

Louvain Coopération:
**DIX ANNEES D'EXPERIENCES DANS LA PROMOTION DES MUTUELLES DE
SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST**

*"L'accès aux soins de santé est un droit fondamental (articles 22 et 25 de la Déclaration
Universelle des Droits de l'Homme)"*



Direction Régionale Afrique de l'Ouest (Bénin et Togo)

01 BP : 5069 Cotonou

Tél : +229 21 30 06 71

Email : info-ao@louvaincooperation.org

Web : www.louvaincooperation.org



Louvain Coopération et ses partenaires remercient le groupement de bureaux d'études associatifs « Corail Bénin/Corail Développement France » pour sa contribution et son accompagnement dans la réalisation de la présente étude.



TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	III
INTRODUCTION.....	1
I- GENERALITES	4
1.1. DEFINITION DES CONCEPTS	4
1.1.1. <i>La capitalisation.....</i>	4
1.1.2. <i>Les concepts utilisés en mutuelles de santé.....</i>	4
II- LES PROJETS « MUTUELLES DE SANTE » AU TOGO ET AU BENIN	13
2.1. AU BENIN :.....	13
2.1.1. <i>Contexte spécifique en accessibilité aux soins de santé.....</i>	13
2.2. AU TOGO	16
2.2.1. <i>Contexte spécifique en accessibilité aux soins de santé.....</i>	16
III- LES EXPERIENCES A L'ACTIF DE LOUVAIN COOPERATION EN AFRIQUE DE L'OUEST	21
3.1. DEMARCHE/APPROCHE PARTENARIALE	21
3.2 MISE EN PLACE	25
3.2.1. <i>Préalables à la mise en place des mutuelles de santé au Bénin et au Togo.....</i>	25
3.2.2. <i>Démarches de mise en place.....</i>	25
3.3. L'ADHESION AUX MUTUELLES DE SANTE	31
3.4 STRATEGIES DE COLLECTES DES COTISATIONS	32
3.4.1 <i>Cotisation de « main à main ».....</i>	32
3.4.2. <i>Cotisation liée au crédit.....</i>	32
3.4.3. <i>Cotisation en nature.....</i>	32
3.4.4. <i>Cotisation payée par la famille établie en ville.....</i>	33
3.4.5. <i>Cotisation par engagement.....</i>	33
3.5. LES ORGANES DE GESTION DES MUTUELLES.....	34
3.6. ACTIVITES D'APPUI A L'ELARGISSEMENT DE LA BASE.....	35
3.6.1 <i>Le porte à porte.....</i>	35
3.6.2 <i>Le balayage final.....</i>	35
3.6.3 <i>Les journées promotionnelles.....</i>	35
3.6.4 <i>Les journées de grande sensibilisation (JGS).....</i>	36
3.6.5 <i>La mise en place des Cellules Mutualistes de Base.....</i>	36
3.7 LE SUIVI DES MUTUELLES	37
3.7.1 <i>Le dispositif de suivi.....</i>	37
3.7.2 <i>Le suivi du sociétariat.....</i>	37
3.7.3 <i>Le suivi des cotisations.....</i>	37
3.7.4 <i>Le suivi des prestations de soins.....</i>	37
3.7.5 <i>Le contrôle social.....</i>	38
3.7.6 <i>Le suivi financier.....</i>	38
3.8 LA GESTION DES PRESTATIONS	39
3.8.1 <i>Le rôle du Médecin Conseil dans la gestion de la qualité des soins.....</i>	39
3.8.2 <i>Descriptions de quelques fonctions.....</i>	40
3.8.3 <i>Les cadres de concertation (prestataires, les mutualistes, promoteur, etc.).....</i>	41
3.9 LES ACQUIS.....	44
3.9.1 <i>Contribution des mutuelles de santé à la réduction des coûts de soins pour les membres.....</i>	44
3.9.2 <i>Contribution des mutuelles de santé à la protection des revenus de ménages.....</i>	44
3.9.3 <i>Effets indirects des mutuelles de santé rapportés par certains mutualistes et élus.....</i>	44
3.9.4 <i>Contribution des mutuelles de santé au renforcement de la coopération entre les acteurs.....</i>	45

3.9.5 Renforcement des capacités des élus	45
3.9.6 Autres effets induits rapportés par les mutualistes	45
3.9.7 Effets positifs sur les formations sanitaires	46
IV. DEFIS.....	47
4.1. DIFFICULTES ET CONTRAINTES DE MISE EN ŒUVRE.....	47
4.1.1. Quelques difficultés majeures	47
4.1.2. Les contraintes.....	47
4.2. LA PERENNISATION DE L’ACTION DES MUSA	50
4.2.1. Durabilité socio – culturelle	50
4.2.2. Viabilité fonctionnelle et administrative	50
4.2.3. Viabilité financière et institutionnelle.....	51
V. ANALYSE SWOT.....	53
5.1. FORCES	53
5.2. FAIBLESSES	53
5.3. MENACES.....	53
5.4. OPPORTUNITES.....	54
LECONS APPRISES ET ECUEILS A EVITER.....	56
CONCLUSION.....	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITOGRAPHIQUES	59
BIBLIOGRAPHIE	59
⇒ Ouvrages généraux.....	59
⇒ Document de travail et de formation consultés	60
⇒ Rapport des cadres de concertation	60
⇒ Rapports d’Audit.....	60
⇒ Rapports d’évaluation	60
SITOGRAPHIE	62
ANNEXES (EN DOCUMENT SEPRE).....	63

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADESCO	:	Appui au Développement et à la Santé Communautaire
AGC	:	Assemblée Générale Constitutive
AGO	:	Assemblée Générale Ordinaire
3ASC	:	Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire
BCEAO	:	Banque Centrale de l'Afrique de l'Ouest
CA	:	Conseil d'Administration
CDD	:	Communication pour un Développement Durable
CEDEAO	:	Communauté Economique des Etat de l'Afrique de l'Ouest
CMEC	:	Caisses Mutuelles d'Epargne et de Crédit
COGES	:	Comité de Gestion
CI	:	Comité d'Initiatives
CIV	:	Comité d'Initiatives Villageois
CS	:	Comité de Santé
CVA	:	Comité Villageois d'Alphabétisation
CVD	:	Comité Villageois de Développement
CTB	:	Agence Belge de Développement
DGD	:	Direction Générale de Développement
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale
EEZS	:	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
GROPERE	:	Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement
IOV	:	Indicateur Objectivement Vérifiable

ISCO	:	Indice Synthétique des Capacités Organisationnelles
LD	:	Louvain Coopération au Développement
LISA	:	Programme de Lutte Intégrée pour la Sécurité Alimentaire dans l'Atacora Ouest
MUSA	:	Mutuelle de Santé
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale

INTRODUCTION

Louvain Coopération encore appelée Louvain Coopération au Développement est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) de l'Université Catholique de Louvain en Belgique (ULC) qui met les compétences universitaires en pratique pour relever les défis du développement. Depuis 1981, l'ONG lutte contre la faim, les maladies et la pauvreté aux côtés des populations les plus défavorisées. Louvain Coopération est aujourd'hui la plus importante ONG universitaire de Belgique et mène 23 projets avec 140 partenaires au Sud.

L'université apporte son expertise en impliquant un professeur, un doctorant ou une unité de recherche dès le début du projet. Les experts de Louvain Coopération apportent leurs compétences techniques et leur maîtrise du terrain. Le partenaire local avec lequel Louvain Coopération travaille précise les stratégies les plus adaptées au contexte local.

Les actions de Louvain Coopération visent à améliorer les conditions de vie des populations défavorisées par la réduction de l'insécurité alimentaire et économique, l'amélioration de la qualité des systèmes de santé et l'accessibilité aux soins. Pour atteindre ces objectifs, Louvain Coopération et l'UCL unissent leurs forces dans 4 domaines d'expertise à savoir :

1. Les soins de santé afin de permettent aux populations de:
 - Préserver leur capital « santé »
 - Organiser les soins de manière plus autonome
 - Réduire les coûts qu'ils doivent supporter
2. L'accès aux soins de santé pour :
 - Accéder à tout moment aux formations sanitaires à un coût abordable
 - Créer et développer des mutuelles de santé
3. La sécurité alimentaire et économique permettent aux populations de :
 - Sécuriser la disponibilité alimentaire : production agricole et élevage)
 - Accéder à des services (conseils techniques, guichets d'économie locale, microcrédits,...) pour générer des revenus et sortir de la précarité de façon durable
 - Stimuler un environnement institutionnel favorable à la sécurité alimentaire et au développement économique : gouvernance locale, renforcement institutionnel et alphabétisation
4. L'éducation au développement dans le but de :
 - Sensibiliser la communauté universitaire (professeurs, étudiants et administrations) aux relations Nord/Sud
 - L'encourager à agir en faveur d'un monde plus juste et solidaire

LD est soutenue dans ses actions par des :

- Partenaires publics :
 - o La Coopération Belge au Développement
 - o Le Fonds Belge pour la sécurité Alimentaire
 - o L'Union Européenne
- Partenaires privés
 - o Plan Hollande et Plan Togo
 - o La Fondation BRS
 - o Les Mutualités Libres de Belgique
- Partenaires d'appui à la recherche
 - o L'Université Catholique de Louvain (UCL)

Louvain Coopération intervient sur des thématiques spécifiques dans plusieurs pays du monde notamment :

- En Amérique Latine : Bolivie, Equateur et Pérou
- En Afrique : Bénin, Burundi, Madagascar, République Démocratique du Congo et Togo
- En Asie : Cambodge
- En Europe : Belgique

En Afrique de l'Ouest, Louvain Coopération a commencé ses interventions depuis 1994. En Juillet 1999, elle a ouvert un bureau de coordination régionale à Cotonou au Bénin pour la supervision de l'ensemble de ses programmes dans la région. Après le Bénin, les interventions de Louvain Coopération ont été étendues au Togo à partir de 2003. Elle dispose d'antennes à Dapaong et Sokodé au Togo, et à Tanguieta et Lokossa au Bénin.

Au Bénin, Louvain Coopération est reconnue comme association régie par la loi associative de 1901, enregistrée sous le n° 2001-009/MISAT/DC/SG/DAI/SAAP-Assoc., du 09 janvier 2001. Un premier accord de siège a été signé avec le Gouvernement béninois le 27 juin 2001, et un second le 12 mars 2012 avec des avantages plus importants.

Au Togo, Louvain Coopération est officiellement reconnue en tant qu'association intervenant au Togo depuis le 7 juin 2007 enregistrée sous le N° 0451/MAT-SG-DAPOC-DOCA. Elle dispose d'un accord programme depuis le 12 avril 2013 avec le gouvernement togolais et un accord d'établissement en tant qu'ONG internationale le 27 décembre 2013 ».

En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, et plus spécifiquement en matière de création et de développement des mutuelles de santé, Louvain Coopération et ses partenaires opérationnels ont accompagné l'émergence et appuyé le fonctionnement de quinze (15) mutuelles de santé (4 au Bénin et 11 au Togo) réparties dans les départements du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga au Bénin et, les Régions Centrale, des Plateaux et des Savanes au Togo.

Au cours des 10 ans d'appui aux mutuelles

- 209 692 mutualistes ont bénéficié des services des mutuelles ;

- 449 745 134 FCFA de cotisations ont été collectées pour 327 597 026 FCFA de montant payé aux formations sanitaires au titre des prestations offertes aux bénéficiaires des mutuelles
- 193 208 cas de maladies ont été pris en charge

Dans les deux (02) pays, les interventions de Louvain Coopération pour la promotion des mutuelles de santé, sont opérationnalisées dans le cadre de plusieurs projets/programmes en partenariat avec des ONG locales :

:

- Groupement pour l'Exploitation des Ressources de l'Environnement (GROPERE) ONG partenaire depuis 2003 dans le Département du Mono, Bénin.



- Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire (3ASC) ONG partenaire depuis 2002 dans la Région des Savanes, Togo.



- RADAR : Regroupement des Association pour le Développement Appliqué des Ruraux (RADAR) ONG partenaire depuis 2006 dans la région Centrale, Togo.



- Appui au Développement et à la Santé Communautaire (ADESCO) ONG partenaire depuis 2006 dans la région Centrale, Togo



- **Association pour la Protection et la Promotion de la VIE** (en abrégé SOS-VITA TOGO), ONG partenaire depuis 2010 dans la région des Plateaux, Togo



Le présent rapport résume l'ensemble des expériences développées et acquises par Louvain Coopération et ses partenaires locaux en matière de création et de développement de mutuelles de santé au Bénin et au Togo.

I- GENERALITES

1.1. Définition des concepts

1.1.1. La capitalisation

Selon Pierre de Zutter (1994), je cite : **La capitalisation**, « c'est le passage de l'expérience à la connaissance partageable ». Cette approche a notamment le mérite de la distinguer d'autres travaux du point de vue de ses objectifs, de ses sources d'information, de la diffusion de ses produits.

La capitalisation d'expériences est ainsi incontournable pour améliorer la qualité – aussi bien en termes d'efficacité, d'efficience, que de durabilité ou de pertinence - des actions entreprises par les ONG. Elle permet de s'interroger sur ses pratiques, de les remettre en cause, de les adapter... et d'éviter de refaire, une nouvelle fois, les erreurs que nous ou d'autres organisations aurions pu déjà commettre.

1.1.2. Les concepts utilisés en mutuelles de santé

Dans la suite de ce document des thèmes et concepts ont été utilisés qu'il convient d'élucider pour une compréhension mutuelle et partagée. Il s'agit de :

Accès aux soins ou aux services de santé : C'est la possibilité qu'à la population d'utiliser les soins ou services de santé. La mise en place de la mutuelle de santé facilite l'accès aux soins et services de santé en levant la barrière financière.

Acte : C'est une prestation médicale délivrée par le personnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) à un patient. Les mutuelles de santé peuvent couvrir des actes, des regroupements d'actes, garantir un forfait par épisode de maladie, etc.

Adhérent : C'est une personne qui s'affilie à la mutuelle de santé en payant le droit d'adhésion, s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur et à verser ses cotisations. L'adhérent peut bénéficier des services du système et en faire bénéficier certains membres de sa famille, qui dépendent directement de lui et que l'on appelle ayants droit ou personnes à charge. Les adhérents et les ayants droit constituent les personnes couvertes du système ou bénéficiaires.

Assemblée générale : C'est le principal organe de décision d'un système de micro-assurance santé lorsque celui-ci est géré de manière participative. Dans le cas d'une mutuelle, d'une coopérative, d'une association, l'assemblée générale regroupe l'ensemble des adhérents ou leurs représentants.

Dans le cas d'une société par capital elle regroupe l'ensemble des actionnaires. L'assemblée générale détermine les objectifs du système et sa politique générale.

Association : C'est un groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs. Les associations mènent leurs activités dans un but non lucratif.

Assurance : C'est un mécanisme de couverture contre les conséquences financières de certains événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces événements appelés également risques. L'assurance

repose sur 1) le paiement préalable — c'est-à-dire avant la réalisation des risques — de cotisations, 2) le partage des risques et 3) la notion de garantie. Les cotisations des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un certain nombre de risques précisément déterminés. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations, obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière. Ils renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer.

Attestation de soins : C'est un document délivré par le prestataire de soins au patient attestant qu'il a été soigné et indiquant, entre autres, le diagnostic, le traitement appliqué, le montant payé par le patient et celui à facturer à la mutuelle de santé. L'attestation de soins est utilisée dans le cadre d'un mécanisme de tiers payant, pour prouver que les soins ont été dispensés au patient et que celui-ci a bénéficié du tiers payant.

Autorités sanitaires : Ce sont les structures ou les responsables de systèmes de santé publique ayant en charge une zone géographique déterminée : préfecture, région, commune, pays. Les autorités sanitaires se distinguent des prestataires publics de soins par leur mandat qui n'est pas d'offrir des services de santé mais généralement de promouvoir la santé et de réguler le secteur (mission régaliennne).

Personne à charge : C'est une personne qui, sans être adhérente à la mutuelle de santé, bénéficie de ses services, en raison de son lien de parenté avec un adhérent. Les personnes à charge doivent être inscrits comme tels par l'adhérent au moment de l'adhésion, ou ultérieurement dans le cas d'un mariage, d'une adoption, d'une naissance... Lorsque l'adhérent n'est plus membre de la mutuelle de santé, la couverture des personnes à charge cesse également. Synonyme.

Bénéficiaire : C'est une personne, qui au titre d'adhérent ou de personne à charge, bénéficie des services du système de mutuelle de santé. Ce qui suppose que l'adhérent soit à jour des cotisations et que le bénéficiaire ait déjà fait sa période d'observation. Synonyme: Personne couverte.

Capacité contributive : C'est le montant qu'une personne est capable de payer pour bénéficier d'une couverture d'assurance. **Carte d'adhérent :** C'est un document qui matérialise l'adhésion d'un individu à la mutuelle de santé. Elle peut comporter les noms, prénoms, dates de naissance et éventuellement photos de l'adhérent et des ayants droit. La présentation de la carte permet à une personne couverte de bénéficier d'accords tarifaires ou du tiers payant auprès des prestataires de soins partenaires de la mutuelle de santé.

Comité d'exécution ou bureau exécutif: C'est l'organe exécutif d'une mutuelle de santé. Il s'agit des techniciens payés par la mutuelle pour gérer la mutuelle au quotidien.

Comité de surveillance : C'est l'organe de contrôle de la mutuelle de santé ; il a pour mission de contrôler la gestion, le respect des procédures et d'en rendre compte aux autres organes du système. Les membres de ce comité sont élus en Assemblée Générale (AG).

Conseil d'administration : mis en place par l'AG, il a pour mandat de représenter la mutuelle de santé auprès des tiers et de mettre en application la politique générale de la mutuelle de santé, décidée par l'assemblée générale. **Convention entre la mutuelle de santé et un prestataire de soins :** C'est un accord (généralement écrit) conclu entre un prestataire de soins et une mutuelle de santé, qui permet notamment de définir les services

couverts, les tarifs à appliquer, les normes de qualité à respecter, le montant et les modalités de paiement. **Co-paiement** : C'est la part du coût d'un service de santé couvert, qui n'est pas prise en charge par la mutuelle de santé.

Cotisation : C'est une somme d'argent déterminée, périodiquement versée par l'adhérent à la mutuelle de santé, pour pouvoir bénéficier de ses services et en faire bénéficier ses personnes à charge. Les cotisations sont la principale ressource financière du système et doivent lui permettre de couvrir ses coûts : dépenses liées à la prise en charge des prestations médicales, frais de fonctionnement, constitution de réserves financières, etc.

Cotisations émises au cours de l'exercice E : ensemble des sommes d'argent que la mutuelle demande, au cours de l'exercice E, à ses adhérents en contrepartie des services qu'elle rend, quel que soit l'exercice pour lequel ces cotisations ont été demandées.

Cotisations émises pour l'exercice E : ensemble des sommes d'argent que la mutuelle demande à ses adhérents en contrepartie d'une couverture pour l'exercice E, quel que soit l'exercice au cours duquel ces cotisations ont été demandées.

Cotisations perçues au cours de l'exercice E : ensemble des sommes d'argent encaissées par la mutuelle au cours de l'exercice E, quel que soit l'exercice pour lequel ces cotisations ont été versées. Les engagements ne sont pas considérés comme des cotisations perçues.

Couple prestations/cotisations : C'est l'ensemble constitué d'une part par les prestations de la mutuelle de santé (services couverts et niveaux de prise en charge + services auxiliaires) et d'autre part par les cotisations correspondantes. On parle de «couple» car ces deux notions sont liées : plus le nombre de services couverts et les niveaux de prise en charge sont importants plus la cotisation correspondante est élevée.

Droit d'adhésion : C'est une somme d'argent versée par le nouvel adhérent au moment de son inscription à la mutuelle de santé. Elle couvre les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission.

Episode de maladie : C'est une période qui commence à l'apparition des premiers symptômes de la maladie et qui se termine à la guérison du malade.

Etude de faisabilité : C'est une étude qui a pour objectifs de vérifier la pertinence de la mise en place d'un système de prépaiement des soins de santé, pour savoir s'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés en tenant compte du contexte et de définir les caractéristiques qui lui permettent d'être viable et de favoriser son développement.

Excédent : C'est la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les produits sont supérieurs aux charges.

Exercice comptable : C'est la période sur laquelle sont établis les états financiers. Le choix de l'exercice est généralement soumis à une réglementation. Souvent, il correspond à une année civile.

Facture récapitulative : C'est une facture qu'une formation sanitaire, qui a passé un accord de tiers payant avec une mutuelle de santé, envoie à intervalle régulier afin de se faire rembourser. La facture récapitulative comporte les montants des soins délivrés aux personnes couvertes durant la période considérée. Elle permet à la mutuelle de santé de

payer le prestataire, après avoir contrôlé que les informations de la facture sont en adéquation avec les lettres de garantie et les attestations de soins.

Fonds de garantie : C'est un fonds auquel une mutuelle de santé peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement le fonds de garantie intervient sous forme de prêt à la mutuelle de santé qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont normalement définis avec précision.

Fonds de réserve : Ce sont les capitaux propres constitués par la mutuelle de santé pour faire face à des situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions réglementaires.

Forfait : C'est un mode d'expression de la garantie consistant à prendre en charge 100% des dépenses de santé, dans la limite d'un montant exprimé en unités monétaires, appelé forfait. Il peut s'agir d'un montant maximum par ordonnance, consultation, séance, épisode de maladie, journée d'hospitalisation, par période ou par an. Le montant du forfait est fixé à l'avance et est indépendant des dépenses réellement engagées par le patient. L'instauration de forfaits permet de limiter les dépenses de la mutuelle de santé et de la protéger de cas catastrophiques qui, par leur coût très élevé, pourraient entraîner la faillite du système.

Formation sanitaire (ou formation médicale) : C'est une structure ou une institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins auprès de la population: centre de santé, dispensaire, cabinet médical, hôpital, etc.

Franchise en nombre : C'est un mode d'expression de la garantie consistant à prendre en charge 100% des dépenses de santé moins un nombre de séances, de cas ou de jours, qui reste toujours à la charge de l'adhérent. Exemple de franchise en nombre: La garantie «frais de séjour à l'hôpital» est de 100% des dépenses engagées, à l'exclusion du premier jour d'hospitalisation qui n'est jamais pris en charge. Si le patient est hospitalisé trois jours, les dépenses correspondant au premier jour sont entièrement à sa charge. En revanche, le système de micro-assurance santé prend en charge les deuxième et troisième jours d'hospitalisation.

Franchise monétaire : C'est un mode d'expression de la garantie consistant à prendre en charge 100% des dépenses de santé moins un montant, exprimé en unités monétaires et appelé franchise, qui reste toujours à la charge de l'adhérent et qui n'est pas proportionnel aux dépenses réellement effectuées. La franchise peut être déduite à chaque utilisation du service de santé ou globalement sur une base annuelle.

Fréquence : C'est le nombre moyen, par personne et par an, de cas de maladie ou d'utilisations d'un service de santé au sein d'une population donnée.

Fréquentation (taux de) : C'est un indicateur qui permet de mesurer l'accès à la formation sanitaire par la population de son aire de responsabilité. Le taux de fréquentation est égal au rapport entre le nombre de nouveaux cas et la taille de la population. Les nouveaux cas sont les nouveaux épisodes de maladie ou les nouvelles grossesses, «vus» pour la première fois par le personnel de santé de la formation sanitaire. Si un patient doit revenir une ou plusieurs fois pour suivre un traitement dans le cadre d'un même épisode de maladie, ou d'une même grossesse, ces nouvelles visites sont comptées comme des anciens cas et ne sont généralement pas prises en compte dans le calcul du taux de fréquentation. En revanche, s'il

utilise 5 fois la formation sanitaire pendant l'année pour 5 épisodes de maladie différents, il doit être comptabilisé 5 fois.

Garanties : C'est la couverture d'assurance santé que la mutuelle de santé s'engage à octroyer en contrepartie du versement des cotisations.

Lettre de garantie : C'est un document qui permet de prouver qu'un patient est bien couvert par la mutuelle de santé c'est-à-dire qu'il est inscrit comme adhérent ou ayant droit, à jour de ses cotisations et qu'il a terminé sa période d'observation. La lettre de garantie permet notamment d'éliminer les tentatives de fraudes, de limiter la surconsommation et de garantir au prestataire de soins que les dépenses de soins du patient seront prises en charge par la mutuelle de santé (principe du tiers payant).

Médecin-conseil : C'est un médecin qui travaille pour une mutuelle de santé et lui fournit des conseils ainsi qu'aux prestataires de soins partenaires et aux patients. Il conseille le système dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins. Il analyse les demandes d'entente préalable et délivre les autorisations ou les refus de prise en charge. Il contrôle la pertinence des soins donnés, le bien-fondé et le respect des règles de remboursement. Il peut aussi intervenir dans les activités d'éducation à la santé.

Médicament essentiel : C'est un médicament qui est sélectionné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en raison de son importance pour prévenir ou soigner une maladie particulièrement fréquente dans un pays. L'emploi de la liste des médicaments essentiels permet d'améliorer les soins apportés aux patients, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.

Médicament générique : C'est un médicament désigné par le nom de son principe actif le plus important et non par son appellation commerciale. En général, la Dénomination commune internationale (DCI), établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), correspond au nom générique. Les médicaments génériques sont moins chers que les médicaments de marque.

Micro-assurance santé : C'est un système d'assurance, souvent initié par un acteur de la société civile, dont l'objet est d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, c'est-à-dire principalement les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles.

Modes de paiement : Ce sont les différentes modalités utilisées par le système de micro-assurance santé et/ou les patients membres du système pour acheter les services médicaux des prestataires de soins. Les principaux modes de paiement sont le paiement à l'acte, par regroupement d'actes, par journée d'hospitalisation, par épisode de maladie et la capitation (paiement d'un forfait annuel par personne couverte).

Monitoring : C'est une évaluation périodique de la qualité objective des formations sanitaires sur la base de normes fixées par la politique sanitaire nationale en termes d'équipements, de personnel, de respect des protocoles thérapeutiques, de disponibilité en médicaments, etc.

Mouvement social : C'est un groupe social organisé qui mène des actions en faveur du bien-être de ses membres et de la société en général.

Mutualisation du risque : C'est le principe selon lequel les conséquences financières des risques individuels ne sont pas supportées par chaque individu mais par un groupe tout entier. Il s'agit d'un partage du risque sur lequel reposent les mécanismes d'assurance.

Mutuelle de santé : C'est un groupement ou une association volontaire de personnes poursuivant un but social et non lucratif. Son fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle de santé assure à tout moment, leur accès financier aux soins de santé ainsi que celui de leur famille.

Niveau de prise en charge : C'est le niveau de dépenses de santé que le système s'engage à couvrir lors de l'utilisation d'un service de santé donné. Le niveau de prise en charge peut être exprimé en pourcentage des dépenses de santé réellement effectuées. Il peut intégrer des limites en montant ou en nombre d'utilisations (par exemple: prise en charge de la consultation dans la limite d'un plafond de 3000 F CFA à chaque consultation). Il peut également combiner les deux modes d'expression (par exemple: prise en charge de 80% des dépenses dans la limite de 4 consultations par personne et par an).

Offre de soins : C'est l'ensemble des services de santé ou l'ensemble des prestataires de soins disponibles pour une population donnée.

Paiement à l'acte : C'est un mode de paiement qui consiste à payer le prestataire pour chaque acte presté et couvert par la mutuelle de santé.

Paiement forfaitaire : C'est un mode de paiement des prestataires de soins consistant à payer un montant forfaitaire défini à l'avance.

Patient : C'est un individu qui utilise des services de santé: consultation, médicaments, examens de laboratoire, intervention chirurgicale, accouchement, etc.

Période d'observation ou période d'attente ou stage : C'est une période pendant laquelle le nouvel adhérent cotise au système, sans que ni lui ni ses ayants droits ne puissent bénéficier de la prise en charge. La période d'attente vise principalement à décourager les comportements opportunistes de personnes qui ne s'affilieraient qu'au moment précis où elles en ont besoin (en prévision d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale programmée) et se retireraient une fois satisfaites. Elle permet aussi au système de micro-assurance santé de se constituer des réserves financières dès son démarrage. La durée de la période d'attente varie souvent selon les types de services de santé couverts. Exemple: De neuf à dix mois pour la maternité, la période d'attente peut être de un à trois mois seulement pour les consultations, l'hospitalisation, les médicaments. Synonymes: stage, période probatoire, délai de carence.

Perte : C'est la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les charges sont supérieures aux produits. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme déficit.

Population cible : C'est la population que la mutuelle de santé envisage de couvrir: elle comprend l'ensemble des adhérents *potentiels* et leurs personnes à charge.

Prépaiement : C'est un ensemble de mécanismes qui permettent à une personne de payer des soins futurs à un moment où elle dispose de revenus suffisants.

Prestataire de soins : C'est une personne, qui dispense des soins de santé à un patient. Exemple : Médecins, pharmaciens, chirurgiens, sages-femmes, infirmiers, centre de santé, hôpital de district, hôpital régional, hôpital national, dispensaire, tradipraticien, etc.

Prestation d'une mutuelle de santé : C'est un service de santé dont l'utilisation est couverte par la mutuelle de santé. Celui-ci s'engage à prendre en charge totalement ou partiellement les dépenses occasionnées lors de l'utilisation de ce service.

Prestation de santé (ou prestation médicale) : C'est un service de santé dispensé par le personnel de santé d'une formation sanitaire. Il peut s'agir de soins de santé de base, de soins spécialisés, de soins à domicile, de soins ambulatoires ou hospitaliers, de la délivrance de médicaments, etc.

Prévoyance : C'est une attitude qui consiste à prendre à l'avance un certain nombre de mesures, à s'organiser pour pouvoir faire face à la survenue future d'un risque. Exemples: Stocker des denrées alimentaires en prévision d'une sécheresse ou d'une pénurie, épargner en vue d'un mariage, etc.

Prime pure : C'est le montant prévisionnel moyen par personne des dépenses de santé prises en charge par la mutuelle de santé, qui est rapporté à chaque individu. La prime pure entre dans le calcul de la cotisation.

Prise en charge : C'est la réparation financière, apportée par la mutuelle de santé aux personnes couvertes, en cas de survenue d'événements (ou risques) préalablement définis dans le contrat ou le règlement intérieur, et à hauteur d'engagements également prédéfinis. La prise en charge peut être effectuée par le remboursement des adhérents ou par le biais d'un mécanisme de tiers payant.

Protection sociale : C'est un terme générique couvrant l'ensemble des garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage ou d'autres risques sociaux, incluant la solidarité familiale ou ethnique, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale, etc.

Protocole thérapeutique : C'est une procédure standardisée de traitement, définissant, par type de pathologie, les actes de diagnostic (laboratoire, radiologie ou autres), les soins médicaux et les médicaments à prescrire. S'ils sont suivis, les protocoles thérapeutiques permettent de soigner le patient au meilleur coût et avec un niveau de qualité garanti. L'existence de protocoles thérapeutiques permet également d'estimer plus facilement le coût des prestations.

Recouvrement des coûts : C'est une politique ou une pratique qui consiste à faire payer aux patients une partie ou la totalité du coût des soins.

Référence obligatoire : C'est l'obligation de consulter une formation sanitaire d'un échelon donné avant de pouvoir être reçu par une formation sanitaire d'un échelon supérieur. Le médecin ou l'infirmier de la formation de départ réfère le patient à l'échelon supérieur. Exemple: Pour accéder à un hôpital de district, il faut préalablement consulter dans un centre de santé et être «référé» (c'est-à-dire recommandé) vers l'échelon supérieur.

Risque : C'est la probabilité qu'un événement incertain se produise. Par extension, c'est un événement incertain qui, lorsqu'il se réalise, peut avoir des conséquences financières dommageables. C'est pourquoi les individus cherchent à s'assurer contre les conséquences

financières de la survenue de certains risques. L'assurance ne permet pas d'empêcher l'événement de se produire, mais elle permet d'atténuer son impact financier. Les principaux risques sociaux sont la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, le décès, etc.

Risque de santé : Ce sont des événements affectant la santé des individus (maladie, maternité). On distingue les gros risques et les petits risques. Les gros risques sont ceux qui impliquent des dépenses importantes, comme une hospitalisation, un accouchement dystocique, une opération chirurgicale, etc. Ce sont des événements rares ayant une faible probabilité de survenue. Les petits risques sont ceux qui impliquent des dépenses moins élevées, comme les consultations auprès d'un médecin généraliste ou l'achat de médicaments génériques. Ce sont des événements beaucoup plus courants, dont la probabilité de survenue est élevée.

Risque de surprescription : C'est un phénomène par lequel les prestataires de soins ajustent leurs prescriptions au niveau de prise en charge de leurs patients, sans opposition de la part de ces derniers, du fait qu'ils se savent assurés. Les prestataires de soins peuvent avoir tendance à prescrire plus de médicaments que nécessaire, à allonger les durées de séjours à l'hôpital, à utiliser systématiquement les services de diagnostic comme les analyses de laboratoire, les radiographies, etc.

Risque moral (ou risque de surconsommation) : C'est un phénomène par lequel les personnes couvertes, du fait qu'elles se savent assurées, abusent des services de santé couverts par le système. Leur utilisation excède la norme d'utilisation sur laquelle repose le calcul des cotisations.

Sélection adverse ou anti sélection: C'est un phénomène par lequel des personnes qui présentent un risque de maladie ou de maternité plus élevé que la moyenne adhèrent à une mutuelle de santé dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population cible et/ou choisissent les formules de couverture les plus étendues. Le phénomène de sélection adverse compromet la viabilité financière du système, car les dépenses qu'il engage au titre des prestations risquent d'être supérieures aux prévisions, ces dernières étant fondées sur des hypothèses de consommation de la population cible globale.

Soins ambulatoires : Ce sont les soins effectués dans un établissement hospitalier ou une clinique, mais sans hospitalisation du patient. Celui-ci rentre chez lui après les soins.

Soins de santé de base : Ce sont les soins courants dispensés aux patients dans les formations sanitaires du premier échelon de la pyramide sanitaire. Ils comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle.

Soins de santé primaires : C'est une stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé du premier échelon de la pyramide sanitaire, sur leur extension (de l'aspect curatif aux actions de prévention et de promotion) et sur l'encouragement de la participation de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts.

Soins hospitaliers : Ce sont les soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient, c'est-à-dire d'un séjour à l'hôpital comptant au moins une nuit.

Soins spécialisés : Ce sont les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique, etc.).

Spécialité : C'est un médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

Taux de croissance brut : Cet indicateur mesure l'évolution de la taille de la mutuelle de santé, pour les membres et les personnes à charge. L'interprétation de cet indicateur se fait au regard du taux de croissance démographique du public cible.

Taux de fidélisation : Cet indicateur mesure l'intérêt porté par les adhérents à la mutuelle de santé en reconduisant leur contrat. Il se calcule uniquement sur base des adhérents car c'est à eux qu'appartient la décision de poursuivre leur affiliation

Taux de pénétration : Cet indicateur mesure l'intérêt porté par le public cible pour la mutuelle de santé. Le public cible est défini comme l'ensemble de la population de l'aire couverte par les mutuelles et ayant fait l'objet, au minimum, d'une sensibilisation.

Taux de recouvrement : Cet indicateur mesure la capacité de la mutuelle de santé à percevoir les cotisations au cours de l'exercice. Selon les expériences connues à ce jour, un taux de 60% dans l'espace des pays de la Concertation (Afrique de l'Ouest et Centrale) est jugé satisfaisant pour les mutuelles en croissance. Ainsi, une seule mutuelle sur quatre se situe légèrement au-delà de ce taux.

Ticket modérateur : C'est la part du coût du service de santé couvert qui n'est pas prise en charge par la mutuelle de santé. Le ticket modérateur est toujours exprimé en pourcentage. On l'appelle ainsi parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé et de réduire les dépenses du système. Le ticket modérateur est un moyen efficace de lutter contre le risque moral, mais, lorsqu'il est élevé, il peut contribuer à limiter l'accessibilité des soins.

Tiers payant : C'est un mécanisme par lequel le patient couvert par une mutuelle de santé n'a pas au moment de l'utilisation des services de santé à déboursier le montant des dépenses de santé couvertes par le système : il paie simplement le co paiement éventuel (ticket modérateur).

Union des mutuelles de santé : C'est l'association de plusieurs mutuelles de santé qui mettent en commun une partie de leurs moyens afin de se doter d'un ensemble de services. L'union peut proposer des services d'appui-conseil et de formation, des services financiers comme la mise en place d'un fonds de garantie et des services de promotion de la protection sociale en santé.

II- LES PROJETS « MUTUELLES DE SANTE » AU TOGO ET AU BENIN

2.1. Au Bénin :

2.1.1. Contexte spécifique en accessibilité aux soins de santé

D'une superficie estimée à 112.622 Km², le Bénin a une population estimée en 2011 à 9,1 millions d'habitants¹. Les mesures économiques et sociales volontaristes du régime actuel au pouvoir en place depuis 2006, ne sont toujours pas soutenues par des programmes d'application conséquents, si bien que l'impact de ces mesures que sont la gratuité de l'enseignement primaire, de gratuité des soins aux enfants de 0 à 5 ans et de la césarienne, de même que l'assurance maladie universelle, entre autres, reste encore limité.

L'analyse de la pauvreté révèle qu'entre 2009 et 2011, la proportion de personnes pauvres s'est accrue de 1 point, passant de 35% à 36%². La pauvreté monétaire au Bénin est plus importante en milieu rural bien que pour cette même période l'aggravation de la pauvreté soit plus marquée en milieu urbain. Les départements de l'Atacora et du Mono, zones d'intervention de Louvain Coopération sont classés parmi les plus pauvres du Bénin. En effet, la pauvreté monétaire touche 39,74% des ménages de l'Atacora et 43,5% de ceux du Mono, contre une moyenne nationale de 36,2%. La pauvreté non monétaire quant à elle touche 58,35% des ménages de l'Atacora et 41,2% de ceux du Mono, contre une moyenne nationale de 30,2%.

En matière de santé, les mortalités infantiles et maternelles restent très élevées dans les régions d'intervention. Il existe des contraintes au niveau de l'offre de soins, liées principalement :

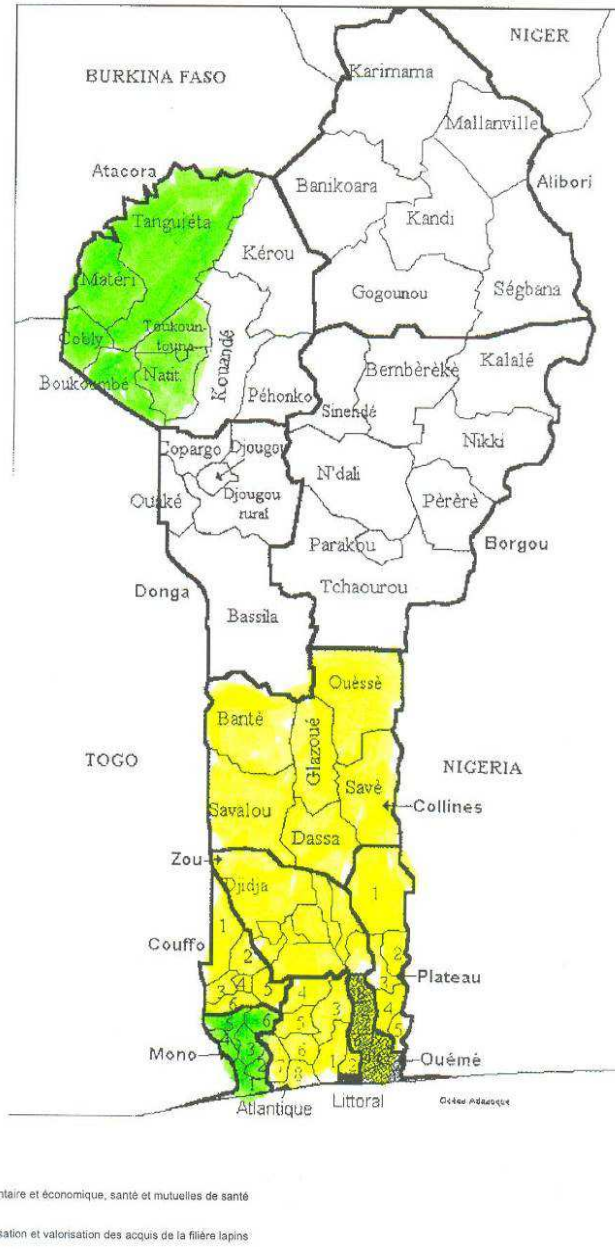
- à la qualité des soins ;
- au nombre et la gestion du personnel médical et soignant ;
- à l'insuffisance et aux modes de gestion des ressources financières et matérielles allouées au secteur de la santé, qui ne permettent pas aux formations sanitaires de disposer et de maintenir un plateau technique et des infrastructures à niveau ;
- à l'absence d'un système de supervision et de suivi performant.

Le niveau élevé de pauvreté des populations limite par ailleurs fortement leurs capacités à payer les soins et les médicaments. Ceci traduit notamment un problème d'accessibilité financière et géographique des populations aux soins et influence leur état de santé. La précarité de l'état de santé des populations est également liée à des comportements défavorables à la santé ou à l'absence de structures sanitaires. L'analyse des itinéraires thérapeutiques empruntés par les ménages ayant connu des cas de maladie, a permis

¹ Il s'agit d'une estimation de la population en 2011 en tenant du taux de croissance démographique de 3,25%. Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2013 permettra d'avoir une idée plus précise de la population du Bénin

² Rapport d'avancement 2012 de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

Zones d'intervention au Bénin



Carte administrative du Bénin montrant les zones d'intervention de Louvain Coopération

d'évaluer la vulnérabilité de ces derniers face à un problème de santé (Etude de référence 2009 de Louvain Coopération) variant autour de 93% dans le Mono et l'Atacora.

La solidarité familiale et communautaire permet la prise en charge des dépenses de santé. Toutefois celle-ci a tendance à diminuer, voire disparaître au fur et à mesure que les recours se multiplient. On ne peut donc compter exclusivement sur ces systèmes de protection sociale fondés sur la réciprocité (et non la mutualité) pour garantir l'assurance maladie, d'où la nécessité des systèmes assurantiels formels comme les mutuelles de santé, pour la prévoyance et la gestion de risques maladies.

Ainsi, s'inscrivant dans la vision du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du Bénin de 2009-2018 et de la politique d'assurance maladie universelle par la création et le renforcement des unions des mutuelles de santé, Louvain Coopération a développé de 2004 à ce jour plusieurs projets qui prennent en compte chaque fois qu'il est nécessaire i) des leçons tirées des précédents programmes, ii) des desideratas des partenaires opérationnels iii) et des différents diagnostics réalisés avec les communautés bénéficiaires.

2.1.1.1. Dans le département du Mono

A travers le programme dénommé "Amélioration de l'accès aux soins de sante pour les populations rurales dans le Mono", il a été mis en place trois (03) mutuelles de santé dans trois (03) arrondissements des Communes de Bopa et Houeyogbé au titre du plan quinquennal 2003-2007. Ce projet s'est poursuivi durant la période 2008-2010 par la consolidation des acquis, en l'occurrence la stabilisation des mutuelles de santé mises en place et le renforcement de leurs capacités et de celles du partenaire local. L'un des principaux changements obtenus au cours de cette phase a été le passage à échelle du niveau arrondissement au niveau communal, pour concilier les objectifs de proximité avec les besoins d'efficience et de viabilité. Ainsi les trois (03) mutuelles créées au cours de l'action précédente ont été fusionnées en deux (02) mutuelles communales.

Au titre du programme triennal 2011-2013, ces deux mutuelles de santé communales se sont engagées dans un processus de réseautage qui a débouché sur la création d'une union de mutuelles de santé à la fin 2013. Cette union a la vocation d'offrir l'affiliation à toutes les initiatives mutualistes de la zone sanitaire, et à jouer un rôle prépondérant dans le lobbying, le dialogue avec les prestataires de soins et dans la mise en œuvre opérationnelle de la politique nationale d'assurance maladie universelle.

2.1.1.2. Dans le département de l'Atacora

Dans ce département, Louvain Coopération a mené des actions à travers le Projet dénommée "Lutte Intégrée pour la sécurité alimentaire dans l'Atacora Ouest" (LISA) en deux phases. Il s'agit de "LISA1" qui s'est déroulé de 2003 à 2007 et de "LISA 2" de 2008 à 2012. L'objectif global de ce projet est l'amélioration des conditions de subsistance des populations rurales de Cobly, Tanguiéta (N'dahonta et Taïacou dans le cadre de la réduction durable de la pauvreté. Outre les objectifs spécifiques orientés vers la sécurité alimentaire et économique, l'objectif spécifique 4 de ce projet prévoit l'amélioration de façon qualitative et durable de la situation sanitaire des ménages y compris les aspects liés à la santé de la reproduction.

A la fin de cette première phase (2003-2007), deux mutuelles ont été mises en place et comptaient environ 700 bénéficiaires. Avec la reprise de l'intervention et la révision des

stratégies opérationnelles, ces deux mutuelles ont connu au cours des trois dernières années, une croissance régulière et soutenue de l'ordre de 94%³ en moyenne.

Parallèlement à la redynamisation des deux mutuelles de santé traduite par l'augmentation de leur sociétariat, s'est développé un climat favorable de collaboration entre d'une part les mutuelles de santé et d'autre part les prestataires de soins et les autorités sanitaires locales. Cette avancée s'est faite grâce notamment à des actions innovantes comme les cadres et mini cadres de concertations, le suivi des prestations et les appui-conseils réguliers d'un médecin-conseil, recruté pour assister les mutuelles dans leurs relations avec les prestataires de soins. Elle s'est traduite par une amélioration sensible de la qualité des soins et de la prise en charge des patients dans les centres de santé.

Les enfants comme Diane sont désormais mieux protégés du paludisme : grâce à Louvain Coopération et aux mutuelles de santé, **les décès liés à cette maladie sont passés de 5% à 0,5% !** (source : www.racontemoitamutuelle.org)

En définitive, l'intervention de Louvain Coopération a permis, en 10 ans au Bénin, d'avoir les résultats suivants :

► 49.719 bénéficiaires couverts par les mutuelles de santé dont 30.345 au Mono et 19.374 dans l'Atacora ;

► 93.479.871 FCFA de cotisations collectées soit 61.689.401 FCFA dans le Mono et 31.790.470 FCFA dans l'Atacora ;

► 33.836 cas de maladies pris en charge (soit 17.508 cas dans le Mono et 16.328 cas dans l'Atacora) pour un montant total payé aux structures sanitaires s'élevant à 60.664.899 FCFA (28.694.790 FCFA pour le Mono et 31.970.109 FCFA dans l'Atacora⁴).

2.2. Au Togo

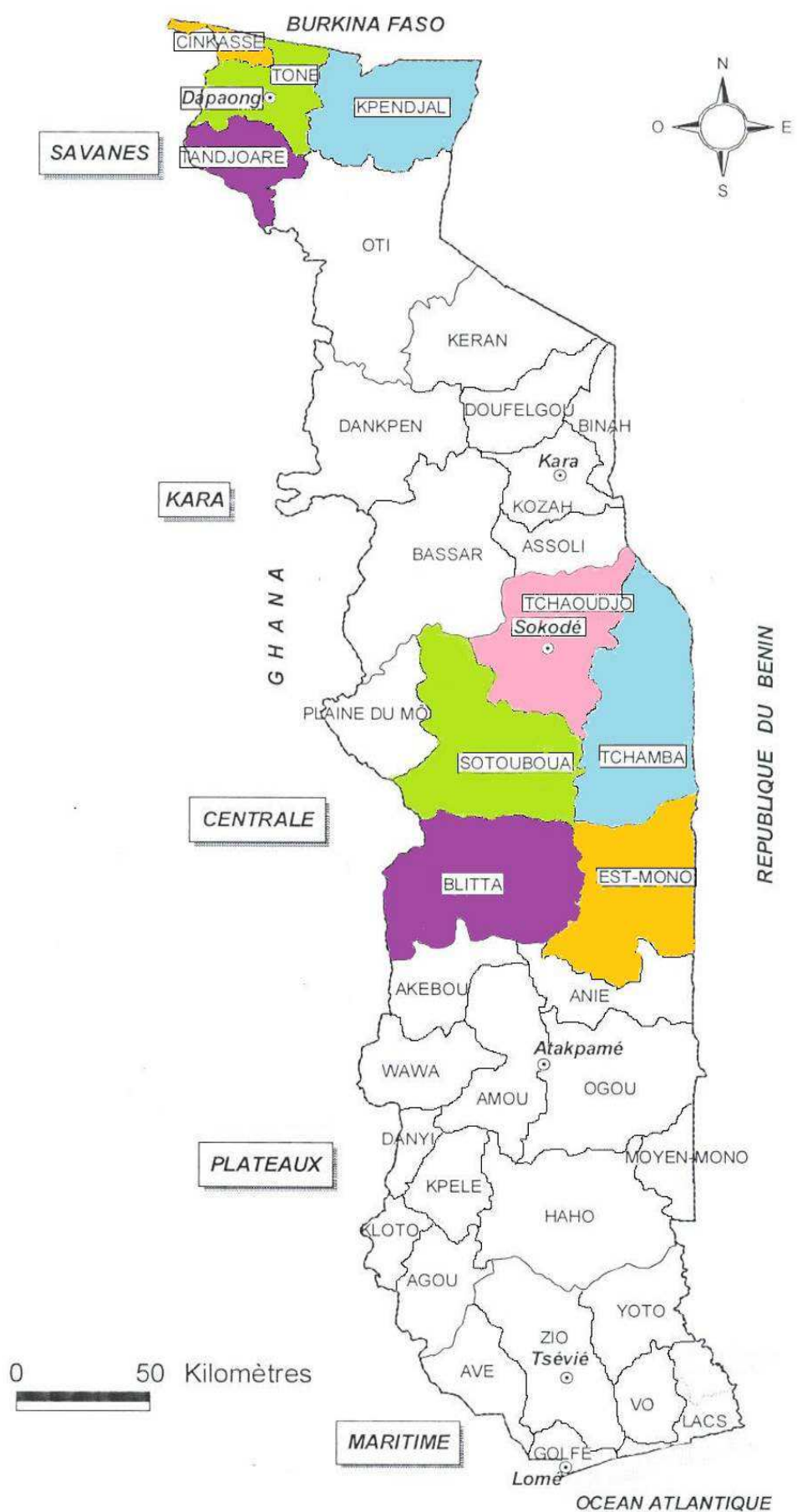
2.2.1. Contexte spécifique en accessibilité aux soins de santé

Le Togo couvre environ 56.000 km² et comptait près de 6 millions d'habitants en 2010 avec un taux d'accroissement de la population de 3% par an. Il fait partie comme le Bénin, des pays les moins avancés (PMA), avec un IDH de 0,435 en 2011, qui le positionne au 162ème rang sur 187pays

Le Togo a connu une progression de la pauvreté avec un taux de pauvreté qui est passé de 32% à la fin des années 1980 à 61,7% en 2006. Cette situation s'est légèrement améliorée, mais reste toujours préoccupante, le taux de pauvreté étant estimé à 58,7% en 2011. La pauvreté au Togo à l'instar des autres pays de la sous-région est essentiellement rurale avec plus de 73,4% de la population rurale se situant sous le seuil de pauvreté contre 28,5% pour Lomé la capitale et 44,7% pour les autres milieux urbains.

³ Entre 2009 et 2012, le taux de croissance des deux mutuelles de santé était respectivement de 142%, 90% et 51%.

⁴ Sources : Rapport d'évaluation_2013 de LD et Outils de suivi des indicateurs de MUSA_2013



Carte administrative du Togo montrant les régions d'intervention de Louvain Coopération

Sur le plan sanitaire, le taux de fréquentation des centres de santé dans les régions Centrale et des Savanes est relativement faible. En 2010, il était de 31,49% pour les consultations curatives dans la Région des Savanes contre un objectif national de 80%. S'agissant du taux d'occupation des lits dans les hôpitaux de la région, il est de 24,90% contre 60 à 70% d'objectif national. Pour la couverture en soins obstétricaux, le taux est de 48 % contre un objectif national de 80%. Cette faible fréquentation des formations sanitaires n'est malheureusement pas induite par une amélioration de l'état sanitaire des populations. En effet, il est le résultat de leur paupérisation croissante (91% dans la région des Savanes contre une moyenne nationale de 61,7%).

En matière de protection sociale et d'accès aux soins de santé, les systèmes de protection sociale et assurances maladies privées couvrent moins de 10% de la population.

Or, la dégradation de la situation économique empêche une part croissante de la population d'accéder aux soins de santé en temps opportun. Les ménages consacrent en moyenne plus de 80% de leur budget à l'alimentation dans un objectif compréhensible de survie, et 5% aux soins de santé (PNDS, 2012-2015). Il s'agit d'un cercle vicieux : le manque de « clients » dans les centres de santé réduit les recettes, entraînant une diminution de la qualité des soins et une moindre motivation de la clientèle à fréquenter ceux-ci...

La vulnérabilité des ménages est maximale durant la période de soudure et est en lien avec la pénurie alimentaire. Pour couvrir les dépenses de santé, les ménages développent alors des stratégies telles que le recours aux usuriers, l'endettement, la mise en gage des enfants, la vente des avoirs et du capital productif, ce dernier étant rarement réversible. Ces stratégies augmentent la vulnérabilité des ménages, allant parfois jusqu'au basculement dans l'extrême pauvreté. Une bonne partie des ménages est ainsi exclue de l'accès aux soins de santé modernes.

Les enfants de moins de cinq (05) ans connaissent un taux d'hospitalisation et de létalité pour paludisme grave deux fois plus élevé que dans les autres tranches d'âge. Ceci traduit une défaillance dans la prise en charge à temps du paludisme simple. Cet écart est aussi perceptible entre les zones rurales et les centres urbains. Les femmes consultent tardivement des soins spécialisés lors des accouchements difficiles. De graves complications liées aux accouchements provoquent des séquelles handicapantes pour la mère, certaines causant l'exclusion sociale de la femme.

D'après une étude de référence en 2009 par Louvain Coopération dans la région des Savanes, plus de 50% des personnes ayant été malades sont soit les enfants, soit les petits enfants des chefs de ménages (respectivement 40,3% et 10% des cas de maladies).

Ils sont suivis des conjoints (la plupart étant des femmes). Les chefs de ménages n'arrivent qu'en troisième position avec moins de 10% (9,3%) des cas de maladies survenus. L'étude révèle aussi que la décision de recourir aux soins n'est pas automatique et que les 3/4 (74%) des ménages ayant pris la décision de se rendre aux soins l'ont fait au bout d'une semaine en moyenne après l'apparition des premiers signes.

Ce retard de recours aux soins est parfois fatal. L'action en accessibilité aux soins de santé se situe dans la continuité des projets antérieurs de Louvain Coopération dans ces régions financées par l'Union européenne et ayant abouti à la création de six (06) mutuelles de santé totalisant en décembre 2013, 7.495 bénéficiaires dans la Région des Savanes, 5 mutuelles

dans la Région Centrale et des Plateaux avec 37.368 bénéficiaires toujours au 31 décembre 2013. Les actions de Louvain Coopération dans ce secteur s'intègrent bien dans le Plan National de Développement Sanitaire du Togo (PNDS 2012-2015). En effet, à travers ce document, l'État togolais prévoit de réduire la contribution directe des ménages « out-of pocket » dans la dépense publique de santé de 23,2% à 15%. Pour y parvenir, il indique entre autres initiatives, la mise en œuvre des actions visant à réduire les coûts d'accès aux soins de santé pour les pauvres, notamment l'appui à la pérennisation des mutuelles de santé en particulier dans les zones défavorisées. L'action de Louvain Coopération est donc en accord avec la volonté politique l'État togolais.

2.2.1.1. Dans la région des Savanes

Dans la Région des Savanes, Louvain Coopération intervient depuis 2003 dans la mise en place de mutuelles de santé en partenariat avec 3ASC⁵, une ONG spécialisée en santé communautaire et l'accès aux soins.

Un premier projet intitulé « Mise en place d'un système autogéré de financement des soins de santé (mutuelles) au Nord Togo », financé par l'UE (N° PVD-2003-020-497) a été mis en œuvre entre 2003 et 2007 et a permis de mettre en place quatre (04) mutuelles.

Entre 2008 et 2012, deux autres mutuelles et une Union de Mutuelles de Santé ont été créées, toujours dans le cadre d'un financement de l'Union Européenne à travers le projet d'« Appui à la structuration des organisations communautaires en matière de santé au nord Togo ».

2.2.1.2. Dans les régions Centrale et des Plateaux au Togo

En 2006, en collaboration avec l'ONG internationale Plan Togo et l'appui financier de l'Union Européenne, LOUVAIN COOPÉRATION a démarré dans la Région Centrale un projet de mise en place de mutuelles de santé. Cette action est mise en œuvre en partenariat avec les ONG locales ADESCO⁶ et RADAR⁷ intervenant respectivement dans les préfectures de Tchaoudjo (78 villages) et Sotouboua (95 villages). En 2010, un nouveau projet financé par Plan Hollande a facilité l'extension du processus aux préfectures de Tchamba, Blitta et de l'Est-Mono. Trois nouvelles mutuelles ont été créées dans ces localités en juin 2012.

Actuellement, ces 5 mutuelles de santé sont fonctionnelles et couvrent tous les villages ruraux de la zone d'intervention.

« Depuis un an que la mutuelle "Aralilé Tanan" est fonctionnelle à l'Est-Mono, le taux de mortalité a reculé dans la préfecture. Les accouchements à domicile ont diminué avec les risques associés. Les mutualistes ont la paix du cœur et dispose de temps pour travailler ; ce qui accroît leurs revenus. Avec le ticket modérateur, l'économie de la famille est renforcée. On assiste également au recul progressif du phénomène de l'automédication qui, avec ses corollaires accentuait la vulnérabilité des populations »

(Membres CA/Mutuelle Est Mono).

⁵ Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaires

⁶ ADESCO : Appui au développement et à la santé communautaire

⁷ RADAR : Regroupement des Associations pour un développement appliqué des ruraux

En 10 ans d'intervention au Togo, les mutuelles promues par LD ont :

- ▶ couvert 159.973 bénéficiaires dont 101.446 dans les régions Centrales et des Plateaux et 58.527 dans la région des Savanes.

- ▶ collecté 356.265.263 FCFA de cotisations soit 229.326.800 FCFA dans les régions Centrales et des Plateaux et 126.938.463 FCFA dans la région des Savanes.

- ▶ pris en charge 159.372 cas de maladies (102.769 cas dans les régions Centrales et des Plateaux et 56.603 cas dans la région des Savanes).

- ▶ remboursé aux formations sanitaires 266.932.127 FCFA, soit 160.269.238 FCFA dans les régions Centrales et des Plateaux et 106.662.889 FCFA dans la région des Savanes.

III- LES EXPERIENCES A L'ACTIF DE LOUVAIN COOPERATION EN AFRIQUE DE L'OUEST

3.1. Démarche/Approche partenariale

Louvain Coopération appuie des initiatives d'auto promotion qui découlent des besoins ressentis et exprimés soit directement par les populations, soit au travers de plans de développement local à la réalisation desquels elles ont participé. L'ambition de la mutuelle est faciliter à ses affiliés l'accès à des soins de santé de qualité et à moindre coût.

Pour y parvenir, Louvain Coopération développe une collaboration étroite entre les autorités sanitaires, les prestataires de soins et les usagers. Dans le cadre de la mutuelle, ces trois pôles d'acteurs s'engagent :

- ✓ dans un dialogue sincère et constructif pour que les modalités de délivrance de soins soient adaptées aux attentes et contraintes de chacun;
- ✓ à appliquer les procédures sur lesquelles ils se mettront d'accord
- ✓ à utiliser les outils et méthodes propres au système mutualiste : tiers payant; attestations de soins; facturation; carnet de mutualiste; etc.

Ainsi, dans la formulation et la mise en œuvre de ses actions, Louvain Coopération a initié :

En mai 2011, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a initiée une plateforme de dialogue entre ONG Internationales engagées dans le secteur de la santé au Togo. Cette initiative entre dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide en vue du développement avec l'implication du Ministère Togolais de la Santé. Au sein de cette plateforme, Louvain Coopération a été désigné comme leader dans le secteur des Mutuelles de Santé au Togo, qui, avec le Cadre National de Concertation des Mutuelles lui permet d'entretenir des relations particulières avec l'OMS au Togo.

- **un partenariat institutionnel** avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Ministères sectoriels (santé, protection sociale, famille) de chaque pays.
- **un partenariat technique et financier**

En effet, Plan Togo met en œuvre dans la Région Centrale trois programmes complémentaires dont la finalité est de permettre aux enfants d'acquérir une éducation de base de qualité en vivant dans des familles, des communautés, un environnement institutionnel garantissant leur protection et leur participation à la vie sociale.

Ces programmes abordent les thématiques touchant notamment l'éducation de base, la qualité des soins, l'amélioration des conditions de vie via l'octroi de micro crédits, la protection des enfants notamment à travers la lutte contre le trafic des enfants. Des synergies entre la présente action (projet de mutuelles de santé) et les programmes de Plan Togo se poursuivront en vue de toucher le maximum d'enfants. Le processus de mise en place des mutuelles de santé a démarré fin 2006 dans la région centrale, sur financement propre de Plan Togo avec l'appui technique de Louvain Coopération.

La Fondation BRS est un des partenaires techniques et financiers de Louvain Coopération. Outre son soutien financier, BRS apporte son expertise via des volontaires qui sont d'anciens employés du groupe KBC désireux de partager leur savoir faire dans les domaines de la micro assurance et de la micro finance.

D'autres partenariats ont abouti à des synergies d'actions. Il s'agit notamment du :

- Partenariat avec Unidea en matière de l'amélioration de la qualité des soins au Nord Bénin et son programme d'appui à la zone sanitaire en vue d'améliorer la qualité des soins. Les centres de santé ayant signé des conventions avec les mutuelles furent prioritaires dans l'exécution du programme. Dans deux communes de cette région mutualiste, les anciennes formations sanitaires ont été entièrement remplacées par la construction de deux centres de santé et d'une maternité:
- Partenariat avec l'ONG Protos dans le Sud Bénin en matière d'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'assainissement, qui a permis de construire des puits et des latrines dans les zones de couvertures des mutuelles limitant ainsi les risques liés à la consommation d'eau impropre ou au « péril fécal ». Ceci favorise le maintien d'un bon état de santé des familles bénéficiant de ces infrastructures.
- Partenariat avec Plan Togo dans la région des Savanes à travers le couplage micro finance / mutuelles de santé développé entre deux structures d'économie solidaire. Pour l'institution de micro finance (l'Union des Caisses Mutuelles d'Epargne et de Crédit appelée UC-MEC), ceci réduit le risque que l'argent destiné au remboursement des crédits soit utilisé pour les dépenses liées à l'apparition de la maladie. Pour la mutuelle de santé, ceci facilite l'adhésion à la mutuelle de santé au travers du micro crédit. Dans la région Centrale, ce couplage s'est opéré entre les mutuelles de santé et les Associations Villageoises d'Epargnes et de Crédit (AV&EC).

- **un partenariat local :**

⇒ ***Avec les autorités locales et régionales :***

Les autorités locales constituent la porte d'entrée dans la Communauté. Personnage influents sur la Communautés, ils sont potentiellement de précieux alliés de la mutuelle. Il s'agit surtout des préfets, des maires, des Chefs d'arrondissements, des directeurs régionaux de la santé/Responsables de zones sanitaires, des responsables religieux (imams, évêques, prêtres, pasteurs, chefs de Cantons, chefs de villages...). Les échanges avec ses autorités permettent de :

- avoir leur appui, ce qui donnera du crédit au projet aux yeux de la population ;
- créer un environnement favorable au développement de la mutuelle ;
- obtenir leur aval pour le déroulement des activités liées à la mobilisation communautaire (sensibilisations, AG, journées promotionnelle...)

Il est aisé d'attribuer des intentions erronées à une assemblée tenue à l'abri des regards, surtout quand on y parle d'argent! En un lieu public, ouvert à tous, les discussions atteignent les oreilles de tous. (Source : www.racontemoitamutuelle.org)

⇒ ***Avec les ONG locales***

Les initiatives prennent corps au travers de partenaires qui exécutent sur le terrain des programmes ou projets. Louvain Coopération fournit à ses partenaires un appui technique, scientifique, méthodologique et financier. Les attentes vis-à-vis des partenaires locaux sont :

- ✓ La convergence de vue sur le développement et le partage des valeurs,
- ✓ L'engagement à conduire les activités de terrain de façon responsable et professionnelle
- ✓ L'engagement des partenaires à promouvoir des thèmes transversaux tels que le genre, la citoyenneté, la protection de l'environnement et la gestion des conflits.
- ✓ Le respect des bénéficiaires finaux : attitude qui valorise l'écoute, le dialogue et l'échange.
- ✓ L'engagement dans la durée, privilégiant une attitude responsable dans la gestion des projets (esprit critique, auto évaluation).

Ce partenariat se matérialise par la signature d'une convention de partenariat.

Louvain Coopération apporte son expertise en matière de mutuelles de santé.

Les ONG et associations locales apportent également leur savoir-faire pour le développement de (la) mutuelle(s). Grâce aux projets développés par Louvain Coopération, elles ont acquis un savoir-faire en matière de mutuelles de santé et ont développé d'autres partenariats locaux ou régionaux. Elles constituent aujourd'hui des acteurs compétents et essentiels à l'échelle nationale et régionale.

Les ONG et associations locales – qu'elles aient une expérience solide des mutuelles ou qu'elles soient entrain de l'acquérir – apportent dans le partenariat leur connaissance du

En quelques années, la masse critique de personnes expérimentées et compétentes en matière de mutuelles de santé s'est accrue considérablement. L'expertise présente au Bénin et au Togo rend possible aujourd'hui l'émergence d'un mouvement mutuelliste. Les responsables, les agents des ONG et associations qui ont participé avec nous aux développements de mutuelles sont aujourd'hui les personnes qui apportent les appuis techniques à d'autres mutuelles qui se mettent en place, de leurs premiers pas (l'étude de faisabilité) à leur ouverture et à leur suivi. (Source : www.racontemoitamutuelle.org)

milieu. Les responsables, les membres et les travailleurs de ces organisations.

- ✓ ont un enclavement communautaire;
- ✓ ont la confiance de la population et des autorités ; quand ils leur parlent d'appropriation ou « d'empowerment », les gens sont prêts à croire que c'est dans cette optique-là qu'ils sont là.

L'appui de Louvain Coopération s'inscrit dans une démarche de coaching visant l'autonomisation des structures d'économie solidaire nées des projets (les mutuelles de santé). Ce processus se déroule selon quatre axes :

- ✓ l'organisation de formations sur les approches et les contenus du développement des mutuelles;
- ✓ l'accompagnement régulier des partenaires en matière de gestion de cycle de projet, le cas échéant;

- ✓ l'appui-conseil aux partenaires;
- ✓ l'aménagement d'espaces de discussions avec les partenaires.

Mode de sélection des ONG Partenaires

Les ONG partenaires sont chargées de la mise en œuvre opérationnelle des projets. Elles sont donc chargées de la mobilisation sociale, de la conduite des activités de sensibilisation et de mise en place des comités d'initiative, de la formation et de l'accompagnement quotidien des mutuelles, du suivi de la réalisation des infrastructures mise en place dans le cadre du projet, du suivi de la mobilisation de la participation locale, l'encadrement des animateurs endogènes, l'organisation des visites d'échanges... Elles ont pour ce faire en leur sein une équipe technique. La sélection des ONG partenaires se fait à travers une étude institutionnelle qui tient compte des critères ci-après:

- ⇒ les capacités techniques et opérationnelles des ONG ou organisations représentatives de la société civile candidate au partenariat avec LD,
- ⇒ les capacités en matière de gestion,
- ⇒ l'ancrage communautaire,
- ⇒ la vision quant à l'approche participative et la façon de lui donner un contenu dans les activités.
- ⇒ les résultats de l'étude qualitative au cours de laquelle les participants sont amenés à citer les organismes d'appui travaillant dans leur village et à exprimer le niveau de satisfaction que les activités de ces structures procurent,
- ⇒ les résultats des entretiens avec les organisations nationales ou internationales intervenants dans le milieu et travaillant avec des partenaires locaux.

Avant la signature de contrat avec l'ONG, il est effectué systématiquement une analyse organisationnelle de l'ONG. Cette analyse permet de définir un plan de renforcement de ces acteurs en vue d'une mise en œuvre efficace et efficiente du projet étant entendu que les résultats des projets dépendent en grande partie du travail de ces structures. Aussi faut-il s'assurer les partenaires partagent la même vision stratégique tout en évitant les biais.

Louvain Coopération inscrit dans une approche de durabilité où l'objectif est le transfert des savoirs afin qu'au terme de l'appui, les ONG ou autres associations représentatives de la société civile aient acquis une certaine autonomie et puissent continuer le travail sur le terrain. A cet effet, des conventions et descriptions des tâches, des rôles et des responsabilités de chacun des partenaires impliqués dans l'exécution du projet sont rédigées et signées.

⇒ Avec les populations bénéficiaires

L'implication et développement du partenariat avec les bénéficiaires commence depuis le démarrage du processus de création de la mutuelle avec la mise en place des Comités d'Initiatives. Les membres CI sont reçoivent des renforcements des capacités qui leur permettent de conduire, au niveau village, les activités : sensibilisation, collecte des cotisations, remplissage des outils de collecte des cotisations, participation à la définition du couple cotisations/prestations, préparation des Assemblées Générales Constitutives.

3.2 Mise en place

3.2.1. Préalables à la mise en place des mutuelles de santé au Bénin et au Togo⁸

Conduire efficacement la mise en place d'une mutuelle de santé revient notamment à prendre des dispositions préalables pour assurer sa réussite. Ces préalables ont pour finalité la connaissance parfaite du milieu d'intervention, la définition du degré d'implication des communautés et le partage d'information. Ils passent notamment par :

- ✓ L'étude du contexte,
- ✓ L'information sur la mise en œuvre d'un programme de mutuelle de santé,
- ✓ La tenue des réunions d'information et de sensibilisation dans les villages.

3.2.2. Démarches de mise en place

Après dix ans de mise en œuvre, Louvain Coopération a développé des outils et acquis des expériences dans la mise en place des mutuelles de santé. Avec l'appui des différents acteurs impliqués, elle a mis en place une démarche novatrice et adaptées à chaque contexte dans ce sens. Globalement, la démarche s'articule autour des points suivants :

3.2.2.1 L'étude de faisabilité⁹

L'étude de faisabilité est la première étape de tout projet et de création ou de développement d'un système de micro-assurance santé. Elle a pour objectifs de: i) apprécier la pertinence du futur système de micro-assurance santé, c'est-à-dire de vérifier qu'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés en tenant compte du contexte; ii) définir pour le futur système des caractéristiques qui favorisent son développement et lui permettent d'être viable; iii) décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins.

3.2.2.2 La mise en place des Comités d'Initiatives (CI)

En général, les Comités d'Initiatives sont structurés en trois niveaux de représentation. Chacun d'eux a un rôle et une composition propre. Le nombre de niveaux de représentation est principalement fonction de la taille de la population cible.

Le premier niveau. « Village »

Le *premier niveau* de délégation/représentation est celui du village. Chaque village de la zone de la mutuelle est représenté par un Comité d'Initiative comprenant un certain nombre de membres variable en fonction de la taille du village et/ou des diversités ethniques et religieuses. Ces membres ont pour rôles de :

⁸ Fiches techniques pour l'implantation d'une mutuelle de santé communautaire

⁹ BIT, Genève 2005 : Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. Tome 1: Démarche

- Organiser les réunions de sensibilisation villageoise;
- Appuyer la sensibilisation
- Collecter les adhésions et cotisations
- Assurer la circulation de l'information entre le CI Village et le niveau supérieur

Les communautés elles-mêmes définissent au cours d'une réunion les critères de choix des membres CI. Parmi les critères généralement retenus, on peut citer entre autres :

- être d'une bonne moralité
- résider dans le village
- être marié (c'est un signe de stabilité)
- exercer une activité génératrice de revenus
- Parler la langue du milieu
- être capable de conduire une réunion

Il faut noter que les Comités d'Initiatives sont des organes éphémères mis en place et fonctionnent jusqu'à la création de la mutuelle. Ils cessent d'exister après la création de la mutuelle.

Le second niveau, « Aire de sanitaire »

Chaque CI niveau villages situés dans l'aire de responsabilité d'un Centre de Santé désigne un représentant pour le niveau « aire sanitaire ».

- Ce CI est l'intermédiaire entre le niveau village et le niveau supérieur. Pour ce faire, ils ont pour rôle de :centraliser les informations des CI villages et de les présenter au cours des réunions
- représenter les CI village à différentes rencontres
- participer au processus de prises de décisions au nom des CI villages qu'ils représentent
- coordonner les activités des CI de leur aire de responsabilité.

A chaque contexte sa structure de délégation

D'après les expériences acquises par Louvain Coopération dans la mise en place des Comités Initiatives, on note que structurer les niveaux des Comités d'Initiative selon l'organisation sanitaire répond aux résultats de l'étude de faisabilité et aux caractéristiques de la population cible. Chaque contexte génère ainsi un modèle spécifique de Comité d'Initiatives.

Le troisième niveau, « District Sanitaire »

Le niveau District rassemble plusieurs aires sanitaires. Le CI à ce niveau est donc composé de représentant du niveau 2 « aire sanitaire ». Ils ont essentiellement pour rôle de préparer l'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle (participation à la définition du couple cotisation/prestations, préparation des textes organiques, préparation matérielle de l'AGC...).

Le CI niveau District est appuyé dans son fonctionnement par les équipes techniques des ONG partenaires. L'appui des équipes du projet consiste à faire des propositions techniques (proposition de scénarii quant au couple cotisation/prestations, proposition de la trame des

textes organiques). Mais les décisions sont prises par les membres de CID qui les restituent ensuite au niveau « aire sanitaires puis au niveau « village » pour validation.

L'existence de ce troisième niveau de représentation est fonction de la taille de la population, la présence d'acteurs rompus au travail de développement et d'animation, du niveau d'instruction des Comités d'Initiatives des niveaux inférieurs.

Lorsque le *troisième niveau* n'est pas mis en place, ses fonctions reviennent au second.

Toutefois, notons que les Comités d'Initiatives de niveau inférieur sont toujours représentés au sein des Comités d'Initiatives de niveau supérieur. Il s'agit d'une structuration pyramidale avec un renforcement graduel de compétences avérées par des personnes ressources au fur et à mesure qu'on évolue vers le sommet de la pyramide.

Après la mise en place de la mutuelle, le partenariat se noue avec les élus qui sont reçoivent également des renforcements de capacités qui leur permettent de jouer efficacement leur rôle. Ils sollicitent et obtiennent l'appui de LD pour des réflexions stratégiques. Les élus des mutuelles sont intimement impliqués dans la définition des stratégies de mise en œuvre opérationnelle.

3.2.2.3 La sensibilisation et collecte des cotisations

Les stratégies de sensibilisation et de collecte des cotisations sont multiples. Il faut être très souple parce que les acteurs, leurs expériences, les lieux, le type d'arguments, sont différents d'un village à l'autre. C'est donc compliqué à gérer, mais avoir en poche une panoplie de stratégies possibles permet de s'adapter

- aux modalités de fonctionnement et d'adhésion de la mutuelle choisies par les CI période de collecte, unité d'adhésion, montant de la cotisation, etc. ;
- aux représentations et expériences vécues par les ménages qui entraînent par exemple, la méfiance vis-à-vis de la mutuelle, les abus d'utilisation, les retards de paiement, etc. ;
- à l'organisation socio-économique des villages et des familles (la taille, l'éclatement des membres dans plusieurs unités, les secteurs d'activités, le poids des revenus et leur régularité, etc.) ;
- aux différentes étapes de la constitution de la mutuelle.

La stratégie est articulée en deux étapes :

La première, une phase d'information qui permet d'obtenir l'appui des autorités au développement de la mutuelle (quand il est question d'argent, il faut que les autorités soient au courant) et son appropriation par les villageois.

La seconde, la collecte des cotisations des ménages : la grande majorité des ménages de la zone n'ont pas de compte bancaire ; en général, le montant de la cotisation passe donc de la main du chef de famille à celle du collecteur de la mutuelle. (Source : www.afd-ld.org/~musa/sensibilisation.htm#06)

La collecte des cotisations s'accompagne toujours d'actions de sensibilisation. Avant d'être effectivement prêt à payer leur cotisation, les ménages ont généralement besoin d'écouter

plusieurs fois les messages de la mutuelle. La collecte est aussi l'occasion pour le promoteur, de répondre aux questions des villageois, de prévenir l'utilisation excessive des services, d'inciter au versement régulier des cotisations, etc.

3.2.2.4 La définition du couple cotisations/prestations

La définition du couple cotisations/prestations devait répondre à une double préoccupation :

- quelles prestations prendre en charge ?
- quel montant de cotisation est supportable pour les prestations à prendre en charge ?

Afin de collecter les données nécessaires à la proposition du couple, deux enquêtes sont faites :

- une enquête ménage qui permet de recueillir les besoins en termes de prise en charge sanitaire et de savoir la capacité contributive de cette population
- une enquête prestataires pour connaître le coût des épisodes maladies.

Le calcul proprement dit de la cotisation prend en compte :

- i) le coût des épisodes maladies qui doivent être pris en charge
- ii) leur fréquence (au démarrage, pour les consultations curative, on a estimé que les mutualistes fréquenteront 3 fois plus les formations sanitaires que le reste de la population en raison de l'accessibilité plus facile aux soins de santé)
- iii) la surcharge due au risque moral et d'escalade des coûts
- iv) la surcharge pour le coût de fonctionnement
- v) la surcharge pour la constitution des réserves

A l'étape du calcul de la cotisation, on tiendra bien sûr compte des préférences des populations pour les soins à couvrir par la mutuelle et de la capacité contributive que les gens vont exprimer. C'est pourquoi l'enquête auprès des prestataires de soins est menée après celle s'adressant aux ménages et aux leaders d'opinion.

Les données sont rentrées dans un fichier Excel pour l'automatisation du calcul du coût de la cotisation. L'équipe technique et les mutualistes font des propositions en jouant sur la prise en charge ou non d'une affection par la mutuelle ; le taux de prise en charge par la mutuelle.

Généralement, les résultats de l'enquête ménages révèlent que les bénéficiaires potentiels souhaitent la prise en charge de toutes les affections pour un montant de cotisation assez faible. L'implication des membres CI dans le montage des scénarii est donc capitale. Leurs propositions correspondent généralement aux besoins de la communauté qu'ils représentent. Un couple cotisation/prestation attrayant est une condition indispensable pour drainer un grand nombre de bénéficiaires.

Après un certain nombre d'années d'existence des mutuelles, les bénéficiaires expriment le désir de voir évoluer le couple cotisations/prestations. Il faut donc reprendre l'exercice de définition d'un nouveau couple cotisations/prestations. C'est aussi le cas quand le contexte

évolue (augmentation/diminution du coût des médicaments et des actes, du taux d'utilisation des services par les bénéficiaires).

3.2.2.5 Définition du mode et de la période de collecte des cotisations

La définition de la période de collecte des cotisations s'est faite sur la base du calendrier saisonnier (confère annexe). Le calendrier définit les périodes de « vaches maigres » (où la communauté a des difficultés financières) et les périodes de « vache grasses » (où elle commence par enregistrer des entrées de fonds). La période de collecte des cotisations est donc fixée en fonction des opportunités d'entrée de fonds exprimés par les potentiels bénéficiaires (vente des produits agricoles, paiement du revenu coton, ...)

Les mutuelles s'étant développées dans des milieux pauvres et pour donner la chance à une grande partie de la population de cotiser, les cotisations par tranches sont admises au cours de la période de collecte. Mais l'adhérent doit, pour bénéficier des prestations au cours de l'année, libérer la cotisation entière de tout son noyau familial au cours de la période consacrée.

D'une façon générale, les mutuelles promues par LD ont calé leur période de collecte des cotisations entre les mois de Décembre et Mai (période correspondant à la vente des produits agricoles).

La périodicité des collectes s'adaptent aux réalités du contexte local

- Elle est parfois prolongée d'un mois pour permettre aux nombreux retardataires de s'affilier.
- Elle débute avant que la mutuelle ne soit officiellement créée.
 - *Les premiers adhérents* sont les membres fondateurs de la mutuelle. Plus, leur nombre est élevé plus les décisions prises à l'Assemblée Générale Constitutive expriment les préférences des ménages, moins elles sont sujettes à de rapides remises en question par de nouveaux affiliés.
 - *La récolte précoce* permet de saisir les cotisations au moment où les ménages disposent de liquidités; s'ils devaient attendre, leur conviction pourrait s'amenuiser et d'autres postes de dépenses rafler la mise...
 - Les cotisations libérées en dehors de la période officielle de collecte couvrent le mutualiste au prochain exercice. Juste avant les récoltes, dès le mois d'octobre, les promoteurs incitent les adhérents à renouveler leur cotisation en prévision de la campagne.

A tout moment, les mutualistes pourront décider de l'adaptation de cette période de collecte des cotisations à leurs réalités. La décision se prend en Assemblée Générale.

3.2.2.6 La tenue des Assemblées Générales Constitutives

La tenue de l'AGC est le couronnement de toute la phase préparatoire. Elle consacre la naissance de la mutuelle.

Pour gagner du temps et permettre la participation de tous aux décisions prises le jour de l'AGC, des Assemblées Générales préparatoires (AGP) sont parfois organisées. Il s'agit de mini AGC autour des aires sanitaires. Au cours de ces AGP sont présentées les principales décisions à prendre au cours de l'AGC. Les mutualistes donnent leur position au cours de ces rencontres ; ce qui permet de faire la synthèse avec les CID et de connaître déjà les tendances sur : les propositions de nom et de slogan de la mutuelle, le logo, des consensus

autour des candidatures aux différents postes des organes, le contenu des textes organiques... La tenue de ces AGP facilite le déroulement de l'AGC.

3.2.2.7 La signature des conventions avec les Formations sanitaires

Une fois les AGC tenues, le médecin conseil avec l'appui des élus, initie les démarches pour la contractualisation avec les formations sanitaires. Les mutuelles proposent un contrat qui est transmis aux Formations et Autorités Sanitaires pour étude. Les principales rubriques de ce contrat définissent :

- les engagements de la MUSA notamment la mise à disposition des outils de gestion et les délais de remboursement des factures,
- les engagements des prestataires (délai d'émission des factures, modalités de prises en charge des mutualistes),
- le paquet de soins,
- les modalités du suivi du médecin conseil,
- la tarification des soins aux mutualistes (avec possibilité de négocier des tarifs préférentiels)

Au cours d'une réunion les termes du contrat entre la MUSA et les FS sont discutés et une fois que les deux parties s'accordent, ils sont signés par les élus des mutuelles, les présidents des Comités de Gestion de ces Formations sanitaires et par une autorité sanitaire.

3.3. L'adhésion aux mutuelles de santé

L'adhésion à une mutuelle de santé peut être individuelle ou collective. Les mutuelles premières promues par LD ont au départ opté pour une adhésion individuelle. Il est très vite apparu que ce mode d'adhésion induisait la sélection adverse. C'est ainsi que le « noyau familial » a été choisi comme unité d'adhésion. Ce mode d'adhésion a l'avantage de faciliter la gestion du carnet de membre dans les ménages polygames.

Le noyau familial se définit comme un sous ensemble de personnes d'un ménage ayant des liens familiaux et prenant leurs repas ensemble. Il s'agit le plus souvent de petits groupes domestiques qui ont une certaine autonomie économique et qui sont centrés sur la cellule père-mère-enfants.

La notion de noyau familial a été opérationnalisée afin de faciliter une adhésion collective des membres. Ainsi, on peut distinguer plusieurs autres types de noyaux :

- Les noyaux composés exclusivement des membres d'une famille au sens nucléaire c'est-à-dire du père de la mère et de leurs enfants dans le cas des familles monogames. C'est la forme la plus simple de noyau ;
- Les noyaux composés du conjoint, des conjointes et de tous leurs enfants. C'est le cas des noyaux polygames qui n'ont pas de problème de gestion du carnet de membre ;
- Les noyaux composés du chef, l'une de ses épouses et de tous ses enfants (les autres épouses du ménage polygame formant chacune un autre noyau avec tous leurs enfants) ;
- Les noyaux composés seulement de la mère et de tous ses enfants ;
- Les noyaux composés en plus du conjoint ou des conjoints et de leurs enfants, des parents en ligne directe ascendante (père/mère du chef de noyau) ou en ligne collatérale (cousin, cousine, frère/sœurs...)
- Les noyaux composés d'une seule personne ; c'est le cas des célibataires ou des noyaux polygames au niveau desquels l'un des conjoints a tous les enfants comme personnes à charge.

Mais lorsqu'un groupe organisé souhaite s'affilier à la mutuelle, c'est l'adhésion automatique qui est appliquée (l'engagement du groupe organisé sous-entend l'engagement de tous les membres du groupe organisé. Les membres du groupe organisé ne pourront accéder aux soins que lorsque la cotisation entière de tous les membres du groupe est versée à la mutuelle).

L'adhésion aux mutuelles promues par LD est ouverte, le long de l'année, tout nouveau membre peut adhérer à la mutuelle.

3.4 Stratégies de collectes des cotisations

Des stratégies de collecte des cotisations ont été réfléchies et mises en place pour assurer l'élargissement de la base des mutuelles, il s'agit du porte à porte, de l'organisation des journées promotionnelles et de grande sensibilisation, du balayage final (confère section élargissement de la base des mutuelles).

3.4.1 Cotisation de « main à main »

Bien qu'il soit le plus utilisé, le paiement des cotisations en espèce « de la main à la main » n'est pas le seul moyen de s'affilier à la mutuelle. D'autres canaux, sont expérimentés pour faciliter l'adhésion.

3.4.2. Cotisation liée au crédit

La mutuelle s'associe à un organisme de crédit (structure de micro finance ou Groupement Villageois d'Épargne et de Crédit). Le montant de la cotisation (et de l'adhésion) est inclus dans le crédit et le bénéficiaire est automatiquement couvert pour une période d'un an. Le cas de Honhoué dans le Mono au Bénin est très élogieux à cet effet.

Dans cette approche, tout le monde y gagne : l'emprunteur, la caisse de crédit et la mutuelle.

Le succès de cette entreprise réside dans la compréhension par tous de l'intérêt du couplage crédit-cotisation. L'employé qui octroie le crédit doit pouvoir convaincre le villageois qui refuserait de s'affilier (sous prétexte d'une charge supplémentaire à son crédit ou du principe d'affiliation volontaire à la mutuelle et avec la menace de prendre crédit ailleurs) et de signer le contrat. Il doit aussi avertir les représentants de la mutuelle de la signature des contrats afin d'enregistrer le nouveau mutualiste

3.4.3. Cotisation en nature

Les mutuelles de l'Atacora ont à un moment donné accepté les cotisations payées en nature. La mutuelle délègue à une organisation paysanne la gestion du stock et la vente des produits (céréales,...).

Le stockage des vivres requiert des compétences techniques, des moyens logistiques (grenier,...) et l'instauration d'un système de suivi (contrôle des pertes,..). La vente sans perte des produits stockés nécessite du temps et du flair. Ici, le risque zéro n'existe pas : le prix fixé par la filière de distribution, s'il est trop bas ou trop haut, pourrait compromettre ce canal de cotisation. Un prix trop bas ne couvrirait pas le montant des cotisations. Un prix trop haut risquerait de freiner la vente des biens et d'aboutir à leur perte.

La collecte des cotisations en nature a été abandonnée à cause de sa complexité et des risques liés à la gestion des stocks.

3.4.4. Cotisation payée par la famille établie en ville

Des personnes résidant en ville sont régulièrement amenés à secourir/appuyer la famille restée au village lorsqu'elle doit faire face à des dépenses importantes en soins de santé.

Une équipe représentant la mutuelle (membres d'Organes /Comités d'Initiative /Animateurs) part à la rencontre de la diaspora et leurs proposent de cotiser à la mutuelle pour les frères restés au village. .

3.4.5. Cotisation par engagement

Dans la région des Savanes, les mutuelles ont expérimenté la cotisation par engagement avec les producteurs de coton.

La production de coton est livrée à une société qui procède au paiement quelques semaines (ou mois) plus tard. Sur présentation des bons de paiements délivrés par la société, la mutuelle et les producteurs concluent un accord : les producteurs bénéficient des services de la mutuelle lorsque ces derniers s'engagent à libérer le montant de la cotisation dès que la société procède au paiement de leur revenu.

Attention : Dans le système de cotisation par engagement, le paiement ne conditionne pas l'usage des services ; le paiement de la cotisation arrivera par après, lors du paiement des paysans pour leur dernière récolte. C'est donc bien un engagement à payer, plus tard, et l'engagement est sécurisé par l'organisme qui achète la récolte en gros. Ce délai de paiement raisonnable et programmé est rendu possible par le système de solidarité de la mutuelle.

Les mutuelles de la Région des Savanes ont eu des difficultés suite au non paiement du revenu coton aux producteurs pendant deux années successives. Le système a été immédiatement abandonné.

3.5. Les organes de gestion des mutuelles

Les MUSA promues par LD au Bénin et au Togo sont dirigées par les organes suivants :

- L'Assemblée Générale : c'est l'organe suprême de la mutuelle. Elle peut être ordinaire ou extraordinaire. Au démarrage, tous les adhérents sont invités en AG. Mais au fur et à mesure que la mutuelle grandit il devient difficile d'inviter tous les adhérents. Les mutualistes envoient donc des représentants. Le mode de représentation est défini par chaque mutuelle. D'une façon générale, chaque CMB envoie un nombre de représentants proportionnel à sa taille.

Lorsqu'il y a des décisions importantes à prendre, pour s'assurer de la participation de tous dans le processus de prise de décision, des Assemblées Générales préparatoires (AGCP) sont organisées. Ces AGCP sont organisées généralement autour des aires sanitaires et les adhérents à jour de leurs cotisations y sont conviés. C'est l'occasion pour ces adhérents de donner leur point de vue par rapport aux décisions à prendre en AGO/AGE.

La présence des autorités locales aux AG des mutuelles rehausse la solennité de l'évènement et constitue une marque de soutien de ces derniers au processus mutualiste ; il est donc important de leur adresser des invitations à temps afin de s'assurer de leur participation.

- Le Conseil d'Administration et le Comité de Contrôle sont respectivement les organes de gestion et de contrôle mis en place par l'AG. Au cours des Assemblées électorales, il est important de prendre en compte deux dimensions :

- ✓ *L'aspect genre* : lorsque les textes ne le précisent pas spécifiquement, il n'est pas rare de se rendre compte que les femmes sont sous-représentées dans les instances dirigeantes des mutuelles. Il est donc important de prendre des dispositions en amont pour garantir la participation des femmes.

- ✓ *La « répartition géographique équilibrée » des élus* : il est également important de veiller à ce que tous les élus de la mutuelle ne soient pas originaires d'une seule zone de l'aire géographique de la MUSA. Une bonne répartition présente l'avantage de faciliter la circulation de l'information dans toutes les zones dont sont issus les élus. Par ailleurs, les membres de la communauté se sentent concernés par les affaires de la mutuelle à travers la présence d'un des « leurs » dans les instances dirigeantes.

- L'exécutif est constitué par la direction ou la gérance et le personnel. Il est recruté par les élus. Les équipes techniques ne sauraient se substituer aux élus dans le processus de recrutement de l'exécutif. Elles apportent leur appui afin de s'assurer que les personnes qui vont être retenues ont les qualifications et capacités nécessaires pour accomplir le travail qui sera le leur.

3.6. Activités d'appui à l'élargissement de la base

3.6.1 Le porte à porte

Principale stratégie de sensibilisation et de collecte des cotisations, le porte à porte consiste dans une localité donnée, à faire le tour des ménages en vue de passer le message. La finalité est de faciliter la collecte des cotisations étant donné que beaucoup de gens n'aiment pas libérer les cotisations en grand public (donc au cours ou à la suite des réunions communautaires). Quoique fastidieuse, c'est la stratégie qui permet de collecter le plus grand nombre de cotisations. Le porte à porte est réalisé par les équipes techniques qui transfèrent les compétences aux animateurs et agent collecteurs endogènes. Bien faite, elle contribue énormément à l'élargissement de la base des mutuelles de santé.

3.6.2 Le balayage final

Le balayage final est une stratégie de collecte des cotisations qui est mise en œuvre au cours du dernier mois réservé à la collecte (pour les systèmes où la collecte de cotisations est fermée). Il s'agit donc au cours du dernier mois de ne plus disperser les énergies en cherchant à coopter de nouveaux bénéficiaires. Les équipes chargées concentrent les énergies autour de 3 catégories d'adhérents :

i) Les adhérents ayant libéré des cotisations partielles et qui doivent les compléter pour devenir bénéficiaires (pour faciliter la collecte des cotisations auprès des populations pauvres, les mutuelles permettent que ces cotisations soient libérées par tranches. L'adhérent et ses personnes à charge ne deviennent bénéficiaires que lorsque la cotisation entière de toutes les personnes composant le noyau familial est versée) ;

ii) Les bénéficiaires de l'année précédente n'ayant pas encore renouvelé leurs cotisations ;

iii) Les groupes organisés ayant manifesté le désir de s'engager et qui ne l'ont pas encore fait.

Stratégie porteuse, le balayage final permet de faire un ratissage de bénéficiaires en principe « faciles à coopter » en fin de période de collecte des cotisations.

3.6.3 Les journées promotionnelles

Il s'agit de journées festives organisées au niveau des marchés qui présentent l'avantage de regrouper un nombre important de bénéficiaires potentiels au même endroit. L'activité a pour but de mieux faire connaître les mutuelles de santé par l'organisation de jeux, de question-réponses sur les mutuelles de santé et leur fonctionnement, le tout ponctué de récompenses. Des étrennes (tricots, calendriers, porte-clés, stylos ...) propres aux mutuelles de santé y sont distribuées aux gagnants des jeux. Les mutualistes ayant bénéficié des prestations des mutuelles viennent donner des témoignages pour appuyer la sensibilisation. C'est aussi l'occasion de récompenser publiquement les membres de la communauté qui se sont distingués par leur engagement aux côtés des mutuelles. Les journées promotionnelles viennent en appui à la collecte des cotisations. Le jour de la tenue de la journée promotionnelle et les jours suivants, les personnes chargées de la collecte des cotisations concentrent leurs efforts dans les villages où l'activité a eu lieu et dans les villages voisins. C'est pour permettre de collecter le maximum de cotisations.

Le coût élevé des étrennes produites et distribuées et l'attitude des mutualistes qui ont commencé par lier la libération de leur cotisation à l'organisation d'une journée promotionnelle ont amené à abandonner progressivement les journées promotionnelles qui ont été remplacées par des journées de grande sensibilisation.

3.6.4 Les journées de grande sensibilisation (JGS)

Le déroulement des journées de grande sensibilisation est identique à celles des journées promotionnelles à une différence près : il n'y a pas de distribution d'étrennes au cours des JGS. Le but premier n'est donc pas de collecter immédiatement des cotisations (cela n'interdit pas de le faire lorsque l'occasion s'y prête) mais de porter le message mutualiste à un grand nombre de bénéficiaires potentiels réunis à un même endroit, de préférence les places de marché. Néanmoins, les jours suivant le déroulement de la journée de grande sensibilisation, les personnes chargées de la collecte doivent être plus actifs que d'habitude afin de permettre à ceux qui en ont la volonté d'adhérer et de libérer des cotisations.

3.6.5 La mise en place des Cellules Mutualistes de Base

Les Cellules Mutualistes de Base (CMB) sont des représentations des mutuelles au niveau des villages. Elles sont constituées de membres à jour de leurs cotisations. Les CMB sont mises en place dans des localités comportant un minimum d'adhérent à jour de cotisations dans ladite localité (le minimum est défini par chaque mutuelle) et contribuent au renforcement des relations entre mutualistes de la même localité. Elles jouent un rôle :

- i) de représentation des mutualistes aux AG,
- ii) de transmission d'information de la mutuelle à la base,
- iii) de contrôle social,
- iv) de sensibilisation et de collecte des cotisations dans leur aire de responsabilité.

Chaque CMB est généralement dirigée par un bureau de 3 personnes : un président, un chargé de la collecte des cotisations et un chargé du contrôle social. Il est impérieux de faire attention à ce que des conflits de leadership au sein d'une CMB ne viennent mettre en péril la cohésion recherchée pour l'élargissement de la base.

Des CMB fonctionnelles constituent un maillon important dans le processus d'autonomisation des mutuelles car elles reprennent le rôle que jouaient les équipes d'animation des différents projets.

3.7 Le suivi des mutuelles

3.7.1 Le dispositif de suivi

Le dispositif de suivi des mutuelles de santé est inspiré du système de suivi évaluation de Louvain coopération qui respecte les exigences de la bonne gouvernance et la Gestion Axées sur les Résultats de développement (GAR). Il comprend le suivi du sociétariat, le suivi des cotisations, le suivi des prestations, le contrôle social et le suivi financier.

3.7.2 Le suivi du sociétariat

Le suivi du sociétariat se fait mensuellement, à mi-parcours et le bilan en fin de campagne.

Une fois par mois, les élus, les animateurs et gérant de se retrouvent au siège des mutuelles pour apprécier l'évolution des indicateurs. L'évolution du sociétariat fait l'objet d'une attention particulière. A mi-parcours, c'est – à – dire trois mois après le lancement de la campagne de collecte, les membres d'organes, les mutualistes impliqués dans la collecte des cotisations, les équipes techniques et les promoteurs se réunissent au cours d'un atelier pour évaluer les résultats obtenus à cette date. L'évaluation est faite au regard des objectifs quantitatifs fixés et les difficultés rencontrées sont présentées en vue de trouver les approches de solutions susceptibles de faciliter la réalisation de ces objectifs. Le bilan final consiste à évaluer toute la campagne de collecte des cotisations. Cet exercice se fait dans les mêmes conditions que le suivi à mi-parcours. Il s'agit ici d'apprécier les objectifs quantitatifs globaux fixés, d'expliquer les écarts, et d'évaluer les stratégies utilisées lors de la campagne de collecte afin de retenir celles qui ont marché.

Le suivi du sociétariat se fait à l'aide de l'outil de planification et de suivi des cotisations. Cet outil Excel (confère : Annexe 3.1) est élaboré en début de chaque campagne lors d'un atelier de planification. L'outil détaille les objectifs quantitatifs mensuels réaliser et par zone.

3.7.3 Le suivi des cotisations

Cet exercice consiste à enregistrer régulièrement les cotisations libérées par les mutualistes et à croiser l'information avec les données financières enregistrées au Journal Grand Livre.. Le suivi des cotisations se fait à travers un fichier Excel (Confère : Annexe 3.2).

Les personnes chargées de la collecte remplissent les bordereaux de versement sur le terrain au moment de la libération des cotisations et font une synthèse hebdomadaire en remplissant une fiche récapitulative. Cette fiche est transmise au responsable du suivi qui met à jour l'outil de suivi des cotisations.

3.7.4 Le suivi des prestations de soins

Le suivi des prestations consiste à collecter, à compiler et à synthétiser les données relatives aux nombre de cas pris en charge et aux montants payés par la mutuelle de santé. Ce travail se fait à partir d'un outil Excel de suivi des prestations élaboré à cet effet par l'équipe technique de suivi.

C'est un travail qui se fait à la chaîne ; les gérants collectent les factures au niveau des formations sanitaires, compilent les données par formation sanitaire conventionnée et

transmettent le résultat au responsable de suivi qui tient l'outil de suivi des prestations. Cet outil renseigne les informations par formation sanitaire et ressort une synthèse des données de la zone. Le suivi des prestations est complété par l'important travail que réalise le Médecin Conseil (confère rôle du Médecin Conseil ci-dessous)

3.7.5 Le contrôle social

Le contrôle social consiste à faire un échantillon des attestations de soins collectées dans les formations sanitaires conventionnés avec la mutuelle de santé, à élaborer la liste des bénéficiaires présumés pris en charge à l'aide d'un outil dénommé tableau du contrôle social de la consommation des soins par les mutualistes et de rendre visite aux ménages concernés.

Une fois dans le ménage, l'animateur, l'élu, le mutualiste volontaire ou encore le gérant après salutations d'usage, cherche à savoir l'évolution de l'état de santé du bénéficiaires qui a été pris en charge.

Cela permet de vérifier si ce dernier a effectivement bénéficié des soins de santé dans la période et en même temps de recueillir son appréciation de la qualité des soins reçus (accueil, disponibilité du personnel de qualité, la disponibilité des médicaments, ...).

Les informations recueillies permettent d'étoffer le document de plaintes des mutualistes et d'orienter l'intervention du médecin conseil. Les plaintes sont mises à l'ordre du jour des réunions de cadre de concertation.

3.7.6 Le suivi financier

Il consiste à apprécier le respect des procédures financières en général et en particulier le respect de la tenue des outils de gestion par les gérants (bordereaux, le Journal Grand Livre, fiches de ventilation, livre de banque). Il permet de minimiser les risques de fraudes et des erreurs susceptibles de porter atteinte à l'état de santé financier des mutuelles de santé.. Il est réalisé par le responsable du suivi.

3.8 La gestion des prestations

3.8.1 Le rôle du Médecin Conseil dans la gestion de la qualité des soins

3.8.1.1 La Mission du Médecin Conseil

Le Médecin Conseil apporte un appui technique aux Mutuelles en gérant les relations avec les prestataires de soins.

3.8.1.2 Les Principales tâches du Médecin Conseil

Il a pour tâches principales de :

- Analyser les ordonnances à souche chaque mois avant d'autoriser le paiement des factures,
- Assurer le suivi régulier des mutualistes dans les formations sanitaires conventionnées,
- Effectuer des audits médicaux systématiques au moins une fois par trimestre et présenter des rapports au moins 3 fois par an,
- Faire la supervision (accompagné d'un membre de l'équipe d'encadrement) dans les formations sanitaires (+-2 fois par an),
- Assurer les bons rapports relationnels avec les responsables et autorités des formations sanitaires,
- Participer à la préparation et à la tenue de l'Assemblée Générale de chaque mutuelle,
- Assurer les différentes étapes de négociation de la contractualisation avec les prestataires jusqu'à la signature avec les mutuelles,
- Identifier les besoins en renforcement de qualité des soins des formations sanitaires et organiser la formation des prestataires,
- Organiser et animer la réunion du cadre de concertation au moins 3 fois par an,
- En octobre de chaque année, participer à la définition des couples cotisation/prestation et en collaboration avec les Responsables locaux et les élus des mutuelles. Soumettre ces couples cotisation/prestation à l'Unité de Gestion du Projet pour analyse et validation avant de les proposer aux Assemblées Générales des mutuelles,
- Participer à la rédaction des rapports narratifs et financiers pour les partenaires financiers et Louvain Coopération,
- Sensibiliser de façon continue les prestataires de soins sur les conséquences fâcheuses de la sur prescription et la vente parallèle de médicaments,
- Assurer le suivi des prestations offertes aux mutualistes, en particulier en suggérant les ordinogrammes à respecter pour la prise en charge de certains soins,

- Donner des conseils aux mutuelles pour les contrôles les plus utiles à mettre en place.

3.8.2 Descriptions de quelques fonctions

3.8.2.1 Le Suivi des prestations

Chaque mois toutes les factures sont transmises au Médecin Conseil. Les souches d'ordonnances sont étudiées. Le Médecin Conseil fait le suivi de la prise en charge par cas et par pathologie : conformité avec le niveau de soins, ordinogramme, protocoles et normes. Cette étude permet de ressortir les sur-prescriptions et les surfacturations au niveau de centre de santé mais aussi la surconsommation au niveau des mutualistes. Les remarques sont notées par formation sanitaire qui fera l'objet de point de discussion lors des supervisions ou lors de la réunion du cadre de concertation.

Pour les remboursements directs les dossiers des bénéficiaires sont étudiés avant d'autoriser le paiement (conformité avec les services prise en charge, médicament de spécialité ou non, prescription conforme avec l'ordinogramme et protocole et norme etc.....)

En effet, le remboursement direct intervient, lorsqu'au lieu de payer uniquement le ticket modérateur, le mutualiste paye la totalité de la prestation au moment où, il reçoit le soin. Cette forme de paiement n'est pas la règle mais survient parfois, d'où la nécessité de vérifier les conditions de survenue.

Le Médecin Conseil peut être amené à faire des descentes ponctuelles dans les formations sanitaires pour le règlement de litiges.

3.8.2.2 La Supervision

Deux à quatre supervisions par an sont faites par le Médecin Conseil. La supervision se fait avec un membre de l'équipe du District/zone sanitaire et surtout du point focal MUSA. Pour être efficace, deux formations sanitaires sont supervisées par jour. Au cours de ces supervisions, les remarques faites lors des études des factures et des souches d'ordonnances sont discutées ainsi que d'autres aspects inscrits dans les termes de références. Un rapport de supervision est élaboré et permet de préparer la réunion de cadre de concertation.

3.8.2.3 La Formation

Au cours du suivi des prestations et lors des supervisions les besoins en formation des prestataires sont identifiés. Ces formations peuvent porter sur la thématique de la MUSA ou sur des thématiques en rapport avec la qualité de soins. En accord avec l'équipe d'encadrement ou le partenaire opérationnel d'appui, les termes de références et le budget de la formation sont élaborés. En fonction de la thématique retenue les facilitateurs et le chargé du volet MUSA au sein de l'équipe du Projet de Louvain Coopération peuvent être des membres de l'équipe d'encadrement ou représentés le partenaire opérationnel d'appui aux mutuelles de santé.

3.8.2.4 La Contractualisation

Par rapport à la demande de soins au niveau d'une formation sanitaire, l'équipe, composé du Médecin Conseil et le Responsable du volet MUSA, rend visite à la formation sanitaire afin

de constater les dispositions prises en matière de ressources humaines et matériels (plateau technique). Cette mission préalable à la signature du contrat permet de s'assurer de la bonne qualité des soins à recevoir par les mutualistes. Une étude des coûts et tarifs du centre est réalisée afin de faire une comparaison avec le montant de la cotisation et aussi de négocier les tarifications. Un projet de contrat est élaboré et soumis à la direction de la formation. Le contrat est signé si les parties prenantes sont d'accord avec le contenu du contrat.

3.8.2.5 Le Suivi des indicateurs

Le suivi de quelques indicateurs (coût moyen, taux de sinistralité, taux de fréquentations) permet de tirer la sonnette d'alarme. Ce suivi met en relief les formations sanitaires dont les coûts moyens sont élevés et les MUSA qui souffrent d'une surconsommation. Le Médecin Conseil attire l'attention de ces formations sanitaires et de ces MUSA pour la prise de dispositions adéquates.

3.8.2.6 L'animation de la réunion du cadre de concertation

Après la supervision, les rapports sont envoyés aux autorités sanitaires. En accord avec ces derniers, le choix d'une date pour les réunions de cadre de concertation est fait. Chaque zone sanitaire organise sa réunion de cadre de concertation.

Les termes de références sont élaborés par le coordonnateur et le Médecin Conseil et envoyés au responsable de la zone sanitaire qui donne l'information aux formations sanitaires. Les invités sont les prestataires, les MUSA et la structure d'appui. Le rapport d'activités de la MUSA et le rapport de la supervision sont présentés et discutés à cette réunion. Un rapport est élaboré avec de nouvelles recommandations. Un comité de suivi est mis en place pour le suivi des recommandations.

3.8.2.7 La réalisation des études

En fonction des problèmes ou des besoins des études peuvent être réalisées par le Médecin Conseil. Ces études peuvent concerner la qualité des soins, ou un sondage auprès de mutualistes. Les résultats de l'étude sont exploités dans le but d'apporter une solution aux problèmes ou aux besoins.

3.8.3 Les cadres de concertation (prestataires, les mutualistes, promoteur, etc.)

La condition sine qua non aux succès des mutuelles de santé est l'assurance qualité des soins de santé dans les formations sanitaires. Or la qualité des soins est liée en partie à la volonté et au comportement des prestataires de soins et services de santé. Dans le but de rendre fluide les relations entre les prestataires de soins, les mutualistes, les autorités sanitaires, les autorités administratives et les promoteurs des MUSA, deux types de cadre de concertation dénommés « plates formes d'échanges » sont institués. Il s'agit du cadre de concertation régional (zone sanitaire) et des mini cadres de concertation autour des aires sanitaires (Centre de Santé ou Unité de Soins Périphérique).

3.8.3.1 Le cadre de concertation régional

C'est une plate forme d'échange dont l'objectif est d'améliorer les relations de confiance, de collaboration et de partenariat entre les prestataires de soins ; les autorités sanitaires et les mutualistes avec l'intermédiation des structures promotrices des MUSA.

A cette rencontre animée par les Médecins conseils sont conviés les élus mutualistes (membres d'organes), les membres des COGES ou COGECS, les gérants, les animateurs, les promoteurs des mutuelles de santé (ONG locales d'appui et Louvain Coopération), les responsables et autorités sanitaires de la zone ou région, les autorités administratives locales.

Elle se tient une fois par trimestre au chef lieu de la zone sanitaire ou de la préfecture. C'est un outil qui permet à la communauté à travers les membres d'organes des MUSA de s'exprimer devant les prestataires de soins et d'apprécier la qualité de l'offre des soins. C'est souvent une occasion où chaque partie évalue les relations entre les MUSA et les prestataires de soins.

En effet, à l'agenda de l'atelier, certains points figurent régulièrement tels que les résultats de suivi des prestations de soins, les plaintes des mutualistes, les difficultés rencontrées par les prestataires de soins dans la prise en charge des mutualistes, les recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins et les relations entre les prestataires de soins, ainsi que la planification et le suivi de la mise en œuvre des recommandations.

3.8.3.2 Le mini cadre de concertation

Le temps qui s'écoule entre deux cadres de concertation régionaux semble trop long (trois mois) au point que certaines situations graves peuvent survenir avant la tenue de la prochaine réunion de cadre de concertation régionale. Dans ce cas, des mini cadres de concertations sont tenus.

Parfois, et pour diverses raisons, tous les prestataires de soins ne participent pas aux réunions de cadre de concertation et pour ceux qui y prennent part, la restitution à leurs collègues est parfois biaisée. si bien que les autres agents de santé ne se sentent pas engagés par les recommandations qui en découlent. Pour faciliter la participation de tous les prestataires de soins aux échanges, Louvain Coopération a instauré une autre plate forme d'échanges appelée mini cadre de concertation qui s'anime autour des centres de santé conventionnés.

L'objectif de cet cadre est de résoudre les problèmes à temps réel et utile, de circonscrire les sujets par centre de santé conventionné, suivre de façon rapprochée et spécifique les recommandations du cadre de concertation régional, de faciliter la compréhension des prestataires sur la thématique et de les amener à participer aux sensibilisations. Tous les prestataires de soins et les mutualistes de l'aire sanitaires sont conviés à la rencontre qui est facilitée par le Médecin Conseil avec l'appui de les équipes techniques des mutuelles et des projets.

Les sujets traités sont souvent circonscrits et restent spécifiques à chaque formation sanitaire ayant signé une convention avec la mutuelle de santé. Les points qu'on retrouve le plus souvent sont entre autre les plaintes des mutualistes de l'aire sanitaire, les fraudes (des

prestataires ou des mutualistes), les points faibles et les points forts de la collaboration, les problèmes de fidélisation, l'influence des prestataires dans la collecte des cotisations et l'implication des prestataires dans l'amélioration de la qualité des soins et de l'évolution du sociétariat dans l'aire sanitaire.

3.9 Les acquis

3.9.1 Contribution des mutuelles de santé à la réduction des coûts de soins pour les membres

Tous les membres mutualistes s'accordent pour dire que depuis qu'ils sont membres de la mutuelle de santé, ils ont constaté avec beaucoup de joie une réduction très importante de leurs dépenses de santé : *« J'ai payé moins que ce que je pensais »* (Mutualiste de Morétan).

3.9.2 Contribution des mutuelles de santé à la protection des revenus de ménages

La baisse globale des dépenses de santé a pour effet immédiat la protection des revenus des ménages des membres mutualistes comme en témoignent les propos ci-après d'un mutualiste et d'un élu ayant participé aux *Focus Groups* :

« La mutuelle de santé m'a réduit mes dépenses de soins. J'ai l'assurance sur ma famille pendant mes voyages » (Mutualiste de Koussountou).

En clair, avec la mutuelle de santé, les dépenses de santé sont diminuées et les mutualistes n'ont plus peur d'aller aux centres de santé lorsqu'ils sont malades. Avant, les gens vendaient parfois tous leurs biens pour sauver un enfant malade. Ils s'endettaient lourdement et payaient le service de la dette (intérêts) sur plusieurs années. La pauvreté est incontestablement en recul avec la mutuelle de santé.

3.9.3 Effets indirects des mutuelles de santé rapportés par certains mutualistes et élus

L'adhésion aux mutuelles de santé, au delà de l'amélioration de l'accessibilité financière des membres aux soins et de la mobilisation des ressources financières pour les prestataires, s'accompagne toujours par d'autres effets directs et indirects sur les bénéficiaires, voire même sur l'environnement social, économique, sanitaire. Les participants aux *Focus Groups*, ont perçus d'autres effets positifs des mutuelles de santé.

« Les avantages tirés de la mutuelle sont énormes. Tout d'abord, depuis un an que la mutuelle est fonctionnelle, il y a un recul de la mortalité surtout chez les enfants. Les gens n'ont plus peur de se rendre au Centre de soins périphériques si bien que les cas de maladie sont vite pris en charge au centre de santé avec de meilleurs résultats qu'avant. La fréquentation du centre de santé a naturellement augmenté » (Extrait du Rapport d'évaluation 2012 de Louvain Coopération sur les Mutuelles de santé).

« La mutuelle permet de faire des économies sur les dépenses de santé et donc de renforcer l'épargne des ménages. Le ticket modérateur donne l'impression que l'on a été traité de façon quasi gratuite. La quiétude règne dans les familles mutualistes. Il suffit pour le chef de famille de déposer le livret de la mutuelle en lieu sûr et accessible et il peut voyager ou vaquer à ses occupations sans aucun souci. Cela fait que les gens peuvent maintenant

travailler plus sereinement et gagner davantage » (Extrait du Rapport d'évaluation 2011 de Louvain Coopération sur les Mutuelles de santé)

« *Ce qui m'a plu c'est la dépense de soins presque négligeable que j'ai effectuée le jour là* » (Mutualiste de Yégué).

3.9.4 Contribution des mutuelles de santé au renforcement de la coopération entre les acteurs

Il résulte de l'évaluation, des effets induits par l'existence et le fonctionnement des mutuelles de santé et qui se manifestent par le renforcement de la coopération entre certains acteurs clés du système.

3.9.4.1 Renforcement de la coopération entre prestataires et mutualistes

Aujourd'hui, il existe une franche collaboration entre les prestataires de soins et les mutualistes. Grâce aux actions du cadre de concertation mis en place et regroupant les élus de la mutuelle (CA), les prestataires, le médecin-conseil, les partenaires d'appui opérationnel (les ONG), les autorités locales, les responsables des formations sanitaires, les populations en général et les mutualistes en particulier ont maintenant accès à des soins de bonne qualité à des coûts réduits. C'est le respect de l'ordinogramme par le personnel médical qui a induit ces changements.

En effet, grâce à la mutuelle, les prestataires ont bénéficié de formations spécifiques, d'une part, sur la prise en charge des mutualistes et, d'autre part, sur les plateaux techniques dans les centres de santé de base. Depuis que les mutuelles sont créées et sont fonctionnelles, les mutualistes n'ont plus peur de se rendre au centre de santé dès qu'ils sont malades. Il y a un mieux être pour la population en général et les mutualistes en particulier. La fréquentation des centres de santé a augmenté et le taux de mortalité est en recul.

3.9.4.2 Consolidation des liens de solidarité entre mutualistes

La mutuelle de santé est un facteur important d'union entre les ressortissants d'une même localité correspondant à l'aire de couverture d'une mutuelle. En particulier, le fonctionnement de la mutuelle rapproche les membres du Conseil d'Administration et au-delà les membres individuels lors des diverses rencontres.

3.9.5 Renforcement des capacités des élus

Les CI, les MV et CMB ainsi que les membres des organes (CA, CC) de la mutuelle ont bénéficié de diverses formations et des voyages d'échange qui ont renforcé leur connaissance du mouvement mutualiste et forgé leur engagement à conduire le processus au niveau de leur localité.

3.9.6 Autres effets induits rapportés par les mutualistes

Les mutualistes ayant participé aux *Focus Group* de l'évaluation finale du projet dans la Région Centrale du Togo ont témoigné d'autres effets induits par l'existence et le fonctionnement des mutuelles de santé (Extrait des rapports d'évaluation externes des mutuelles de santé_2010, 2011 et 2012).

- L'accroissement du taux de fréquentation des formations sanitaires et recul de la mortalité surtout chez les enfants ;
- La disparition de la peur de se rendre aux centres de santé lorsqu'on est malade ;
- La prise en charge précoce des malades ;
- La diminution des dépenses de santé et l'accroissement de la propension à épargner des mutualistes ;
- L'accès aux soins de qualité à moindre coût pour les mutualistes ;
- L'amélioration de la qualité des soins de santé dans les formations sanitaires conventionnées ;
- La diminution de la pratique de l'automédication et ses corollaires ;
- La diminution des cas de maladies graves chez les mutualistes car ceux-ci se rendent tôt aux formations sanitaires ;
- Le renforcement de l'esprit de solidarité entre mutualiste d'une même préfecture

3.9.7 Effets positifs sur les formations sanitaires

Malgré la courte durée de fonctionnement des mutuelles de santé, les différents rapports d'évaluation externes des projets de mutuelles de santé s'accordent sur les effets positifs perçus sur les formations sanitaires. On note quelques extraits ci-après :

- Les mutuelles de santé augmentent et améliorent la gestion des recettes des formations sanitaires : les recettes augmentent parce que les mutuelles de santé paient de gros montants à la fin de chaque mois.
- L'amélioration de la gestion des recettes des formations sanitaires se justifie par le fait que les mutuelles versent directement les frais de soins dans les comptes des formations sanitaires. Ce qui augmente leur capacité à lancer de grosses commandes de médicaments, contrairement à la période avant l'arrivée des mutuelles où le personnel garde les recettes du centre et ne les verse pas à temps et fait parfois des dépenses directement sur ces recettes.
- En leur remboursant les dépenses de soins par la banque, les formations sanitaires disposent ainsi d'un montant important à la fin de l'année et peuvent bénéficier d'importantes ristournes à la fin de l'année
- La pression du Médecin Conseil et des mutualistes amène les prestataires de soins à rationaliser les prescriptions de médicaments

4.1. Difficultés et contraintes de mise en œuvre

4.1.1. Quelques difficultés majeures

Eu égard aux expériences vécues par Louvain Coopération et ses partenaires dans la réussite des mutuelles de santé, il ressort des difficultés dont les plus saillantes sont :

- ⇒ Les pesanteurs socio-culturelles qui freinent le développement des mutuelles de santé ; en effet dans certaines communautés rurales, le fait de payer à l'avance les soins de santé est source de malédiction ;
- ⇒ Le faible pouvoir d'achat de la population en milieu rural, surtout quand la campagne agricole est mauvaise au niveau des mutualistes,
- ⇒ Le taux élevé d'analphabétisme limite la participation démocratique de la population des mutualistes ;
- ⇒ Le manque de volonté affichée pour l'adhésion à la mutuelle de santé ;
- ⇒ La mauvaise collaboration avec les prestataires ; il suffit qu'un mutualiste soit déçu pour démobiliser plusieurs autres,
- ⇒ Le non respect des protocoles thérapeutiques qui entraîne la résurgence de la maladie, mettant en doute l'adhérent sur la qualité des soins reçus et donc parfois de découragement et le non paiement des cotisations,
- ⇒ L'absence fréquente de médicaments dans les dépôts pharmaceutiques
- ⇒ Les échecs de certaines expériences passées développées par d'autres partenaires qui freinent l'élan de la population à adhérer aux mutuelles.

4.1.2. Les contraintes

4.1.2.1. Contraintes socio économiques

Le promoteur d'une mutuelle de santé est rapidement confronté aux contraintes socio économiques du milieu dans lequel il agit :

- Les familles n'affectent pas automatiquement une partie de leurs maigres revenus pour la cotisation à la mutuelle;
- Les soins de santé offerts ne répond pas toujours aux attentes des gens;
- L'énergie associative que demande la mutuelle au quotidien pour les familles est importante ;
- La gestion de la mutuelle font appel à des compétences assez pointues qu'on ne trouve pas toujours facilement ;
- Les maladies surviennent « quand même », malgré l'investissement important des adhérents ; (Extrait d'un témoignage d'un mutualiste de l'Atacora_2012).

4.1.2.2. Contraintes dans la conduite de l'étude de faisabilité

La mise en place des mutuelles de santé communautaire relève d'un processus assez complexe. Elle nécessite une bonne connaissance du milieu, du potentiel existant, des attentes des populations. Le promoteur va devoir tenir compte d'un certain nombre d'éléments :

- Les données démographiques socio-économiques et sur les services de soins ne sont pas toujours disponibles ou pas suffisamment fiables. Elles ne sont pas toujours récentes et elles peuvent être approximatives.
- Volonté de Louvain Coopération au Développement de construire une approche participative, remontante et structurante.
- Le concept mutualiste est en général peu connu. Les communautés et les acteurs en présence ne possèdent pas ou peu d'expertise pour proposer un modèle de mise en place et de fonctionnement des mutuelles. Ils en ont parfois de mauvaises expériences par le passé. Le promoteur doit mettre beaucoup d'énergie en jeu pour convaincre !
- En milieu rural, le français n'est pas vraiment usuel comme langue véhiculaire et dans une zone d'intervention, les dialectes sont parfois nombreux. La traduction de certains termes techniques ou de certains concepts s'avère donc assez difficile. Certains mots français qui font partie du vocabulaire du monde des mutuelles n'ont pas de correspondant en langue locale (pensons au terme "sélection adverse" !).

4.1.2.3. Contraintes dans la mise en place des Comités d'Initiatives (CI)

Pour atteindre ce but, le promoteur et les futurs membres de la mutuelle sont confrontés aux contraintes suivantes :

⇒ ***La nouveauté du concept mutualiste***

- Un système de prévoyance basé sur le paiement d'une cotisation sans avoir la certitude de bénéficier un jour des services couverts;
- je paye un peu, je peux gagner beaucoup, ou rien;
- la solidarité entre tous plutôt que l'entraide au coup par coup;

⇒ ***Les expériences malheureuses de détournement***

- collecte des cotisations par une ONG qui promet la prise en charge sanitaire des cotisants et qui disparaît avec l'argent (cas de l'Est-Mono dans la Région des Plateaux au Togo) ;
- un projet de micro crédit lancé par des promoteurs qui disparaissent avec l'épargne du village;

Ces expériences malheureuses engendrent la méfiance pour de nouvelles actions incluant un prépaiement.

⇒ ***La taille de la zone couverte***

Toute la population de la zone est concernée par les mutuelles de santé. L'information, l'expression, l'écoute des souhaits de tout le monde sont des tâches qui semblent énormes.

Rassembler des milliers de personnes pour une prise de décision collective est d'une rare complexité.

4.1.2.4. Contraintes lors de la sensibilisation et cotisation

Le peu de moyen dont les familles disposent est le frein le plus souvent évoqué à l'adhésion spontanée et généralisée. Mais, il existe malgré tout des possibilités de mobilisation financière. Quand le père ou la mère de famille ne s'engage pas systématiquement dans la mutuelle (ou ne renouvèlent pas leurs adhésions), d'autres arguments interviennent aussi souvent dans leur choix pour l'allocation de leurs ressources :

✓ « *Parler de la maladie c'est l'attirer* » : Adhérer à un système de prévoyance, payer anticipativement ses dépenses de santé revient à provoquer la maladie. D'autant plus si elle trouve son sens aussi bien dans l'environnement social ou spirituel que dans une perturbation uniquement biologique

✓ « *Il y a toujours une bonne raison pour utiliser l'argent que l'on a en poche* » : L'adhésion est facultative et les opportunités de paiement automatiques peu fréquentes. Le versement de la cotisation dépend donc du bon vouloir des chefs de ménages. Or, les moyens sont rares et les postes de dépenses nombreux. De plus, le « produit-mutuelle » offert n'est pas un bien de consommation dont l'avantage perçu est immédiat. C'est plutôt de l'ordre de la tranquillité d'esprit par rapport à un risque potentiel.

✓ « *On ne me trompera pas deux fois* » : Un système de cotisation communautaire dont l'un des participants fuit avec l'argent, un projet de micro crédit lancé par des promoteurs qui disparaissent avec les économies du village,... : ces expériences de détournement vécues ou entendues provoquent la méfiance envers toutes actions incluant un prépaiement. Ce sentiment est exprimé par le chef du village et/ou la population envers un promoteur extérieur.

✓ « *Je ne suis pas tombé malade et je dois encore payer...* » : Après avoir cotisé plusieurs années sans bénéficier des services de la mutuelle, certains membres se questionnent sur la pertinence de leur adhésion...

4.2. La pérennisation de l'action des MUSA

S'agissant des mutuelles de santé, les expériences de la région Afrique de l'ouest montrent que pour rendre véritablement viable une mutuelle de santé, il faut du temps.

La thématique de micro Assurance santé n'est pas de la culture africaine d'où la mise en place et le développement des mutuelles de santé en Afrique prennent du temps, surtout quand il s'agit des mutuelles de santé à base communautaire et dont l'adhésion est volontaire.

Vu le niveau de pauvreté et la capacité contributive très limitée de la population, le montant de cotisation doit être adapté et par conséquent c'est la loi du grand nombre pour pouvoir couvrir les dépenses liées aux cas de maladie des mutualistes et des frais de fonctionnement de la mutuelle.

Par la pérennisation des mutuelles de santé promues par Louvain Coopération en Afrique de l'Ouest, on sous-entend la viabilité et durabilité, le niveau de maîtrise de la gestion, de l'appropriation des rôles et responsabilités, d'autonomie financière et d'indépendance dans les aspects ci-après:

4.2.1. Durabilité socio - culturelle

Le souci de la durabilité de l'action a été au cœur de la définition des stratégies de mise en œuvre depuis le lancement de la création de chaque mutuelle de santé promue par Louvain Coopération.

La mise en place des comités d'initiative dans les villages et leur rôle dans le processus de mobilisation sociale, la collecte des cotisations jusqu'à la tenue effective de l'Assemblée générale constitutive de la mutuelle est une expression concrète de ce souci de Louvain Coopération de pérennisation des mutuelles.

En effet, l'approche participative et communautaire développée par Louvain Coopération lors du processus de mise en place des mutuelles de santé constitue un élément fondamental de la durabilité socio- culturelle de l'action.

Les mutuelles de santé sont implantées dans la communauté par la communauté avec l'appui de Louvain Coopération et des autorités. Elles ont un siège et un encrage communautaire, elles appartiennent à la communauté et sont gérées par elle. Elles jouent un rôle important reconnu par la communauté et les autorités.

4.2.2. Viabilité fonctionnelle et administrative

Les Mutuelles de santé promues par Louvain Coopération existent et elles sont fonctionnelles.

L'un des objectifs et mandat contractuel de Louvain Coopération dans la mise en place des mutuelles de santé, c'est le transfert des compétences, renforcement des capacités, du savoir faire aux gérants, aux membres des organes (CA, CC), aux membres des cellules mutualistes de base (CMB) dans chaque village. Ceci relève de la stratégie et de la vision de Louvain Coopération pour un désengagement dégressif des fonctions afin que la mutuelle

maîtrise des fonctions clés et se professionnalise et que les organes de gouvernance et de contrôle maîtrisent leur rôle et responsabilités.

La stratégie de désengagement de Louvain Coopération garantit un retrait planifié dégressif qui ne puisse pas compromettre la pérennité des acquis.

Actuellement, les mutuelles de santé promues par Louvain Coopération se sont appropriés de plusieurs outils de sensibilisation, de gestion, de collecte des cotisations et ont acquis une certaine maîtrise dans la réalisation de certaines activités de gestion, de gouvernance, de contrôle et des opérations de promotion, etc.

Ce processus de transfert des compétences se poursuit vers l'autonomie opérationnelle et institutionnelle des mutuelles de santé et de leur Union.

L'ONG locale partenaire à laquelle Louvain Coopération a transféré aussi les compétences, se repositionne et elle restera en appui aux mutuelles de santé sur certains aspects plus pointus

4.2.3. Viabilité financière et institutionnelle

En élargissant la base sociale par l'augmentation du nombre de ses membres et en introduisant des nouveaux produits (ou services ou prestations), les mutuelles de santé promues par Louvain Coopération se donnent non seulement les moyens de garantir dans une proportion satisfaisante leur propre viabilité financière, mais aussi celle des centres de santé dans les villages, par l'augmentation de leurs recettes.

La viabilité financière dépend du niveau des cotisations ; du nombre des mutualistes ; de la consommation (taux de sinistralité) et du niveau des réserves.

Il est à signaler qu'aucune mutuelle de santé communautaire à base volontaire ne peut s'auto suffire (c.à.d. couvrir toutes les dépenses à 100%) sans subvention externe (Appui de l'Etat, des donateurs, des bailleurs, des promoteurs, etc.). Des sources innovantes de financement des mutuelles sont encours de gestion et sont orientées vers les prélèvements issus des taxes, sur des boissons alcoolisées et le tabac, sur l'embarquement de passagers à l'aéroport, sur l'accostage de navires au port, droit atterrissage d'avions,

Grâce aux efforts et aux stratégies appliquées pour la pérennisation de cette action, une mutuelle de santé communautaire qui s'accroît en terme des effectifs et qui est bien gérée peut atteindre une autonomie financière jusqu'à un certain pourcentage très satisfaisant, mais elle aura toujours besoin des compléments de subventions externes pour combler le gap. C'est le commun des mutuelles de santé communautaires à adhésion volontaire et c'est le cas aussi des mutuelles de santé promues par Louvain Coopération.

La durabilité institutionnelle des mutuelles de santé promues par Louvain Coopération est amorcée et renforcée dans le cadre de la professionnalisation et de la mise en Union.

Dès la création d'une Union, certains services d'appui aux mutuelles de santé apportés par le promoteur lui sont progressivement transférés.

Les Unions des mutuelles qui émergent sont en mesure de rendre des services aux membres et elles seront accompagnées dans le processus de négociation des financements complémentaires et de l'appui de l'Etat. Des pistes de réflexion sont engagées par Louvain Coopération à cet effet.

En effet, dans ce processus d'institutionnalisation et d'autonomisation, les unions des mutuelles prennent un rôle de plus en plus important et elles seront capables d'assurer directement un partenariat technique et financier avec Louvain Coopération et les autres partenaires au profit des membres.

Ce processus est accompagné de l'appropriation et de l'exercice par les autorités locales de leur rôle et les organisations promotrices au travers du renforcement des espaces de dialogues et de suivi (CNC au Togo, RAMU et CONSAMUS au Bénin, cadres de concertation; revues annuelles, etc.).

L'environnement institutionnel national reste assez favorable à la promotion et au développement des mutuelles de santé. Une loi régissant le fonctionnement des mutuelles sociales a été voté et est applicable dans l'espace UEMOA.

Au niveau national de chaque pays, il reste à mettre en place les organes préconisés par l'UEMOA pour accompagner le processus de réglementation des mutuelles.

V. ANALYSE SWOT

5.1. Forces

Les dix ans d'appuis apportés par Louvain Coopération aussi bien au Bénin qu'au Togo dans le domaine des mutuelles de santé ont été très enrichissants en matière de production de compétence grâce à la formation de plusieurs partenaires locaux, les ONG, les agents des formations sanitaires et les communautés. De plus avec Louvain Coopération, plusieurs outils de gestion des mutuelles de santé ont été élaborés. Les thèmes transversaux, privilégiant la prise en compte des femmes à toutes les étapes méritent d'être soulignés. Par ailleurs, la collaboration avec l'ONG Plan Togo ONG spécialisé dans la protection et la promotion de l'enfance dans la Région centrale a permis à Louvain Coopération de prendre en compte de façon plus concrète cette catégorie de la population dans la mise en œuvre des projets.

La mise en application des textes réglementaires dans le secteur au Bénin et au Togo, quoique encore insuffisante balbutiante, constitue une terre fertile pour le développement des mutuelles de santé dans la région.

5.2. Faiblesses

Elles s'énumèrent comme suit :

- ✓ Pauvreté récurrente des adhérents de mutuelles de santé
- ✓ Analphabétisme des membres de mutuelles de santé,
- ✓ Absence de sensibilisation et de communication autour des comportements à risques et la prévention des maladies,
- ✓ Inexistence d'un fonds de garantie pour les mutuelles (à mettre en place par l'Etat avec l'appui des PTF).
- ✓ La méfiance des prestataires de soins à l'égard des mutuelles au regard des impayés (cas général)

5.3. Menaces

La pauvreté des populations bénéficiaires est une grande menace pour le renouvellement de leur adhésion, et cela peut compromettre la viabilité socio économique des mutuelles de santé, si des séances de sensibilisation régulière et soutenues n'accompagnent les mutuelles de santé. Une autre menace est la surprescription des médicaments par les agents de santé ; mais par la supervision et les monitorages celle –ci peut être minimisée. Le désengagement des partenaires du Nord pouvait être une menace au plan de la viabilité financière si ce désengagement ne se faisait pas progressivement, et si des sources de financement locales ne sont pas recherchées pour soutenir les activités de formation, de sensibilisation, les appuis conseil.

5.4. Opportunités

Le développement des mutuelles de santé au Bénin et au Togo bénéficie de la volonté politique des pouvoirs publics dans l'ensemble des pays de la sous région. Une traduction concrète de cette volonté politique est l'adoption de la Réglementation sur la mutualité sociale au sein de l'espace UEMOA. Reste à opérationnaliser les différentes dispositions prévues dans cette réglementation pour favoriser le développement des mutuelles de santé avec l'appui structurel des Etats. Dans ce cadre certains pays de la sous région ont pris de l'avance sur d'autres. C'est le cas en particulier du Mali et du Sénégal où les mutuelles de santé bénéficient déjà de subsides de la part de l'état. Les autres pays devraient emboîter les pas aux premiers.

La volonté politique s'est également traduite ces dernières années par des stratégies opérationnelles de couverture universelle du risque maladie à travers la création d'institutions publiques d'assurance maladie, en l'occurrence l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) au Bénin et, l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) au Togo. Bien entendu, les détails sur l'articulation des activités de ces institutions avec celles des mutuelles de santé continuent à se discuter.

Le détail de l'analyse SWOT est ci-joint :

Forces	Faiblesses
Début d'informatisation de la gestion des mutuelles de santé	Non prise en charge des gros risques dans les maladies couvertes;
Existence d'un cadre de concertation entre les différents acteurs (prestataires de soins et mutualistes) ;	Analphabétisme des membres de mutuelles de santé
Possibilités de synergie avec d'autres acteurs de développement notamment les Groupements Villageois d'Epargnes et de Crédits et autres systèmes de micro crédits locaux.	Insuffisance d'appui technique en matière de gestion et de contrôle
Forte motivation et engagement des élus et du personnel des mutuelles ;	Pauvreté récurrente des adhérents de mutuelles de santé
Choix démocratique des membres et Responsables des organes de la mutuelle (CA et CC)	La méfiance des prestataires de soins à l'égard des mutuelles au regard des impayés (cas général)
Tenue régulières des Assemblées Générales ;	Inexistence d'un fonds de garantie pour les mutuelles (à mettre en place par l'Etat avec l'appui des PTF).
Bonne structuration des organes (C/A, C/C et Gérance distincts avec les cahiers de charges précis) ;	Absence de sensibilisation et de communication autour des comportements à risques et la prévention des maladies
Reconnaissance officielle et existence d'infrastructures équipées (siège) pour les mutuelles de santé	
Mise en union (réseau) des mutuelles au niveau	

régional ou départemental	
Bon fonctionnement des organes (Tenue régulières des réunions mensuelles du C/A et de contrôle de C/C...)	
Assistance d'un médecin -conseils	
Renforcement continu et diversifié des capacités des élus et agents des mutuelles : formation en marketing social ; formation en gestion des risque, formation comptabilité et gestion, informatique...	
Existence d'un « bon » réseau de relais communautaire à la base : les mutualistes volontaires.	

Opportunités	Menaces
Existence de partenaires au développement intéressés par la promotion et le développement de mutuelle de santé et la protection sociale	Inexistence, Eloignement des centres de santé ou formations sanitaires (formations sanitaires, officines, etc.) de certaines localités
Les besoins important en micro assurance existent et ne sont pas encore satisfaits	Irrégularité des réunions du cadre de concertation
Adoption de la loi portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA	Problèmes liés à l'offre des soins : accueil, qualité, couts, sur-prescription etc...
La présence continue dans les régions des ONG d'appui en mutuelle de santé ayant intervenues sur les différents programmes de Louvain Développement	Le caractère volontaire de l'assurance de santé en Afrique de l'Ouest et surtout au Bénin et au Togo, à l'opposé des pays occidentaux, demeure un frein pour le développement des mutuelles de santé. Par ailleurs, il favorise l'anti-sélection fragilisant la viabilité financière sociale des mutuelles de santé
Synergie d'action entre tous les partenaires techniques et financiers intervenant dans la mutuelle de santé et autres secteurs connexes (sécurité alimentaire, autonomisation de la femme, santé, protection des droits de l'enfant, éducation, agriculture, etc.)	Manque de personnel adéquat et qualifié dans les formations sanitaires.
	Rupture fréquente de stocks de médicaments dans les formations sanitaires et dépôts pharmaceutiques

LECONS APPRISES ET ECUEILS A EVITER.

⇒ **Leçons apprises**

• **Sur le plan technique :**

La gestion manuelle d'une mutuelle de santé est convenable au démarrage. Elle permet aux agents et aux élus de se familiariser avec les outils de gestion. Mais l'accroissement du nombre de bénéficiaires s'accompagne d'un accroissement exponentiel de l'information à gérer et de la paperasse. La transition vers l'informatisation de la gestion doit être envisagée dès que possible pour éviter que la mutuelle ne tombe dans la paralysie administrative. Cela a été le cas dans certaines mutuelles qui ont eu beaucoup de difficultés à être à jour quant à l'établissement des cartes d'adhésion et autres documents, créant parfois des dommages importants aux mutualistes. Le chantier d'informatisation devrait donc être envisagé assez précocement et être contenu dans le plan de développement de la mutuelle.

• **Sur le plan du contrôle social et de l'appropriation par les communautés**

Les mutuelles de santé sont avant tout des organisations communautaires autogérées. En tant que telles, elles sont sensées être le plus proches possibles de leur base. Cependant, les besoins de professionnalisation et de viabilité institutionnelle conduisent à un éloignement de la base par les jeux de fusion ou d'unions à des niveaux supérieurs (communes, préfectures, zone sanitaire, région...). Dans ce processus il faut garder à l'esprit la nécessaire communion avec la base en créant aux niveaux inférieurs (villages) des cellules d'animation de la mutuelle et qui assurent aussi le contrôle social. Les deux modèles ne sont pas à opposer mais plutôt à concilier. C'est ce qu'ont su faire LD et ses partenaires en appuyant le développement des cellules mutualistes de base.

• **Du rôle ultérieur des membres des comités d'initiatives après la tenue de l'AGC.**

Les comités d'initiatives sont des organes éphémères créés pour porter le projet de création d'une mutuelle de santé. Ils sont dissouts à l'AGC de la mutuelles pour faire place au Conseil d'administration élu. Se pose alors la question du devenir des membres des CI. Certains auront eu la chance d'être élus dans les organes de la mutuelle qui vient d'être créée. D'autres n'auront pas eu cette chance. Pour certains membres de CI, c'est une question sérieuse. En effet, se retrouver sans plus aucune responsabilité au sein de la communauté et sans aucune raison n'est pas toujours un poids facile à porter. Et le niveau de motivation de certains membres est tel qu'ils souhaitent continuer à travailler pour la mutuelle. Dans le cadre de l'expérience de LD, une solution a été trouvée en la reconversion des anciens membres CI en "mutualistes volontaires", un nouveau statut qui leur permet de continuer à contribuer au développement de la mutuelle et de préserver leur aura.

• **Sur le plan institutionnel :**

L'expérience a montré que le partenariat multipartite dans la mise en œuvre d'un projet comme celui du développement des mutuelles de santé est une approche enrichissante. Mais c'est aussi un chemin semé d'embûches et consommateur de beaucoup d'énergie. En effet, la gestion des aspects institutionnels peut dans certains cas déborder et surplanter celle des aspects purement techniques. Les montages institutionnels et la répartition des

responsabilités entre les différents acteurs de mise en œuvre devrait donc désormais s'inspirer de ces expériences et bien baliser le terrain. En cas de besoin, les acteurs ne devraient pas hésiter à recourir à l'arbitrage de personnes neutres. En effet, dans certains cas d'extrême tension comme on a pu les vivre, la communication directe entre les protagonistes peut s'avérer parfois très difficile, voire impossible. Seule une intermédiation peut alors rapprocher les partenaires sensés collaborer.

⇒ **Écueils à éviter**

Les écueils à éviter peuvent être classés en trois catégories : (1) les dangers imputables au mouvement mutualiste, (2) les pièges liés à l'ingérence de l'État, et (3) les périls liés aux partenaires techniques et financiers.

Les dangers liés au mouvement mutualiste

Il est difficile de trouver l'équilibre entre représentation des mutuelles et contribution financière de chacune. Cet exercice d'équilibrage ne doit toutefois pas engendrer de blocages. Il doit être l'objet d'une réflexion et d'un dialogue permanents. En effet, une mutuelle de santé se construit dans une démarche itérative. Dans le processus de mise en place, les responsables des mutuelles doivent apprendre à dépasser leur intérêt personnel immédiat, et accepter de mettre en avant la force commune résultant du regroupement.

Le Rôle de l'État.

L'État, chargé d'offrir un cadre institutionnel au mouvement mutualiste, pourrait être tenté de s'y substituer dans certaines prises de décision. Il peut être tenté de réduire trop rapidement le nombre d'interlocuteurs, voire de contrôler le mouvement mutualiste. S'il commence à « faire à la place des mutuelles » cela peut générer des conflits au sein des mutuelles ou entre les mutualistes et favoriser le manque d'intérêt aux mutuelles et le retrait massif des adhérents de mutuelles de santé existantes. Ainsi, les attributions et fonctions de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) au Bénin et de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) au Togo pourraient inquiéter.

Les Partenaires techniques et financiers

L'appui des partenaires internationaux est aujourd'hui indispensable au développement du mouvement mutualiste dans les pays africains. Cependant, les modalités d'appui ne doivent pas négliger les questions de développement durable. L'engagement technique et financier des partenaires doit être conçu dans la durée, pour que la mise en réseau de mutuelles de santé devienne fonctionnelle et atteigne ses objectifs. De même, l'équipe responsable de l'union des mutuelles doit être formée et préparée à prendre le relais.

Autres écueils de moindre ampleur :

- ✓ Eviter des effectifs pléthoriques de membres d'organes de gestion des mutuelles
- ✓ Assurer une répartition géographique équilibrée des responsables de mutuelles
- ✓ Garantir le respect de l'équilibre Homme/Femme dans la constitution des organes et des responsables de gestion et de contrôle de mutuelle de santé.

CONCLUSION

Au regard des riches expériences en matière de promotion et de développement mutuelle de santé mises en œuvre par Louvain Coopération et ses partenaires en Afrique de l'Ouest et particulièrement dans certaines régions du Bénin et du Togo, il ressort que l'amélioration des conditions de vie des populations surtout « rurales » passent indubitablement entre autre par le passage à l'échelle, c'est-à-dire à un étendues (couverture de régions plus grandes).

Certains des outils doivent encore être développés et améliorés pour répondre aux normes et standard de l'Organisation Mondiale de la Santé.

En permettant la mise en place d'équipes compétentes et de partenariat solide, Louvain Coopération accélère la constitution d'un capital de connaissances et d'expériences en matière de développement de mutuelles de santé au Bénin et Togo. Ce capital peut être partagé par l'organisation ou d'autres acteurs au travers des formations, de visites ou de stages. La solidarité étant le socle de la mutualisation entre les individus, cette même valeur doit être mise en avant par les promoteurs ou développeurs de mutuelles pour mieux asseoir des regroupements plus forts et viables. Voilà le défi pour la jeune mutualité africaine. Ainsi, toutes les évolutions constatées dans le secteur de mutuelles de santé ces dix dernières années rassurent et ouvrent la voie sur les possibilités de développement futur.

Les gouvernants et les partenaires techniques et financiers sont conviés pour renforcer leur appui à Louvain Coopération et à tous les autres acteurs impliqués afin de parvenir à l'atteinte des Objectifs du Développement Durables (ODD) en matière d'accès aux soins de santé adéquats.

BIBLIOGRAPHIE

⇒ Ouvrages généraux

- *Mieux faire société ensemble : La contribution des Programmes Concertés Pluri-Acteurs à une rénovation du dialogue entre sociétés civiles et pouvoirs publics*, Document de capitalisation
- Graugnard G. et al. *Introduction à la capitalisation d'expérience*, Lyon, CIEDEL, F3E, 2006
- BA Faly Awa, SA Safiétou, *Du terrain au partage : Manuel pour la capitalisation des expériences*, Dakar, IED Afrique, 2007
- Soglohoun, Pascal. *Contribution des Mutuelles de Santé à L'Organisation de la Demande des Services et Soins de Santé en RDC*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc, August 2012.
- *Mise en place de systèmes mutualistes dans deux préfectures de la Région Centrale au Togo*, Formulaire de demande de subvention, Commission Européenne, Février 2008.
- *Loi portant institution du Régime d'assurance maladie universelle en République du Bénin*, Juillet 2013
- Loi n°2011-003 Instituant un régime obligatoire d'Assurance Maladie des Agents Publics et Assimilés au Togo
- *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Bénin 2009-2013*
- *Vers une couverture maladie universelle au Bénin-Réflexions et perspectives*
- *Le RAMU : Prise en charge des indigents, accès universel au soin de santé et réduction des exclusions*
- *Guide d'information et de sensibilisation sur le régime d'assurance universelle-Le RAMU en 10 questions*
- *Soins de santé et mutuelles de santé au Togo « Récits et témoignages »* Louvain Coopération et Plan Togo - 2007
- *Soins de santé et mutuelles de santé au Bénin « Récits et témoignages »* Louvain Coopération - 2007

⇒ Document de travail et de formation consultés

- Yangnenam Jean de la Croix, *Formation sur le concept et le fonctionnement d'une mutuelle de santé: Aide mémoire formation des CI*, Dapaong, 3ASC, mars 2003
- Yangnenam Jean de la Croix, *Formation, recyclage des CMB, des mutuelles volontaires et les garants des mutuelles de santé promues par 3ASC, Aides mémoire des participants*, 3ASC, Dapaong, octobre 2011
- *Séminaire de formation du personnel technique de l'UGP, des ONG 3ASC, GROPERE, ADESCO, RADAR et des gérants des mutuelles de santé du Bénin et du Togo*. Document de formation sur l'élaboration des comptes annuels des mutuelles de santé, 2008
- *KESSLER Albert, STEVENS Ivo*, Atelier « PLAN D'AFFAIRES » Mutuelles de santé au Togo et au Bénin, Sokodé, Mars 2010. Document de travail
- *Lisa II/LcD*, Manuel du participant à la formation des membres des Comités d'Initiatives.
- Bureau international du Travail, Centre international de Développement et de Recherche-2001 « Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé ; Tome 1: Méthodologie »

⇒ Rapport des cadres de concertation

- Rapport Kpendjal, 2012
- Rapport Kpendjal, 2011
- Rapport Tandjoaré, 2011
- Rapport Tone _2011

⇒ Rapports d'Audit

- Rapport audit mutuelle santé GUNN-N-MAN de Kpong au 31 décembre 2012
- Rapport audit mutuelle santé LAAFIA BOAL A au 31 décembre 2012
- Rapport audit mutuelle santé LAAFIA-N-CIE au 31 décembre 2012
- Rapport audit mutuelle santé LAAFIA-N-LI au 31 décembre 2012 3ASC
- Rapport audit mutuelle santé YENDU-N-TOD DE TAMMONGUE au 31 décembre 2012

⇒ Rapports d'évaluation

- ADANDE K ; Christophe ; AGBATHESSOU Emmanuel.-Mise en place de système mutualiste dans deux préfectures de la Région Centrale du TOGO. Rapport d'évaluation décembre 2013.
- Euloge Grégoire VIDEGLA ; Franck Hilaire BETE ; Christophe ALONOMBA.- Evaluation finale du programme sexennal 2008-2013 de Louvain Coopération pour le Développement en Afrique de l'Ouest.
- SOGLOHOUN P. ; HOUNGNONVI J. Akpovi. Evaluation finale du projet appui à la structuration des organes communautaires en matière de santé au Nord TOGO, Région des Savanes. Février 2013.
- SOGLOHOUN P. ; HOUNGNONVI J. Akpovi. Evaluation du projet de prise en charge communautaire des soins de santé dans trois sous préfectures de la région central et des Plateaux au TOGO 11/08/2013.
- TONIN J. Koffi ; GNIMADI G . C. Jérémie.- Vulnérabilité, gestion communautaire de la Santé et protection sociale: Etude de cas dans trios Régions Centrale et les Savanes février 2007.
- Rapport final du projet « Lutte Intégrée pour la Sécurité Alimentaire dans l'Atacora Ouest Phase II (LISAI) du 17 décembre 2013.
- LISA II.- Rapport d'activités tranche trois et quatre ; 12/04/2013 et 06/07/2013
- Louvain Coopération : Rapport final d'évaluation_version finale du 21/11/2012.
- UE Sokodé.- Mise en place du système mutualiste dans deux préfectures de la Région Centrale au TOGO : Rapport d'activités 2010 ; 2011 ; 2012.
- Louvain Coopération au Développement.- rapport d'activités Mono du programme triennal 2011-2013
- Louvain Coopération au Développement.- rapport narratif de 1^{ère} année du triennat (2011)
- Louvain Coopération au Développement.- Programme triennal Mono 2011-2013: rapport narratif de 2^{ième} année du triennat 2012
- Louvain Coopération au Développement.- Rapport narratif année 3 et triennat
- Louvain Coopération au Développement.-Appui à la structuration des organisations communautaires en matière de santé au nord TOGO, Région des Savanes : Rapport d'activités 1^{ière} tranche Janvier 2008- février 2009 ; Rapport d'activités 2009, 2010, 2011, 2012.

SITOGRAFIE

- 1) <http://www.afd-ld.org/~musa/>
- 2) <http://www.louvaincooperation.org/docs/bulletin41.pdf>
- 3) <http://www.racontemoitamutuelle.org>
- 4) <http://www.louvaincooperation.org>
- 5) <http://ramubenin.com>
- 6) <http://www.inam.tg>
- 7) http://www.btcctb.org/files/web/publication/Vers%20la%20couverture%20maladie%20universelle%20au%20B%C3%A9nin_web_1.pdf
- 8) <http://www.beninsante.bj/spip.php?article76>

ANNEXES (en document séparé)