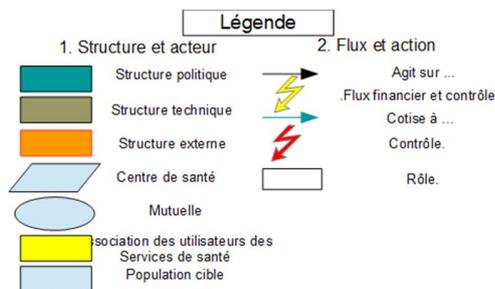


Figure 8. Légende des interactions théoriques des acteurs du projet (SANAE, 2019)

Dans ce volet, les interactions entre les différentes parties prenantes du projet ainsi que leur fonctionnement seront abordés.

- **Relation ADMAB, CONSAMUS et ESSENTIEL**

Le projet s'articule sous plusieurs angles. Au niveau **local**, l'**ADMAB** sous gouverne de FBV, s'occupe d'appuyer techniquement les différentes mutuelles pour valider les activités du projet. Il en est de même pour le **CONSAMUS** au niveau **national** appuyant techniquement la **FENAMUS**. **ESSENTIEL**, le troisième partenaire appuie financièrement et techniquement l'**ADMAB** et le **CONSAMUS**. Les informations via le **CONSAMUS** et l'**ADMAB** remontent vers **ESSENTIEL** afin d'être traitées et validées pour débloquer des fonds afin d'appuyer les activités. L'**ADMAB** est reliée au **CONSAMUS** par convention et doit lui envoyer les documents qui lui sont demandés.

Cependant, les interactions sont complexes entre les partenaires. Une absence de cohésion a pu être observée entre l'**ADMAB** et le **CONSAMUS** [Chargé de mission **CONSAMUS**, 04/06; Chargé de projet **ADMAB**, 05/06] qui se rencontrent rarement de façon formelle et échangent de manière ponctuelle. Cela empêche un transfert efficace d'informations qui permet une bonne coordination pour mettre à bien les activités du projet. De plus, les remontées d'informations vers **ESSENTIEL** que ce soit via l'**ADMAB** ou via le **CONSAMUS** sont retardées par le traitement des données réalisé par les deux structures. De ce fait, la validation des activités et du budget est donc plus lente au niveau d'**ESSENTIEL** [Chargé de projets **ESSENTIEL**, 07/06; Infirmier-conseil, 18/06; Animateur, 18/06]. Ce problème de transmission d'informations à travers les trois structures ne permet pas une réalisation efficace de toutes les activités et entraîne donc certains retards dans le planning prévu. Un système d'information généralisé à l'ensemble des élus serait un moyen de combler cette lacune.

De plus, l'**ADMAB** n'est pas maître de ces décisions. En effet, elle est la représentation de FBV au Bénin et donc s'accorde avec les idées et projets de FBV [Président **ADMAB**, 27/06]. L'**ADMAB** étant le premier interlocuteur d'**ESSENTIEL**, cette relation entre FBV et l'**ADMAB** peut retarder la prise de décision et le traitement des informations.

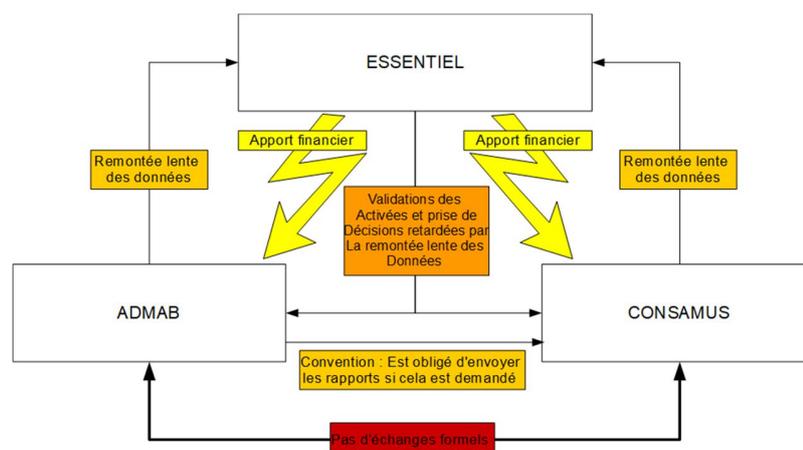


Figure 9. Schéma de l'interaction entre l'ADMAB, le CONSAMUS et ESSENTIEL (SANAE, 2019)

● ESSENTIEL et FBV

Le projet compte deux partenaires français que sont FBV et ESSENTIEL. Ces deux structures agissent aussi bien indirectement sur le projet, en passant par l'ADMAB et le CONSAMUS, ou directement, en effectuant des missions terrains. Ces missions sont menées afin d'identifier et d'ajuster au mieux la réponse aux besoins des populations cibles ou d'apporter un soutien technique au mutuelle et/ou au centre de santé (mission optique et audio de FBV; Missions de terrain du chargé de projet d'ESSENTIEL).

Même si ESSENTIEL est à l'initiative du projet, FBV joue un rôle déterminant dans l'avancement de l'exercice. Ce dernier étant co-partenaire du projet avec ESSENTIEL, tous deux s'occupent de la partie décisionnelle, à part égale. ESSENTIEL a volontairement choisi de partager les responsabilités avec FBV compte tenu de leur expérience sur le territoire béninois. L'ADMAB, bien que considéré comme officiellement autonome par ces partenaires, est toujours très liée à FBV (membre de son conseil d'administration), que ce soit dans la prise de décision ou pour la transmission des informations concernant ce projet. Ce lien réel peut poser problème dans le bon fonctionnement des interactions entre FBV, l'ADMAB et ESSENTIEL. En effet, comme dit précédemment, l'ADMAB s'accorde avec les projets et les idées de FBV.

Cela peut provoquer des divergences d'objectifs entre les deux structures. Par exemple, les missions optique et audition mises en place par FBV dans les communes de Copargo et Ouaké. Celles-ci permettent à chaque mutualiste de bénéficier d'un examen optique ou auditif si celui-ci adhère à la mutuelle ce qui permet une augmentation des cotisations à court terme.

“L'an dernier, on en avait 362 (cotisants), c'était notamment grâce à la mission optique” [Président d'une mutuelle d'un arrondissement de Ouaké, 14/06]

Sur le long terme, les mutuelles, voyant leur nombre de cotisant diminuer, sont demandeuses de nouvelle mission de FBV pour compenser. Le but premier du projet présenté tend à rendre viable mais aussi autonomes et indépendantes les mutuelles concernées. A travers ce genre de mission ponctuelle, les mutuelles comptent sur le projet pour leur campagne de sensibilisation et obtenir plus de cotisants ce qui va à l'encontre de la pérennité du projet.

“On aimerait qu'il y en ait une autre bientôt (mission optique). M.Loko nous a dit que c'était en cours et ça nous permet d'en parler dans les campagnes de sensibilisation” [Président d'une mutuelle d'un arrondissement de Ouaké, 14/06]

● Fonctionnement de la FENAMUS

Comme présentée lors de la description du projet, la FENAMUS est la Fédération Nationale de la Mutualité Sociale du Bénin. Celle-ci est constituée d'un bureau regroupant des élus de la mutualité

béninoise. Elle doit alors servir de **plaidoyer** à l'échelle nationale en récoltant les problématiques soulevées par les strates inférieures du système mutualiste : CDMS, unions et mutuelles d'arrondissements. Elle doit également servir de **moteur** au système en impulsant les décisions nationales en fonction de ces retours. Afin de faire partie de la FENAMUS, les mutuelles doivent payer une cotisation tout comme les structures d'appui dans une certaine mesure, ce qui permet la création d'un fonds pour le fonctionnement de celle-ci.

Cependant, dans le cas de cette étude, le CDMS de la Donga n'est pas encore en place due à l'absence d'union dans la commune de Ouaké. A l'échelle locale, certaines mutuelles ne faisaient pas parties de la FENAMUS. Un désaccord a été observé entre un membre du CONSAMUS et de l'ADMAB sur le fait que les structures d'appui devaient cotiser ou non à la FENAMUS. [Réunions de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06] Etant donné la récente création d'une grande partie des mutuelles et leurs ressources financières limitant leurs actions, l'accompagnement de la FENAMUS est difficile. Les instances mises en places n'ont pas été adaptées pour la remontée les données. Les données de 2017 ne sont toujours pas arrivées et traitées. La dernière réunion pour la remontée des données date de 2018 et était informelle. [Réunions de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06 ; CONSAMUS, 03/06 ; ADMAB, 03/06 et 04/06 ; ESSENTIEL] Aussi, certains élus de la FENAMUS ne sont plus élus dans leurs mutuelles de santé respectives. [Réunion de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06]

“Au départ plusieurs mutuelles ne faisaient pas partie de la FENAMUS.” [Chargé de mission CONSAMUS, 07/06]

“Elle (FENAMUS) a pour rôle d'accompagner les mutuelles aux différents niveaux mais quand celles-ci seront viables et là ce n'est pas le cas à toutes les échelles.” [Secrétaire de l'ADMAB 04/06]

● Relation entre le CONSAMUS et la FENAMUS

Le CONSAMUS, explicité plus en détails dans la description du projet, est le Conseil National des Structures d'Appui aux MUTuelles Sociales. Celui-ci agit en tant qu'**appui technique** à la FENAMUS, levier politique, pour le bon développement des mutuelles de santé à différentes échelles. Chacune de ces entités doivent alors récolter leurs propres données afin d'assurer une séparation entre le pôle technique et politique du mouvement mutualiste.

Néanmoins, deux problèmes majeurs ressortent de cette coopération. Comme vu dans le point précédent, la remontée des données au sein de la FENAMUS est fastidieuse à cause d'un problème de structuration interne. En effet, les différentes échelles du système mutualiste ne sont pas représentées au sein de la FENAMUS. Celui-ci est également aggravé par les **deux canaux de remontées d'informations** qui existent, politique pour la FENAMUS et technique pour le CONSAMUS. En effet, ces deux canaux ont tendance à entraîner des incompréhensions chez les élus des mutuelles d'arrondissement. Le CONSAMUS, le 07/06, a également parlé de l'outil matriciel, qui après avoir été présenté aux élus, n'a pas su être approprié par ces derniers au vue des difficultés qu'ils rencontraient déjà avec des outils plus basiques. Il a été proposé de mettre en place une

formation de renfort pour qu'ils puissent se les approprier. [Réunions de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06] De plus, lorsque la remontée de ces données a été abordée avec les élus mutualistes, ceux-ci évoquent des échanges d'informations avec les animateurs de l'ADMAB et non avec d'autres élus mutualistes en place au sein de la FENAMUS [Élus, 12/06]. Cela met en évidence la superposition de ces deux canaux d'informations qu'il est difficile de différencier aux yeux des élus mais également la nécessité d'une formation plus poussée afin de traiter correctement ces données.

“On a été formés par l'ADMAB, mais pour ce qui est de remplir les papiers et d'utiliser les outils, les formations n'ont pas été assez poussées.” [Président d'une mutuelle d'un arrondissement de Ouaké, 14/06]

“[...] (les deux canaux d'informations) créent de la confusion, de la déperdition d'information” [Chargé de projets ESSENTIEL, 07/06]

“On double le travail pour des gens qui ne sont pas payés pour ça.” [Chargé de projets ESSENTIEL, 07/06]

La seconde difficulté réside dans l'appropriation par la FENAMUS de son rôle de **structure faitière** du mouvement mutualiste. En effet, comme soulevé conjointement par ESSENTIEL et le CONSAMUS le 07/06 lors d'entretiens distincts, la FENAMUS demande toujours conseil ou accord auprès du CONSAMUS avant d'opérer alors que cela devrait être l'inverse. Le rôle du CONSAMUS n'est pas toujours clair concernant la partie technique de la FENAMUS. Le CONSAMUS a tendance à influencer l'axe de la FENAMUS. [Réunions de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06] Le manque d'implication dans la prise de décision des membres de la FENAMUS se fait ressentir notamment quand le CONSAMUS doit s'impliquer pour remplir les objectifs de la FENAMUS. [Chargé de mission CONSAMUS; Réunions de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06; secrétaire de l'ADMAB] Cela repose notamment sur le fait que celle-ci manque de ressources comme évoqué le 07/06 par le CONSAMUS, et qu'elle doit en partie se reposer sur celui-ci pour fonctionner. Il est alors nécessaire que celle-ci obtienne une **stabilité** à la base, en se dotant d'un bureau pour chaque échelle du système mutualiste, permettant ainsi de générer des revenus continus pour son bon fonctionnement. Elle doit également s'affirmer sur la scène politique en se dotant des moyens techniques nécessaires. A travers les discussions sur ce sujet, l'idée de créer une nouvelle institution technique pour appuyer la FENAMUS et de la séparer du CONSAMUS pourrait permettre de remettre au clair les rôles de chacun. [Réunions de cadrage et bilan du 03/06 et du 04/06]

● ADMAB et mutuelles

L'ADMAB est la **structure d'appui** en charge de l'accompagnement des mutuelles du projet. Cela passe notamment par la présence de deux animateurs sur le terrain, un dans la commune de Ouaké et un second dans la commune de Copargo. Ceux-ci doivent aider les élus mutualistes pour la **sensibilisation** ainsi que pour la **gestion interne** des mutuelles. Ils viennent appuyer les bureaux de celles-ci 1 à 2 fois par mois [Animateurs, 18/06] et effectuent dans le même temps leur récolte de données qui sera transmise à leur supérieur hiérarchique, le chargé de projet de l'ADMAB.

Après les entretiens avec le bureau des mutuelles de Tchalinga et Komdè le 14/06, il est ressorti que la caisse devait contenir un certain montant pour permettre le début de la **prise en charge** des bénéficiaires. Dans ces deux arrondissements, ainsi qu'à Badjoudè, la prise en charge n'a toujours pas commencé. Dans ce dernier tout comme à Tchalinga, les élus sont en attente de l'approbation de l'animateur ainsi que du chargé de projet pour commencer réellement l'exercice. Le bureau a conscience que le seuil fixé par l'ADMAB n'est pas encore atteint, néanmoins, à Tchalinga, celui-ci a noté que les gens se plaignaient de ce retard. Dans le même temps, à Badjoudè, ce même **retard** influence alors la période de leur couverture. Ce dysfonctionnement est perçu par les acteurs comme causé par un manque du nombre de cotisants, au vue de ces observations, leur stratégie est d'augmenter la sensibilisation.

● **Structure d'appui technique**

Le mouvement mutualiste béninois comporte de nombreuses mutuelles appuyées chacune par des structures d'appui différentes. Les 10 mutuelles de Copargo et Ouaké sont appuyées par l'ADMAB. La mutuelle de l'arrondissement de Bariéno de Djougou était par exemple appuyée par l'ONG béninoise SoliDev avant qu'elle ne se retire. Des informations concernant APROSOC et ses mutuelles à travers le pays ont également été récoltées. D'autres pourraient être citées comme par exemple Louvain Corporation ou Réseau Alliance Santé (RAS).

La plupart de ces structures d'appui sont reliées au CONSAMUS où les informations sont centralisées, à l'inverse des décisions. En effet, un des problèmes majeurs de cette diversité et de l'absence de pilotage par le CONSAMUS est un **développement indépendant et hétérogène des mutuelles** et propre à chaque structure. Il n'y a pas de "pilotage commun". [Président CONSAMUS, 04/06] Il y a donc des différences de fonctionnement dans des mutuelles appuyées par des structures d'appui différentes. A Bariéno, la mutuelle peut rembourser 70 % de la facture si un mutualiste va dans un autre centre de santé que celui conventionné si ce pourcentage est en dessous de 60 000 FCFA. [Président de Bariéno, 15/06] Ce n'est pas le cas pour les mutuelles de Copargo et Ouaké qui ne remboursent que les factures des centres de santé conventionnés avec elles. [Élus des mutuelles de Ouaké et de Copargo] D'autre part, à Bariéno, la cotisation est de 3 000 FCFA [Président de Bariéno, 15/06], alors qu'à Copargo et Ouaké, celle-ci est de 2 000 FCFA.

D'après le médecin coordinateur de la zone sanitaire de la Donga [25/06], **l'homogénéisation du fonctionnement** des mutuelles serait intéressante pour créer un mouvement mutualiste nationale fort d'une seule voix.

"La création d'un organisme central pour pouvoir prendre les décisions aiderait à mieux organiser le mouvement." [Médecin coordinateur de la zone sanitaire de la Donga, 25/06]

Ce rôle pourrait naturellement revenir à la FENAMUS lorsqu'elle sera fonctionnelle en tant que structure faîtière.

Néanmoins, ces différences peuvent quand même s'avérer bénéfiques. En effet, les mutuelles ayant été créées récemment, le **partage d'expérience** peut permettre de développer de meilleures stratégies pour développer les mutuelles. La mutuelle de Bariéno a participé à une réunion avec les

mutuelles de Ouaké pour parler des choses qui fonctionnent ou non et des stratégies à adopter. [Secrétaire de Bariénou, 15/06]. De plus, c'est grâce aux échanges d'expérience avec APROSOC que l'ADMAB et ESSENTIEL ont décidé d'intégrer un infirmier conseil au projet. [Chargé de projet ADMAB, 05/06]

D. VOLET 4 : Stratégie d'ESSENTIEL et des partenaires du projet

Pour la conception et la mise en œuvre du projet, l'association a eu à faire des choix, prendre des décisions et adapter sa stratégie en fonction du contexte et de l'évolution du projet. Il s'agit, dans cette partie, d'étudier sa stratégie globale.

Comme expliqué dans le contexte, le Bénin prend part à l'Initiative de Bamako depuis 1987, promouvant, entre autres, la participation communautaire dans l'amélioration de la Santé. Le développement du mouvement mutualiste s'inscrit dans cette logique. Les intentions initiales d'ESSENTIEL étant d'appuyer la structuration de ce mouvement, le projet est **cohérent avec ce contexte**. De plus, le projet se veut en harmonie avec les politiques publiques béninoises comme l'ARCH, mais aussi avec les objectifs globaux des Nations Unies et de l'OMS (depuis 2012, les Nations Unies ont adopté une résolution en faveur de la couverture sanitaire universelle dans le but d'améliorer l'accès à la santé pour tous). Ainsi, le projet mené par ESSENTIEL, en plus de répondre à des besoins réels (décrits dans la partie Contexte) s'inscrit parfaitement dans la **dynamique globale**. Il est cependant important de noter que quelques enquêtés laissent présumer le manque de soutien actuel de l'Etat à la mutualité. Cela pourrait être interprété comme un indice de manque de cohérence du projet avec les politiques publiques mais d'après les discours, il s'agirait plus d'un manque d'idées pour intégrer la mutualité à l'ARCH, qu'un manque d'intérêt du gouvernement. En effet, certains élus communaux ont posé la question aux évaluateurs de comment lier le projet des mutuelles au projet de l'ARCH. De plus, une des missions d'ESSENTIEL est d'appuyer la branche politique du mouvement mutualiste, dont un des buts est de trouver une place au mouvement dans le projet de l'ARCH, ce qui montre à nouveau la volonté d'être en harmonie avec les politiques publiques.

Au delà de la cohérence externe, il est important de porter quelques jugements sur la **cohérence interne**. Le premier point concerne les **attentes et intérêts des différents partenaires**. Ceux-ci s'expriment à travers les objectifs spécifiques, **convergent** et **se complètent**. En effet, consolider et développer les mutuelles à leur base est une des priorités de l'ADMAB et du CONSAMUS ; renforcer les structures d'appui et les organisations fédératives est évoqué comme la première raison du partenariat entre ESSENTIEL et le CONSAMUS. Cela ne semble cependant pas être une priorité pour l'ADMAB (très peu évoqué par ses acteurs, ou seulement sur des points de désaccord) mais vient compléter le premier objectif. L'intérêt porté à l'amélioration de la qualité des soins est lui aussi questionnable car peu évoqué lors des entretiens. De plus, il semble y avoir peu d'interactions entre les deux structures partenaires entre elles. Il est important d'être **attentif à la relation entre ces différents partenaires**. Leur harmonisation est essentielle au bon déroulement du projet.

Le deuxième point concerne la **conception** même du projet. En effet, la **relation logique et complémentaire des objectifs, moyens et activités** est, elle aussi, essentielle à la cohérence interne du projet. Dans le cas présent, elle est nette. Dans un contexte où des bureaux administratifs de mutuelles existent déjà, l'objectif n°1 "consolider et développer les mutuelles et unions" peut effectivement être atteint par le renforcement des capacités de gestion et le développement de la base. De même, l'objectif n°2 "créer des conditions durables pour améliorer la qualité des soins" peut être atteint par une offre améliorée dans un premier temps, l'implantation de la médecine conseil dans un second temps. Enfin, l'objectif n°3 "renforcer les structures d'appui et les organisations fédératives du local au national" peut être atteint en soutenant, d'une part, la structure d'appui principale du projet via des formations et la distribution des outils de procédure, la création d'un organe départemental et la structuration de l'organe national d'autre part. De plus, il existe bien des **synergies entre les activités** pour atteindre les objectifs (formations associées à la distribution des outils pour renforcer la gestion ; combinaison de la communication et de la sensibilisation pour augmenter le nombre de cotisants et développer la base ; appuyer l'AQS en proposant des ateliers où les principaux acteurs sont les prestataires de soins et les usagers tout en désignant une personne ressource ; structurer le mouvement en créant des courroies de transmission à chaque échelle administrative et en prévoyant des formations pour ces nouveaux élus...). De manière générale, on peut dire que la conception du projet est grandement basée sur l'Approche Orientée Changement. Cela est en parfaite cohérence avec la volonté d'accompagner le renforcement des capacités d'acteurs, d'appuyer la gouvernance du territoire et d'appuyer la création d'un plaidoyer.

Cependant, la bonne mise en relation des activités ne laisse pas pour autant entrevoir tous les points essentiels à la réussite d'un projet. La **définition précise des rôles de chacun**, par exemple, permet une meilleure **autonomie** des acteurs et est nécessaire dans ce projet reliant des acteurs de pays différents et d'échelles différentes. Par exemple, la création du poste de chargé de mission dans le but d'améliorer les échanges entre CONSAMUS et FENAMUS est cohérent avec l'objectif d'appui à la structuration de la FENAMUS, mais une définition plus précise de son rôle et une autonomisation de cet acteur devrait permettre une meilleure efficacité du projet. De plus, le cadre logique ne peut, à lui seul, faire apparaître les alternatives et points de flexibilité du projet en cas de changement de contexte. Mais cela revient à critiquer l'outil de conception lui-même.

Par ailleurs, les objectifs laissent transparaître les différentes échelles où s'effectuent des activités, ce qui ajoute aussi de la **pertinence** au projet.

On note bien aussi l'**intégration des principes fondamentaux** (genre et jeunesse) dans la conception du projet. À l'écriture du projet, les statistiques destinées à remonter jusqu'au national doivent prendre en compte le nombre de femmes et les tranches d'âge, l'équipe de la structure d'appui reçoit une formation sur le genre, les enquêtes de satisfactions doivent relever les besoins spécifiques des femmes et des jeunes. Là encore, le cadre logique ne suffit pas à évaluer l'influence des activités et, plus largement, des mutuelles sur le genre et la jeunesse. Surtout que, dans les faits, les données ne remontent pas encore et l'enquête de satisfaction est critiquable par sa directivité. Cependant, une étude menée dans un autre département béninois a démontré l'influence positive

des mutuelles sur l'équité sociale des familles (Atchouta R., 2017). Les résultats des entretiens laissent entrevoir la satisfaction de certaines femmes à être plus autonomes grâce aux mutuelles : *“Les mutuelles c'est bien, nous les femmes nous pouvons enfin payer les soins sans attendre que notre mari libère de l'argent !”* [Une cotisante 2018, appuyée vigoureusement par les autres femmes présentes à ce moment là]

Au delà de la conception, l'évaluation de la **mise en œuvre** peut se voir aux travers de **l'efficacité** et de **l'efficience**. L'efficacité du projet est jugée dans les trois volets et cadre logique présentés précédemment. Quant à l'efficience, elle pourra être étudiée en comparant les dépenses effectivement réalisées au profit de chaque activité. Ces deux points concernent tous les partenaires, Nord et Sud. Pour ce qui est de l'action d'ESSENTIEL menée exclusivement sur le terrain, elle se résume à des venues ponctuelles de différents bénévoles et du chargé de projet à Cotonou et dans la zone sanitaire de Djougou. Plusieurs enquêtés se sont exprimés à ce sujet. La plupart trouvent que les venues dans la zone sanitaire ne sont pas assez fréquentes pour faire avancer et suivre le projet, mais, à priori, cela démontre plutôt le manque d'autonomie et de prise d'initiatives des différents acteurs locaux. A approfondir donc. Les réunions animées lors de ces venues, quant à elles, traitent de beaucoup de sujets, parfois de l'ensemble des activités. Cela permet effectivement des gains de temps et d'argent mais ne permet pas de rentrer en profondeur dans les activités. De plus, la directivité de ces réunions, qui permet à nouveau des gains de temps, porte le risque de brider les acteurs dans leur expression. *“Les réunions avec ESSENTIEL sont rares et les sujets abordés sont nombreux et généraux. Le fait d'être tous ensemble ne permet pas d'aborder des questions spécifiques.”* [Acteur du projet]

La **stratégie de désengagement et de pérennisation** est un autre point important à traiter : face aux stratégies de désengagement on peut distinguer, dans le domaine de la santé, plusieurs catégories d'ONG. Les deux extrêmes étant celles qui ont des difficultés à imaginer les actions menées pour le projet en dehors du temps et de la zone qui lui est imparti et à l'inverse celles qui construisent le projet dans un esprit de pérennisation à tous les niveaux. ESSENTIEL a une place intermédiaire entre ces extrêmes mais tend, et cela de plus en plus, vers le second énoncé. Le soutien au plaidoyer du mouvement mutualiste à l'échelle nationale, la création de partenariats solides avec des unités locales dans le but de le structurer, la volonté de renforcer les capacités à tous les niveaux le démontrent (El Kaim J., 2013).

Parmi les pistes de réflexions pour le futur, il a aussi été évoqué de créer des partenariats Sud-Sud notamment avec la Guinée.

Les axes de pérennité suivants montrent les mesures dans lesquelles ESSENTIEL a fait en sorte de ne pas se rendre indispensable (ESSENTIEL, 2016).

- > Pérennité technique :
 - Responsabilisation des partenaires (qui, comme on l'a vu, reste à approfondir)
 - Gain de professionnalisme (volonté d'ESSENTIEL de professionnaliser les acteurs des mutuelles et des centres de santé)
- > Pérennité sociale et institutionnelle :

- Reconnaissance des acteurs sur le territoire
 - Proximité du mouvement : appropriation sociale par les populations pour un développement endogène. En effet, on peut dire que la **population cible a bien été identifiée**. De plus, elle se calque sur le découpage administratif béninois, ce qui rend le projet facilement adoptable par les acteurs locaux.
- Pérennisation économique et financière :
- Lors de la rédaction du projet, on remarque la volonté de pérennisation économique et financière. Cela se faisant par une fidélisation des adhérents et le recrutement de nouveaux adhérents pour permettre un bon recouvrement des cotisations. Mais aussi par le renforcement de la compréhension du système mutualiste par les bénéficiaires.
- D'après le cadre logique, ces actions relèvent principalement de la qualité des campagnes de sensibilisation. Ajoutées à l'implication d'ESSENTIEL dans les salaires d'associations partenaires, les données de terrain montrent que certaines activités n'ont pas été menées de manière à ce que l'on puisse affirmer la pérennisation économique et financière des mutuelles après le projet.

Globalement, la dynamique actuelle d'ESSENTIEL laisse supposer que l'appropriation du projet par ses acteurs est possible.

III. Résumé du diagnostic - Matrice MOFF

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formations faites aux élus mutualistes ➤ Appui des animateurs et de l'infirmier-conseil ➤ Adhésion de la population informée ➤ Motivation de certains élus mutualistes ➤ Membres du bureau exécutif du CONSAMUS proche des institutions gouvernementales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Homogénéité insuffisante des compétences des élus mutualistes ➤ Suivi discontinu des formations ➤ Mauvaise communication entre les partenaires ➤ Vision différente du mouvement mutualiste entre les partenaires ➤ Sensibilisation incomplète auprès de la population ➤ Mauvaise gestion (financière et administrative) des mutuelles
MENACES	OPPORTUNITÉS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficulté d'intégrer les MS dans le projet de l'ARCH 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Opportunité des mutuelles de jouer un rôle d'intermédiaire dans le projet de l'ARCH

<ul style="list-style-type: none"> > Refus de l'AMI faites à l'AFD > Concurrence avec les acteurs externes (soins gratuits Togo) > Disponibilité des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> > Acceptation de l'AMI faites à l'AFD > Forte demande de prise en charge dans le reste de la ZS > Volonté de la population
--	---

Figure 10. Présentation du MOFF (SANAE, 2019)

Le **MOFF** met en exergue des **faiblesses** et des **menaces** auxquelles il est nécessaire de s'adapter. Par exemple, le **manque de compétences** chez certains élus peut être diminué grâce aux différentes **formations** mises en place par l'ADMAB. Elles sont effectuées par les animateurs et/ou l'infirmier conseil et développent plusieurs thématiques comme la tenue des registres et le fonctionnement de la mutuelle. Cependant, le **suivi de ces formations** est une faiblesse pour le moment. Celui-ci n'est pas réalisé de manière durable et uniforme selon les différents arrondissements, ce qui impacte le niveau de compétences des élus.

Une **bonne cohésion entre les partenaires** est essentielle au projet. Il est primordial que les acteurs avancent ensemble vers un but collectif. En effet, même s'ils suivent une idée commune, les discours et le fonctionnement peuvent varier d'une structure à l'autre.

Certains membres du bureau exécutif du CONSAMUS sont en relation avec les institutions gouvernementales ce qui est bénéfique pour l'avancée du projet.

La **sensibilisation** peut être qualifiée comme la plus grande faiblesse du projet. La base du système mutualiste repose sur une entraide communautaire. Si cela n'est pas correctement expliquée aux populations, la mutuelle ne pourra se développer correctement. Pour pallier à cela et ainsi ancrer la mentalité mutualiste dans la société béninoise, il faut mettre en place des plans de communication et de sensibilisation solides.

Le projet "Accès à la santé au Bénin" a fortement été appuyé par le **financement de l'AFD**. ESSENTIEL a fait une nouvelle demande d'aides pour 3 années supplémentaires, **si celle-ci est refusée la suite du projet pourrait être remise en question**.

La zone d'étude du projet, se situant proche de la frontière togolaise, facilite les allées et venues des Béninois vers ce territoire. Des **soins gratuits** y sont parfois délivrés **par des ONG** ce qui constitue une **menace externe** sur laquelle ESSENTIEL ne peut agir.

Avec la mise en œuvre de l'**ARCH**, la question de l'utilité des mutuelles se pose. En théorie le système mis en place par l'Etat ne devrait pas, dès le début, couvrir toute la population. Les mutuelles seront donc présentes lors de cette transition pour **accompagner le pays vers une assurance maladie nationale**. Par la suite, elles ne seront plus utilisées par la population, qui sous forme de groupements prendront à charge leur couverture santé.

Etendre le projet sur l'ensemble de la ZS de Djougou permettrait à ESSENTIEL et ses partenaires de gagner en légitimité et en cohérence auprès de la population. Le projet pourrait ainsi se rallier à d'autres structures mutualistes et/ou implanter de nouvelles mutuelles sur la commune de Djougou. Cela sous entend une augmentation des cotisants permettant d'apporter plus de fonds dans les caisses et régler certains problèmes comme le début de la prise en charge.

IV. Effets du projet

Il est encore tôt pour définir clairement les effets de ce projet sur la population des communes de Copargo et de Ouaké cependant quelques suppositions peuvent être émises.

Les mutuelles vont impacter le **développement économique et social** du Bénin. En effet, le système de MS a soulagé un grand nombre de personnes en situation de précarité. De plus, les femmes ont pu devenir plus autonomes dans leurs dépenses en matière de santé et un esprit d'entraide au sein de la communauté commence à naître. D'un point de vue sanitaire, le fait que les mutualistes aillent au CS dès les premiers symptômes ou bien pour la vaccination des plus jeunes, participent au recul et à la prévention de certaines maladies, type rougeole et paludisme, données non chiffrées mais recueillies lors des enquêtes avec le personnel de santé.

L'utilisation d'un **infirmier-conseil** aura fortement permis de diminuer la surfacturation faite aux mutualistes ainsi que les mauvais diagnostics médicaux.

Concernant le développement des institutions, il n'y a pas encore eu d'effet car le plaidoyer porté par la FENAMUS n'existe pas à ce jour.

Les mutuelles vont aussi impacter les centres de santé via une boucle vertueuse : le développement des mutuelles entraînera une augmentation de la **fréquentation des CS** ce qui augmentera la note statistique du CS concerné auprès de l'Etat. Suite à cela, de meilleurs **financements** lui sont probablement alloués ce qui entraînera une augmentation des **moyens matériels** et une amélioration de la **qualité des soins** qui entraînera une plus grande **fréquentation des CS**.

V. Difficultés rencontrées et limites de l'évaluation

De manière générale, l'enquête n'a pas rencontré de grandes difficultés ayant entravé son déroulement. Néanmoins, elle a été confrontée à :

- La **faible disponibilité** de certains acteurs. Cette difficulté a réduit la taille de l'échantillon des personnes enquêtées individuellement.

- La **difficulté de rencontrer** tous les agents de santé ayant bénéficié de formations dans le cadre du projet. Il convient de rappeler que les agents de santé contractuels de l'État sont mobiles et affectés régulièrement dans d'autres régions du Bénin.

Les limites de l'étude renvoient aux facteurs affectant les conditions de collecte de l'enquête qualitative.

- La première grande limite de l'évaluation a été la **traduction** de certains entretiens. Certains enquêtés ne parlant pas français, les évaluateurs ont fait appel à des traducteurs pour poursuivre les entretiens. Des *biais de déformation ou de déperditions* que l'on doit à la traduction, ont donc été pris en considération.
- Il est à noter un *biais de représentativité* que recouvre le **filtrage** dans les choix des personnes à rencontrer, parfois réalisé par les animateurs et ayant échappé au contrôle des enquêteurs. Les animateurs étaient chargés d'aider les enquêtés à organiser les rencontres des bénéficiaires, élus mutualistes et agents de santé. La question de la représentativité des personnes interrogées se pose donc ici. Cependant, une fréquentation régulière des lieux et des personnes rencontrées permet de contourner relativement ce biais par une meilleure connaissance des acteurs.
- L'équipe a veillé, dans la mesure du possible, à ce que l'entretien se déroule dans un **environnement calme** et de manière **individuelle**. Le cadre de l'entretien a nécessité beaucoup d'attention pour les enquêteurs. Cependant, tous les éléments de l'environnement n'ont pas toujours pu être maîtrisés : enquêtés pas pleinement disponibles (heure de prière, urgence au centre de santé, etc.), présence d'un tiers à tout ou partie de l'interview (enfants de bas âge ou connaissances, personnels de santé s'installant dans le bureau, etc.), lieu d'enquête bruyant et public... Ces éléments ont influé de manière minimale sur la qualité de l'information recueillie et n'ont pas toujours permis aux enquêteurs d'entrer en profondeur dans les sujets à aborder.

CONCLUSION

Le projet **“Accès à la santé au Bénin : appui technique et institutionnel au mouvement mutualiste pour un accès aux soins des populations du secteur informel”** mené par l'ONG ESSENTIEL et ses partenaires a permis de lancer 10 MS dans les deux communes de Copargo et Ouaké. En 3 ans, l'appui fourni par ESSENTIEL et ses partenaires a été bénéfique pour les populations locales en terme d'accessibilité aux soins. Depuis l'évaluation du mois de juin dernier, des actions ont été menées afin de réaliser certaines activités du cadre logique.

Durant cette évaluation, différents obstacles internes et externes au projet ont pu freiner le dynamisme des mutuelles, l'amélioration de la qualité des soins, la structuration de l'échelle locale à nationale et la stratégie d'ESSENTIEL.

A l'avenir, les mutuelles doivent continuer à être appuyées par les acteurs du projet afin de garantir une pérennité du système, sans une base solide celles-ci ne pourront être autonomes un jour. Pour cela, l'esprit mutualiste doit être mieux diffusé par les acteurs locaux à différentes échelles.

Bien qu'il soit difficile d'agir directement sur les facteurs externes du projet, des recommandations peuvent être faites pour en atténuer les effets. Il est en revanche primordial que les acteurs portent leur attention sur les facteurs internes qui peuvent plus facilement être maîtrisés.

Enfin, si le projet est prolongé de trois ans, à partir de 2020, certaines activités pourront alors être reprises et finalisées par la suite.

STRATÉGIES ET RECOMMANDATIONS

Cette étude a permis de tirer des leçons du projet réalisé et de faire des recommandations pour les différents volets d'évaluation. Celles-ci concernent autant des ajustements à court-terme que des transformations à long-terme de plus grande envergure.

I. Choix stratégiques pour le futur

● ESSENTIEL

ESSENTIEL se doit de garder des relations fortes avec FBV, avec des flux d'informations continus. De plus, le positionnement adopté envers l'ADMAB ne devrait pas évoluer vers un unique rôle de contrôle afin de garder une relation constructive avec ces partenaires. Il faut veiller à l'harmonisation des volontés des différentes parties prenantes et les re-questionner régulièrement.

● ADMAB

L'ADMAB, quant à elle, nécessiterait de gagner en autonomie d'un point de vue décisionnel afin de jouer pleinement son rôle de structure d'appui, et ce auprès de FBV. Le temps de prise de décision peut limiter la réalisation de certaines actions nécessaires au bon fonctionnement des mutuelles et au bon déroulement des activités planifiées dans le projet (exemple du matériel médical). Cependant ce rôle d'appui est sujet à controverse ; la distinction entre l'appui et l'assistance est très faible et peut, dans certains cas, ne pas tendre vers une dynamique visant à favoriser la professionnalisation des acteurs du projet. Prenons l'exemple des élus mutualistes et de la tenue des registres mutualistes : l'accompagnement assuré par les animateurs permet en effet de limiter les erreurs et l'homogénéisation des registres. Pour autant, observation faite, il est à noter que certains ne réalisent pas par eux même les registres et se reposent sur les interventions des animateurs. A noter également le niveau d'alphabétisation des élus mutualistes.

Ainsi à l'avenir une entité extérieure pourrait veiller à ce que l'ADMAB ne dépasse pas son rôle de structure d'appui.

● **CONSAMUS**

Le rôle du CONSAMUS est de représenter le pôle technique du mouvement mutualiste béninois. Il doit travailler en partenariat avec la FENAMUS qui sert d'instance politique au mouvement.

Ce rôle ne doit pas dépasser sa fonction et le CONSAMUS doit simplement appuyer techniquement la FENAMUS et ne pas s'impliquer dans la réalisation des objectifs de la FENAMUS. Un éclaircissement des rôles doit être établi et/ou une réévaluation des objectifs donnés à ces deux structures doit être mis en place. De plus, le CONSAMUS tout comme l'ADMAB et ESSENTIEL doit faire en sorte de faciliter la transmission des informations afin de ne pas ralentir le projet. De ce fait, il est nécessaire de revoir le fonctionnement du canal de transmission des données en interne mais aussi avec les partenaires principaux.

● **FBV**

Le rôle de FBV est, à l'image d'ESSENTIEL, un rôle d'appui aussi bien technique que financier. Néanmoins, la mise en place des missions optique et auditive est à revoir. Celles-ci ne sont pas durables, et produisent des comportements opportunistes opposés à la volonté de fidéliser. Les bénéficiaires issus de ces missions n'intègrent pas le principe de solidarité, principe fondamental de la mutualité. De surcroît, ce sont des Européens qui les effectuent ce qui a tendance à entraîner une confusion au sein de la population sur la provenance des fonds et l'autonomie des mutuelles.

Les divergences du point de vue et de méthodes employées en tant que porteur de projet ne facilitent pas les relations entre les partenaires, point pourtant essentiel au bon déroulement du projet. FBV aurait tendance à vouloir garder un certain pouvoir décisionnel sur leur entité technique qu'est l'ADMAB alors que celle-ci mériterait plus d'autonomie comme énoncé en amont.

L'aspect "mise en relation et communication" dont la transmission d'informations avec ESSENTIEL fait partie d'un des points à améliorer dans un futur proche.

● **FENAMUS**

Le rôle de la FENAMUS est double. D'une part, elle effectue un rôle de plaidoyer, et d'autre part, elle est moteur du mouvement.

Pour effectuer ce plaidoyer, il est nécessaire que la FENAMUS fédère l'ensemble des mutuelles du territoire tout en présentant clairement son rôle aux élus. Conjointement avec le CONSAMUS, elle doit appuyer sur ce point afin d'améliorer la remontée des données qui, actuellement, n'est effectuée que via la branche technique. La consolidation de cette structure est essentielle pour dynamiser le mouvement mutualiste et pour appuyer leur prise de décision pour mieux organiser le mouvement sur l'ensemble du pays. A ce jour, cette structure nécessiterait un soutien que ce soit au niveau des ressources ou au niveau de la structuration interne et externe de l'organisme. Il s'agirait donc de se positionner sur la méthode à choisir afin que cette structure trouve sa place dans le projet et dans le mouvement plus globalement.

De manière générale, celle-ci doit s'émanciper du CONSAMUS et s'approprier son rôle de structure faitière.

Avec la mise en place future de l'ARCH, la FENAMUS devra veiller à suivre la ligne directrice de la politique de santé du pays et pour ce faire, organiser des rencontres avec les acteurs concernés.

De manière générale, un problème récurrent de communication existe entre tous les partenaires. Cette problématique cause des dysfonctionnements conséquents pour le projet, il est donc important de prioriser la mise en place d'espaces de dialogue pour arriver, dans un premier temps, à comprendre la nature de ce problème, et, dans un deuxième temps, adapter la stratégie pour pallier à celui-ci, par la mise en place de manuel de procédure par exemple.

II. Recommandations

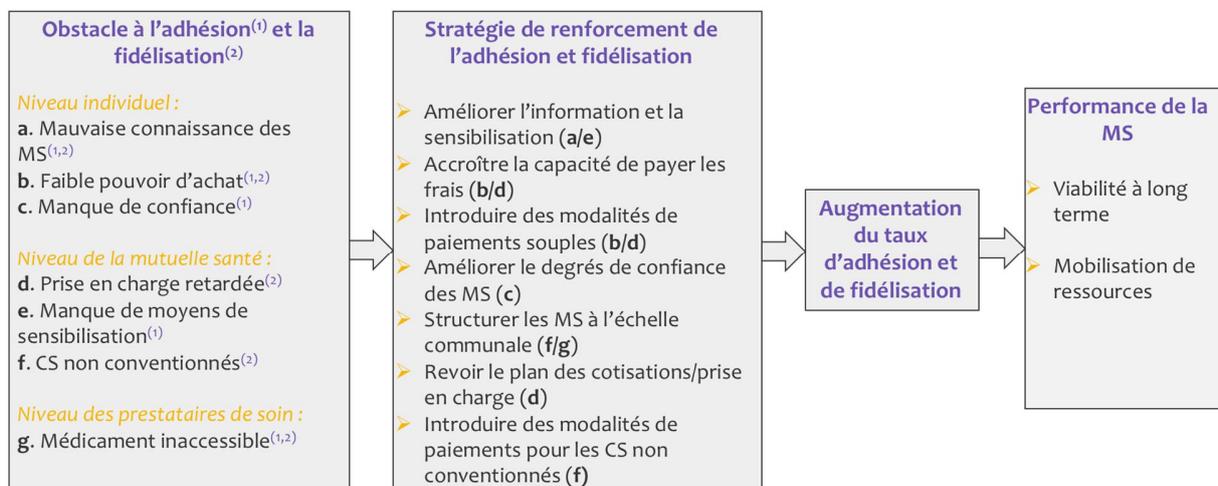


Figure 11. Obstacles et stratégies d'adhésion et fidélisation (SANA, 2019)

Promouvoir davantage les mutuelles

1. **Réorienter les campagnes de sensibilisation**, en expliquant le principe fondamental de la mutuelle : un mode de gouvernance démocratique basé sur la solidarité des cotisations et ce sont les adhérents qui permettent, par leurs cotisations, le financement de la couverture sociale complémentaire.
Après plusieurs discussions avec la population, beaucoup n'ont pas compris le principe de solidarité et cela freine les adhésions aux mutuelles.
2. **Renouveler les supports de sensibilisation**. Instaurer une sensibilisation visuelle permettrait d'appuyer la sensibilisation orale mise en place jusqu'à lors.
Certains jeunes élus ont proposé la **diffusion de vidéos** montrant la prise en charge d'un mutualiste au CS et de témoignages. De plus, des **boîtes à images**, réalisées par des spécialistes du marketing béninois, permettront d'éclairer le fonctionnement du mouvement mutualiste que ce soit à l'école ou lors des campagnes de sensibilisation de masse.

3. **Mettre à disposition du matériel pour la sensibilisation.** Un système de sonorisation équipé d'un micro peut permettre lors des rassemblements, comme les marchés, d'attirer l'attention et sensibiliser en masse la population. Des motos peuvent quant à elles permettre aux élus d'étendre la sensibilisation à des zones éloignées. Cet appui doit être accompagné d'un approvisionnement en essence.
4. **Introduire des modalités de paiement souples.** Le projet a déjà réfléchi à un temps pour la perception des cotisations or il a été démontré que la prise en charge ne commence jamais à temps. Il faudrait donc repenser cette période de cotisation.
5. **Soutenir les élus mutualistes.** Instaurer un système de récompense pour motiver les élus à sensibiliser un maximum de monde. M. Loko, ancien président de FBV, a déjà mis en place la "mission optique" qui a beaucoup motivé les élus en particulier ceux de l'arrondissement de Sèmèrè I. Plusieurs ont abordé le sujet de manière très positive et motivante.
6. **Redynamiser en priorité les mutuelles ayant des "caisses inactives"** en renforçant le soutien des structures d'appui et en suivant les élus régulièrement après leurs formations.
7. **Revoir la stratégie globale de communication, commune à ESSENTIEL et FBV.** La mission optique était de bonne intention cependant elle s'oppose à la pérennisation du projet.

Accompagner les mutualistes

8. **Développe une facilité de paiements des cotisations.** D'après De Allegri et *al.* (2006), ajuster les cotisations par rapport aux revenus de chacun permettrait d'assurer une meilleure équité verticale. La ZS Djougou-Copargo-Ouaké étant une zone pilote de l'ARCH le projet pourrait se faire octroyer des subventions pour diminuer le montant des cotisations aux populations à faible revenus.
9. **Instaurer des cotisations adaptées pour les enfants.** D'après De Allegri et *al.* (2006) cette mesure encouragerait l'adhésion des grandes familles en diminuant le coût de la cotisation pour les enfants.

Redonner priorité à la formation des acteurs locaux

10. **Former l'ensemble du personnel de santé.** Actuellement seul le médecin chef reçoit les formations. Il doit ensuite relayer les informations apprises au reste de l'équipe (aide-soignant, infirmier et sage-femme). Ce partage de connaissances diffère selon les CS, c'est pourquoi il serait utile de former l'ensemble du personnel de santé.
11. **Former le nouveau personnel à son arrivée.** L'ensemble de l'équipe a le devoir de former le nouvel arrivant pour garantir une bonne qualité de soins.
12. **Effectuer un suivi personnel** à la suite d'une formation. Les animateurs ainsi que l'infirmier-conseil doivent régulièrement rendre visite aux personnels de santé pour voir leur niveau de compétences.
13. **Soutenir davantage les élus mutualistes.** Visiter les sièges des mutuelles régulièrement et proposer plus de formations sur des sujets divers (gestion de la trésorerie, méthode de

communications, etc), leur permettrait de se sentir soutenus par les structures d'appui et de la motivation.

Renforcer l'amélioration de la qualité des soins

14. **Vérifier la remontée des informations** par l'infirmier-conseil (nombres d'adhérents, cotisants, bénéficiaires, éventuels problèmes rencontrés etc...).
15. **Revoir la structuration des fiches de suivi.** Pour faciliter le remplissage des fiches par les agents de santé, mettre des cases à cocher par exemple.
16. **Fournir du matériel** pour une réalisation des activités adaptées aux besoins médicaux.
17. **Délivrer des formations** aux agents de santé pour faciliter les relations soignés-soignants

Réorganiser la gestion des médicaments

18. **Faire émerger une réflexion** sur les ruptures de stock de médicaments par la création d'espaces de concertations entre la FENAMUS, comité de direction du département, ESSENTIEL, ADMAB.

Renforcer l'ancrage au niveau national

19. **Bâtir un lien solide entre la FENAMUS et le gouvernement** afin de montrer l'importance des mutuelles dans la société et obtenir plus de soutien de la part de l'Etat.

Renforcer l'ancrage des mutuelles au sein des CS

20. **Installer un bureau dédié à la mutuelle** afin de guider les bénéficiaires et recueillir les potentielles plaintes.
19. **Afficher des posters** dans les CS pour renseigner les patients sur le fonctionnement de la mutuelle.
20. Demander systématiquement si le patient a la **carte mutualiste** afin de faciliter l'admission du mutualiste.

Le nouveau projet

21. **Revoir le fonctionnement général de la mutuelle.** Le démarrage de la prise en charge des soins doit durer une année complète.
22. **Envisager la création d'une mutuelle communale** pour que les bénéficiaires puissent se faire soigner dans les différents CS de la commune.
23. **Renforcer l'ancrage des membres du CONSAMUS et d'ESSENTIEL sur le terrain** pour crédibiliser le projet auprès des locaux.

24. **Harmoniser les relations entre les partenaires du projet** afin d'optimiser l'avancement du projet.
25. **Professionnaliser les mutuelles et les structures d'appui.** Mettre en place un nouvel outil de gestion informatique permettrait de faciliter la récolte de données et de gagner en rigueur.
26. **Mettre en en place un système d'information fonctionnel** pour favoriser les échanges et s'assurer d'une bonne communication entre les différents acteurs, notamment au sein des élus.

ANNEXES

Annexe 1. Exemple de guide d'entretien - Élus mutualistes

ÉLUS MUTUALISTES

Les élus mutualistes sont les représentants élus des mutuelles. Ce sont les trois personnes du bureau : président, trésorier, secrétaire.

OUTILS

- Support des formations
- Fiche de suivi
- Guide de procédures
- Attestation de reconnaissance juridique
- Registres

GUIDE D'ENTRETIEN

- ❖ Formation
- ❖ Gestion interne de la mutuelle
- ❖ Collecte et remontée de données

INDICATEURS DU CADRE LOGIQUE

N.B: les premiers points de chaque activité renseignent le cadre logique tandis que ceux se trouvant sous la barre permettent de pousser la réflexion.

A1 = Elaborer et organiser des cycles de formations pour les élus mutualistes

- Avez-vous reçu les formations dispensées par le projet ? Combien ? Quand ?
- Avez vous une attestation écrite?

-
- Quels sont les points que vous auriez aimé aborder lors de la formation ? (manquements)
 - Avez-vous vu une évolution de vos pratiques suite à ces formations ?

A2 = Instaurer les outils de gestion et procédure internes selon l'UEMOA

- Pouvez-vous nous montrer les fiches de suivi et guide de procédure ?
-

- Observation des pratiques, comparaison avec l'UEMOA.
- Expliquez-nous la gestion interne.

A3 = Engager le processus de création de l'union d'Ouaké

- Pouvez-vous nous montrer le document qui atteste de la reconnaissance juridique/création de l'union ?
-

- Parlez nous des procédures en cours pour la création de cette union.

A4 = Assurer le suivi des mutuelles et des unions

- Les données sont-elles analysées ? Par qui ? Sous quelle format (pour connaître le cadre) ?
 - Comment sont diffusées les données (papier, mail ou à l'oral) ?
 - A quelle fréquence (remontée) ?
 - Voir les registres mensuels de chaque mutuelles, les CR d'AG, les CR d'analyses mensuelles.
-

- Qui est en charge de la tenu des registres ?
- Qui est en charge de l'envoi des données ?
- Quel est le taux de pénétration/couverture ?
- Quel est le taux de renouvellement ?
- Quel est le taux de sinistralité ?

A5 = Installer le siège des mutuelles

- Visite des sièges des 10 mutuelles et de l'Union Copargo (en dur ? zone d'accueil, zone recueil de données), vérifier le fonctionnement actif des sièges (élus en place, horaires d'ouvertures...)
- Avez-vous un siège ? Quel est sa composition ?
- Avez-vous le matériel dont vous avez besoins au sein des mutuelles ?

A12 = Soutenir l'implication des mutuelles dans les CUSS

- Participez-vous aux moments de concertations organisés dans les zones sanitaires (CUSS) ? A quelle fréquence ?
-

- Êtes-vous entendu au sein de ces ateliers de concertation ?

Annexe 2. Planning de mission au Bénin du 3 au 28 juin 2019

PLANNING MISSION BÉNIN DU 3 JUIN AU 28 JUIN 2019				
JOUR	DATE	LIEU		ACTIVITÉS
1	03/06/19	Cotonou	ADMAB	09:30 : Séance de travail ESSENTIEL/CONSAMUS/FBV/ADMAB 15:00 : Entretien M. Loko 17:00 : Entretien M. Koto
2	04/06/19	Cotonou	ADMAB	09:30 : Séance de cadrage ESSENTIEL/CONSAMUS/FBV/ADMAB/SANAE 15:00 : Entretien Mme Ogoussan, M. Yaya
3	05/06/19	Cotonou	ADMAB	10:00 : Préparation de la mission au Nord
4	06/06/19	Djougou	-	07:00 : Départ de SANAE pour Djougou
5	07/06/19	Ouaké Ouaké Djougou	CS Ouaké CUSS Hotel de la Donga	10:00 : Rencontre avec les élus mutualistes et le personnel de santé 13:30 : Rencontre avec le président de la CUSS 16:30 : Skype M. Ducoudray 17:00 : Rencontre avec M. Tchatcha 18:00 : Entretien M. Patinvoh 19:00 : Entretien M. Cassard
6	08/06/19	Djougou	Hotel de la Donga	Restitution des entretiens
7	09/06/19	Djougou	-	-
8	10/06/19	Djougou	Hotel de la Donga	10:00 : Séance de travail SANAE
9	11/06/19	Copargo Copargo Pabégou Pabégou	CS Copargo Mutuelle de Copargo CS Pabégou Mutuelle de Pabégou	08:30 : Arrivée au centre de santé (team 1) 09:00 : Entretiens avec 1 AS, 1 pharmacienne, 1 SF, 1 technicienne de laboratoire, 1 médecin chef 08:40 : Arrivée au siège (team 2) 09:00 : Entretiens avec 1 point focal santé, 3 membres du bureau de Copargo 14:00 : Arrivée au centre de santé (team 1) 14:15 : Entretiens avec 3 AS, 1 SF, 1 vérificateur de la COGES 14:10 : Arrivée au siège (team 2) 14:15 : Entretiens avec 2 membres du bureau de Pabégou
10	12/06/19	Singré Singré	CS Singré Mutuelle de Singré	09:00 : Arrivée au centre de santé (team 1) 09:15 : Entretiens avec 1 infirmier, 1 pharmacien, 1 AS 09:10 : Arrivée au centre de santé (team 2) 09:30 : Entretiens avec 1 président de l'union Copargo, 3 membres du bureau de Singré, 1 membre bureau Anandana, 1 bénéficiaire
11	13/06/19	Copargo Copargo Copargo Copargo	Mairie de Copargo CS Sèmèrè I Mutuelle Sèmèrè II CS Ouaké	07:00 : Rencontre avec le Maire 08:00 : Arrivée au centre de santé (team 1) 08:30 : Entretiens avec 2 membres du bureau Sèmèrè I, 4 membres de la mutuelle Sèmèrè I, 1 SF+1AS Sèmèrè I, 1 membre du bureau Sèmèrè II, 1 AS Sèmèrè II 08:10 : Arrivée au siège (team 2) 08:30 : Entretiens avec 4 membres du bureau Sèmèrè II, 1 membre de la mutuelle Sèmèrè II 15:00 : Arrivée au centre de santé 15:10 : Entretien 4 membres du bureau Ouaké, 3 membres de la mutuelle de Ouaké, 1 AS, 1 SF
12	14/06/19		CS Tchalinga Maternité Tchalinga	08:00 : Arrivée au centre de santé (team 1) 08:10 : Entretiens avec 3 membres du bureau Tchalinga, 1 membre de la mutuelle Tchalinga 08:10 : Arrivée à la maternité (team 2) 08:15 : Entretiens avec 1 pharmaciens, 1 AS, 1 SF

			CS Badjoudè	10:00 : Arrivée au centre de santé
			Mairie de Copargo	10:10 : Entretiens avec 3 membres du bureau Badjoudè
			CS Komdè	10:20 : Arrivée à la Mairie (team 3)
				10:30 : Entretien avec 1 point focal Santé
				14:30 : Arrivée au centre de santé
				14:45 : Entretiens avec 2 membres du bureau Komdè, 1 relais communautaire, 1 infirmier chef, 1 pharmacien, 1 AS
13	15/06/19	Djougou	Hotel de la Donga	Restitution des entretiens
14	16/06/19	Djougou		-
15	17/06/19	Ouaké	Place publique	09:30 : Arrivée place publique
				09:40 : Entretiens avec 3 anciens bénéficiaires, 5 bénéficiaires, 2 non bénéficiaires
				17:00 : Skype M. Liscia et M. Ducoudray
16	18/06/19	Djougou	Hotel de la Donga	15:00 : M. Tairou (team 1)
				15:00 : M. Tchatcha (team 2)
				15:00 : M. Aguewe (team 3)
17	19/06/19	Tchalinga	Village Madjatom	08:00 : Arrivée place publique (team 1)
				08:15 : Entretiens avec 3 non bénéficiaires, 2 bénéficiaires, 2 anciens bénéficiaires
			Hotel de la Donga	10:00 : Entretien Mme Garba (team 2)
			Village Sèmèrè	11:00 : Arrivée place publique (team 1)
				11:10 : Entretiens avec 4 bénéficiaires, 1 ancien bénéficiaire
18	20/06/19	Djougou	Hotel de la Donga	10:00 : Séance de travail SANAE
19	21/06/19	Copargo		10:00 : Arrivée sur les lieux
				10:10 : Entretiens avec 4 bénéficiaires, 2 non bénéficiaires
		Pabégou		11:00 : Entretiens avec 3 bénéficiaires, 2 non bénéficiaires
20	22/06/19	Djougou	Hotel de la Donga	Restitution des entretiens
21	23/06/19	Djougou		-
22	24/06/19	Djougou	Hôpital de zone Ordre de Malte	12:30 : Rencontre avec le DDS de la Donga
23	25/06/19	Djougou	Hotel de la Donga	10:00 : Entretien Dr. Virgile (médecin coordinateur de la zone sanitaire)
24	26/06/19	Cotonou	-	07:00 : Départ de SANAE pour Cotonou
25	27/06/19	Cotonou	ADMAB	09:00 : Entretien Mme De Souza
26	28/06/19	Cotonou	ADMAB	14:00 : Entretien M. Sossoukbe
		Abomey-Calavi	Université Abomey-Calavi	15:00 : Entretien M. Venant (unité technique ARCH)

AS : Aide-Soignante

DDS : Directeur Départemental de la Santé

SF : Sage-Femme

Team : Le groupe d'experts divisé en petites équipes pouvant aller jusqu'à 3

BIBLIOGRAPHIE

- Adeya G., Bigirimana A., Cavanaugh K. et Miller Franco L.** 2007. Évaluation rapide du système de santé du Bénin. Pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international.
- Almedom A., Blumenthal U. et Manderson L.** 1998. Procédures d'évaluation Sanitaire: Approches et Méthodes pour l'évaluation des Pratiques d'hygiène relatives à l'eau et à l'assainissement.
- Asdi.** 2003. La méthode du cadre logique.
- Atchouta Roger A.** 2017. De la mutualisation de la santé communautaire à la gouvernance de santé publique : analyse des déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin, Afrique et développement, Volume XLII, No. 1, 2017, pp. 33-54.
- Atchouta Roger A., Badou Savi A. O., Doubogan Y. O.** 2017. De La Politique De Santé Publique Aux Démarches D'entraide Sociale : Mutuelles De Santé Et Équité Sociale Dans Le Département Du Borgou Au Bénin. European Scientific Journal, vol 13.
- Berthier N.** 2010. Les techniques d'enquête en sciences sociales - Méthodes et exercices corrigés, Armand Colin.
- Blanchet A., Gotman A.** 2010. L'entretien - L'enquête et ses méthodes, Armand Colin.
- Champeaux-Rousselot M.** 2015. Émique et étique : deux notions entre linguistique et anthropologie.
https://recherches-entrecroisees.net/2017/04/23/emique-etique-emique-etique/#_ftnref1
- Creese A. et Bennett S.** (1997). Rural Risk-Sharing Strategies. In: Schieber, G.(ed.), Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference, Washington, D.C.
- Coulibali Sori R. et Zinsou L.** 2015. Agriculture, sécurité alimentaire et développement humain au Bénin Rapport national sur le développement humain.
http://hdr.undp.org/sites/default/files/rndh_2015_benin.pdf
- Criel B., Blaise P. et Ferette D.** 2006. Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique, In : L'assurance maladie en Afrique francophone, Banque Mondiale, Washington DC.
- Criel B. et Waelkens M. P.** (2003). Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry: what is going wrong? Soc Sci & Med, 57(7), 1205-1219.
- De Singly F.** 2012. Le questionnaire - L'enquête et ses méthodes, Armand Colin.
- El Kaim J., Goita M., Granel A., Kone B., Medah R., Le teurnier C. et Totte M.** Décembre 2013. Evaluation stratégique de projets ONG dans le domaine de la santé (Mali, Burkina Faso et Cambodge). Evaluation ex-post No. 52, p. 64.
[25/06/2019] [https://www.afd.fr/fr/evaluation-strategique-de-projets-ong-dans-le-domaine-de-la-sante-mali-burkina-faso-et-cambodge?origin=/fr/ressources-accueil?query=%2A&sort=publication_date%2Cdesc&size=10&filter\[0\]=source_k=afd&filter\[1\]=type_k=resource&filter\[2\]=re](https://www.afd.fr/fr/evaluation-strategique-de-projets-ong-dans-le-domaine-de-la-sante-mali-burkina-faso-et-cambodge?origin=/fr/ressources-accueil?query=%2A&sort=publication_date%2Cdesc&size=10&filter[0]=source_k=afd&filter[1]=type_k=resource&filter[2]=re)

[source_type_k=Document%20d%27%C3%A9valuation&filter\[3\]=thematic_k=Sante%20et%20protection%20sociale&facetOptions\[0\]=resource_type_k,size,200&facetOptions\[1\]=thematic_k,size,200&facetOptions\[2\]=country_k,size,200&facetOptions\[3\]=collection_k,size,200](#)

ESSENTIEL. 2016. Note d'Initiative ONG.

FENAMUS. 2015. Manuel de procédures administrative, financière et comptable des unions ou mutuelles communales de santé.

Fenneteau H. 2015. Enquête : entretien et questionnaire, 3^e éd.

Franco L., Simpara C., Sidibe O., Kelley A., Diop F., Makinen M., Ba A. et Burgert C. 2006. Equity initiative in Mali: evaluation of the impact of mutual health organizations on utilization of high impact services in Bla and Sikasso Districts in Mali, Bethesda, MD: Partners for Health ReformPlus, Abt Associates Inc.

Gankpe Gbètoho F., Gankpe Emeraude C., Baleba Aubin N., Zinsou L. et Mesenge C., . 2018. Les mutuelles de santé reproduisent-elles les inégalités de santé au Bénin ?, Santé Publique, 2018/3 (Vol. 30), p. 389-396.

DOI : 10.3917/spub.183.0389.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-389.htm>

Gaspar D. 1999. Gestion du cycle de projet : carences et aléas du cadre logique. Le Courrier n°173.

Gbénahou Mètonmassé Bonaventure H. 2019. Comprendre les faibles taux d'adhésion et de cotisation aux mutuelles de santé : exploration dans quatre communes du Bénin, Anthropologie & Santé.

DOI : 10.4000/anthropologiesante.4847

[16/06/2019] <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/4847>

Glaser B.G., Strauss A.L. 1967. The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, Chicago, Aldine.

Health Economics. 2012. La structuration et le mode de fonction du système de santé du Bénin.

<http://meschac.unblog.fr/la-structuration-et-le-mode-de-fonction-du-systeme-de-sante-du-benin/>

INSAE. 2004. Cahier des villages et quartiers de ville. Département de la Donga.

INSAE. 2013. Synthèse des principaux résultats du RGPH-4 de la DONGA.

Justaert G., Verstraeten B., Van Belle V. et Lesire C. 2011. La santé, un droit pour tous ! Solidarité Mondiale asb

https://solidaritemondiale.be/IMG/pdf/Dossier_politiqueBAT.pdf

Kamozura P. et Gilson, L. 2007. Factors influencing implementation of the community health fund in Tanzania, Health policy and planning, p.95.

Michelat G. 1975. « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », Revue française de sociologie, vol. 16, p. 229-247.

MUTUALITÉS LIBRES et LOUVAIN COOPÉRATION. 2017. L'Avenir des mutuelles de santé au Bénin et Togo, rapport d'étude

[14/01/2019] <https://www.mloz.be/fr/content/lavenir-des-mutuelles-de-sante-au-benin-et-togo-o>

Nyssens M. et Vermer M.-C. 2012. La régulation des mutuelles de santé au Bénin. In: Leloup F., Brot J., Gérardin H, L'Etat, acteur de développement, Karthala: Paris, 2012, p. 123 -140. 978-2-8111-0617-1.

Peersman G. 2014. Présentation des méthodes de collecte et d'analyse de données dans l'évaluation d'impact. Note méthodologique n°10. Centre de recherche Innocenti, Florence.

Pires A. 1997. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique *Criminologie*, École de criminologie, Université d'Ottawa.

Ridde V. 2004. L'initiative de Bamako 15 après : Un agenda inachevé, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street, NW Washington, DC 20433

Turcotte-Tremblay A-M., Haddad S., Yacoubou I. et Fournier P. 2010. Mutuelle de santé : stratégies pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au Bénin, Politique publiques et lutte contre l'exclusion - phase III, p.23.

USAID. 2016. Profil de financement de la santé : Bénin, Créé pour l'atelier de l'USAID La Protection Financière et l'Accès Amélioré aux Soins de Santé : Apprentissage par les Pairs tenu à Accra, Ghana

http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/country_profile_-_benin_fr.pdf

Vigan-Medji D., 2017. Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin : obstacles et facteurs facilitants Département de Gestion Évaluation et de Politique de Santé (DGEPS). École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales (FESP). [En ligne], (13/11/2018)

https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20566/Vigan%20Medji_Doreen_2017_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y