



Direction du Développement et de la Coopération (DDC)- 7F-06649.01

Rapport d'Evaluation de la première phase du projet

Promotion des mutuelles de santé au Tchad


**Cyril Nogier
Mahamat Béchir**

25 septembre 2012
Version finale

Contacts

Swiss TPH 
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Associated Institute of the University of Basel

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Centre Suisse de Santé Internationale
Unité d'Appui aux Systèmes de Santé
Socinstrasse 57
P.O. Box
4002 Basel, Switzerland
www.swisstph.ch

Département fédéral des affaires étrangères
DFAE
Direction du Développement et de la Coopération
DDC
Bureau de la Coopération suisse au Tchad
BP 1102 N'Djamena – Tchad
www.swiss-cooperation.admin.ch/tchad

M. Cyril Nogier
Chef de projet, Economiste de la santé

Mme Petra Winiger
Directrice Résidente Adjointe

T: +41 61 284 86 73
F: +41 61 284 81 01
E-mail: Cyril.nogier@unibas.ch

Tél : +235 22 51 73 14 / +235 22 51 77 16
Fax : +235 22 51 74 16
Email : petra.winiger@sdc.net

Remerciements

Les consultants souhaitent exprimer leur profonde gratitude à toutes les personnes rencontrées au cours de la mission d'évaluation pour leur grande disponibilité, parmi lesquelles les élus des mutuelles de santé, les populations (adhérents et non adhérents des mutuelles de santé), les personnels des formations sanitaires conventionnées, l'administration sanitaire régionale et des districts, les responsables des BELACD, ainsi que tous les partenaires du niveau central dont le Ministère de la santé publique.

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à l'ensemble du personnel du « projet d'Appui aux mutuelles de santé au Tchad » du CPG et des 3 CAM pour leur totale disponibilité et l'excellente organisation des visites de terrain. La mission a été grandement facilitée grâce au support logistique du BuCo de N'Djaména qui est ici remercié.

Les conclusions et recommandations de ce rapport sont de la responsabilité de l'équipe d'évaluation (y compris les possibles erreurs dont celles d'interprétation).

Abréviations

AFD	Agence Française de Développement
AG	Assemblée Générale
AM	Agent Mutualiste
AMKT	Agent Marketing
AURA	Association Union Réflexion Action
BASE	Bureau d'Appui Santé et Environnement
BE	Bureau Exécutif
BELACD	Bureau d'Etudes et de Liaison, d'Action Caritative et de Développement
BUCO	Bureau de la Coopération (Suisse)
CA	Conseil d'Administration
CAM	Cellule d'Appui aux Mutuelles
CCAM	Coordinateur de Cellule d'Appui aux Mutuelles
CEC	Caisse, ou Club, ou Coopérative d'Epargne et de Crédit
CEFEM	Caisse Espoir des Femmes du Moyen Chari
CELIAF	Cellule de Liaison et d'Information des Associations Féminines
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
COSAN	Comité de Santé
COGES	Comité de Gestion (des CECA)
CP	Comité National de Pilotage
CPG	Centre de Promotion et de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CRP	Comité Régional de Pilotage
CS	Centre de Santé
CSSI	Centre de Support en Santé Internationale
CSURV	Conseil de Surveillance
CT	Conseiller Technique
CZR	Chef de Zone de Responsabilité
DDC	Direction du Développement et de la Coopération (Suisse)
DGAS	Direction Générale des Activités Sanitaires
DGASR	Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale
DOSS	Direction de l'Organisation des Services de Santé
DSR	Délégué/Délégation Sanitaire Régional/e
EMF	Etablissement de Microfinance
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FS	Formation Sanitaire
GdT	Gouvernement du Tchad
GO	Groupe Organisé
HD	Hôpital de District
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MCD	Médecin Chef de District
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OP	Organisation Paysanne/de Producteurs
PASST	Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEC	Prise En Charge (des soins par la mutuelle)
PEV	Programme Elargi de Vaccination
P4H	Providing for Health

PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PV	Procès-Verbal
SECADEV	Secours Catholique et Développement
SERFI	Services Financiers
STAM	Services Techniques d'Appui aux mutuelles
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute / Institut Tropical et de Santé Publique Suisse
UCEC	Union des Clubs d'Epargne et de Crédit

Sommaire

Contacts	i
1 Résumé	6
2 Introduction	11
2.1 Bref rappel sur le financement de la santé et l'assurance maladie au Tchad	11
2.2 Objectifs du projet « Promotion des mutuelles de santé du Tchad »	13
2.3 Organisation du projet « Promotion des mutuelles de santé du Tchad »	13
2.4 Objectifs de la mission d'évaluation	14
3 Méthodologie de l'évaluation	16
4 Résultats de la mission d'évaluation	17
4.1 Résultats de l'évaluation des objectifs spécifiques de la mission	17
4.1.1 Contribution des mutuelles de santé à l'augmentation de l'utilisation des services par les populations	17
4.1.2 Contribution des mutuelles de santé à l'amélioration de la qualité des soins	19
4.1.3 Contribution des mutuelles de santé à l'augmentation du financement des formations sanitaires	19
4.1.4 La contribution des mutuelles à la couverture maladie universelle	20
4.1.5 Le fonctionnement des COSAN et COGES	21
4.1.6 Articulation du projet avec les autres mécanismes de financement	22
4.1.7 Prise en compte de l'aspect genre par les mutuelles	23
4.2 Autres résultats de l'évaluation	24
4.2.1 Professionnalisation de la mise en œuvre et gestion des mutuelles	24
4.2.2 Performance des mutuelles appuyées par le projet	26
4.2.3 Perception par les populations	28
4.2.4 Le fonctionnement du CPG, des CAM et l'appui du CIDR	29
4.2.5 La contractualisation	30
4.2.6 Le rôle des BELACD et UNAD	31
5 Evaluation de la pertinence, efficience et durabilité du projet	32
5.1 Pertinence du projet	32
5.2 Efficacité et efficience du projet	33
5.3 Durabilité du projet	34
6 Recommandations pour la deuxième phase	35
6.1 Principales recommandations d'ordre stratégique	35
6.2 Autres recommandations d'ordre stratégique	36
6.3 Principales recommandations opérationnelles	37
6.4 Autres recommandations opérationnelles	38

7	Annexes	40
	Annexe 1 : Résultats attendus du projet « Appui aux mutuelles de santé au Tchad » par sous objectif spécifique	41
	Annexe 2: Calendrier de la mission d'évaluation	42
	Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées	46
	Annexe 4 : Matrice des partenaires dans le secteur de la santé par région	51
	Annexe 5 : Le projet « Appui des mutuelles de santé au Tchad » en quelques dates	52
	Annexe 6 : Indicateurs de performance des mutuelles	54
	Annexe 7 : Analyse des indicateurs de performance des mutuelles	55
	Annexe 8 : Analyse du cadre logique du projet	61
	Annexe 9 : Présentation lors de la réunion de débriefing à N'Djaména le 07.08.2012	67
	Annexe 10 : Documents consultés	74

1 Résumé

Une mission d'évaluation de la phase pilote du projet « Promotion des mutuelles de santé au Tchad » 2010-2012 a été conduite du 21.07 au 08.08.2012 avec comme objectifs, outre la mesure de l'atteinte des résultats attendus, la formulation de recommandations pour la future phase du projet et la contribution des mutuelles à la couverture maladie universelle.

Le projet a pour but de renforcer l'accessibilité financière aux soins de santé primaire et leur qualité à travers l'émergence d'un mouvement mutualiste permettant également le développement des capacités des populations. Le projet repose sur la mise en place d'un service technique professionnel à un niveau interrégional (le centre de promotion et de gestion ou CPG) et dans ses 3 régions d'implantation (Moyen Chari, Logone Oriental et Mayo Kebbi) à travers les cellules d'appui aux mutuelles (CAM) garant de la viabilité des systèmes de micro assurance à travers une gestion financière et des risques professionnelle. Le projet supporte également la mise en place et le suivi de la contractualisation entre mutuelles et formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux) conventionnées.

L'évaluation s'est basée sur une revue de la littérature et des interviews des principales parties prenantes du projet dans les régions de mise en œuvre ainsi qu'au niveau central ou le Ministère de la santé publique (MSP) et les partenaires techniques et financiers (PTF) ont été rencontrés.

Les principaux résultats de la mission d'évaluation sont présentés ci-dessous :

1. **L'approche du projet consiste à appuyer la société civile** qui s'organise pour créer des mutuelles dans des contextes favorables (contexte socio-économique adéquat et formations sanitaires dont la qualité est jugée adéquate). **Le cadre logique du projet a été formulé de façon irréaliste et les résultats attendus sont très ambitieux et non adaptés** au contexte local. L'approche choisie pour la phase pilote (bottom up) apparaît ainsi discutable.
2. **Le projet contribue globalement à l'augmentation de l'utilisation des services de santé par les populations** : dans la majorité des mutuelles les assurés consomment plus de soins que les non assurés dans une proportion variable selon les mutuelles. Aucun mécanisme de prise en charge (PEC) des personnes vulnérables n'a été mis en place par le projet comme attendu. Leur PEC dépend du bon vouloir des responsables des formations sanitaires (FS) en l'absence de programme officiel du Gouvernement du Tchad (GdT). Aucun critère d'indigence n'est spécifié dans les textes en vigueur.
3. **Le projet n'a pas contribué à l'amélioration de la qualité des soins** : les adhérents déclarent constater une dégradation de l'accueil, de la disponibilité en médicaments et en ressources humaines depuis la mise en place des mutuelles.
4. **Le projet contribue partiellement à l'augmentation du financement de la santé** : l'apport financier des mutuelles aux FS (centres de santé) est déjà important (entre 35 et 67% du total des recettes) pour la moitié des mutuelles pour lesquelles les données sont disponibles.
5. **La participation des communautés dans la cogestion des formations sanitaires à travers les comités de santé (COSAN) et comités de gestion (COGES) n'est pas effective** : le fonctionnement effectif de ces comités est très variable selon les FS mais en général limité ce qui ne leur donne pas de réelle influence sur la gouvernance des FS. Il n'y a donc pas de mécanisme institutionnalisé effectif pour que la « voix des usagers » soit prise en compte par les FS et l'administration sanitaire. Les mutuelles instaurent ce type de mécanisme à travers la contractualisation et son suivi (comités de suivi) mais ne sont pas directement responsable du renforcement des COSAN et COGES.

6. **Le projet contribue très peu à la couverture maladie universelle (CMU)** : dans 2 de ses dimensions (services couverts et protection financière) les mutuelles présentent un réel potentiel contributif. Cependant la couverture des populations par les mutuelles (troisième dimension de la CMU) est encore très limitée ce qui fait que leur impact sur la CMU ne peut être que marginal pour le moment.
7. **L'articulation des mutuelles dans l'environnement du financement de la santé** (financement basé sur les résultats (FBR) et gratuité des soins d'urgence notamment) **n'est pas effective**, ces stratégies de financement restant très fragmentées.

Ces résultats doivent être relativisés car les mutuelles n'ont qu'un impact indirect sur l'offre de soins qui dépend directement du MSP et de l'administration sanitaire locale. Les mutuelles ne sont qu'un élément du système sanitaire dans le contexte difficile et aux ressources très limitées du Tchad. De plus la période de mise en œuvre effective du projet est courte (2 ans) pour déjà avoir un impact perceptible dans un contexte où l'offre de soins est insuffisante, le poids de la société civile encore limité et la micro assurance santé largement inconnue.

Les indicateurs de performance disponibles (les données de 13 mutuelles en cours d'exercice ou devant ouvrir d'ici octobre prochain sont analysées) montrent que les résultats des mutuelles sont très variables et souvent préoccupants en termes de viabilité fonctionnelle (taux moyens de pénétration et de recouvrement des cotisations faibles : 13 et 59% respectivement), de viabilité financière (taux de sinistralité trop élevés, > 100%, pour les 2 mutuelles et faible, <55%, pour 3 autres). Finalement l'impact actuel des mutuelles mesuré par le taux de couverture est très limité (à peine 2% de la population des districts d'implantation est couverte soit 18'908 assurés).

L'évaluation des résultats atteints par le projet « Promotion des mutuelles de santé au Tchad » est résumée comme suit :

En termes de pertinence

1. **Le projet contribue à combler l'absence de protection sociale** des populations grâce à la mise en œuvre des mutuelles de santé
2. **Le projet contribue à renforcer les capacités des différents acteurs** à tous les niveaux à travers des formations techniques, formations continues et suivi de la contractualisation
3. **Le projet est cohérent avec la stratégie de la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) et sa politique de santé**, la stratégie de l'Agence française de développement (AFD) au Tchad et les politiques et stratégies de développement du GdT tels que la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé des populations.
4. **Le développement de la contractualisation** est à mettre au crédit du projet : c'est certainement un moyen pouvant être efficace à terme pour améliorer l'offre de soins, rapprocher les populations de l'administration et des FS.
5. **Le projet contribue à la décentralisation du financement de la santé et à l'amélioration de la gestion administrative des centres de santé**

En termes d'efficacité

1. **Des résultats globalement très inférieurs aux attentes.** Résultats atteints partiellement concernant le nombre de mutuelles créées, nombre d'assurés, nombre de produits d'assurance, participation des femmes, existence d'un service technique appuyant les mutuelles, mise en place de la contractualisation et implication des Délégations sanitaires régionales de la santé (DSR) dans son suivi.
2. **L'absence de résultat relatif à la prise en charge des indigents, la création des réseaux régionaux de mutuelles, le transfert des compétences aux ONG BASE**

et SERFI, la création d'une note ministérielle destinée aux délégations sanitaires régionales et portant sur les relations entre les autorités sanitaires déconcentrées, les formations sanitaires conventionnées et les mutuelles de santé.

3. **La mise en place de la contractualisation**, mécanisme nouveau dans les régions du projet, avec des perspectives positives en termes d'impacts sur la demande et l'offre de soins et notamment sur la gestion décentralisée des services de santé.
4. **L'inadaptation du cadre logique au contexte local et à la possibilité de mettre en œuvre des réformes**, la courte période de mise en œuvre du projet, le retard dans la mise en œuvre de la planification initiale expliquent principalement ces résultats.

En termes d'efficience

1. **Le projet est peu efficient** : son budget total correspond à une subvention par assuré de 60 €¹ (en considérant le nombre total des assurés en 2012) soit plus du double de la dépense totale en santé par an. Cependant ce budget tient compte des investissements initiaux (véhicules notamment).
2. **Le budget du projet présente des insuffisances** comme par exemple l'absence de lignes spécifiques pour la communication/promotion/visibilité et le transfert des compétences à d'autres ONG.

En termes de durabilité

1. **Le projet initie des changements importants dans le comportement des acteurs de l'offre et la demande** de soins mais qui ne sont **pas encore durables**
2. **Techniquement le transfert des compétences aux équipes CPG et CAM est encore très incomplet**, et aucune autre entité n'a été mise en capacité pour remplir leur rôle
3. **L'ancrage institutionnel du CPG**, aujourd'hui structure totalement indépendante, **est une condition à la pérennisation des activités**, de même qu'une implantation plus forte des CAM au sein des BELACD ou dans d'autres structures institutionnalisées telles que des associations ou ONG locales.
4. **L'implication de l'administration sanitaire locale (DSR, district et zone de responsabilité) dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et le suivi effectif de la contractualisation** est une autre condition à la durabilité du projet.

La faiblesse des résultats de la phase pilote est due à l'approche choisie pour le développement des mutuelles à partir des organisations de la société civile (bottom up) supportée par un cadre logique non adapté au contexte. Cependant la mission d'évaluation considère que certains aspects clés du projet (développement d'outils, mise en place de la contractualisation, transfert de compétences en cours) sont positifs et constituent une base sur laquelle une extension du projet peut se baser.

Aussi une deuxième phase du projet est recommandée moyennant la réorientation de l'appui à partir du district sanitaire (top down) pour gagner en efficience et augmenter sensiblement le taux de couverture des mutuelles. Ce changement de stratégie doit s'accompagner d'une révision du cadre logique et du montage du projet pour un passage à l'échelle.

¹ 1 CHF = 0.833 € au 24.08.2012

Un certain nombre de recommandations stratégiques et opérationnelles sont formulées dont les plus importantes sont :

Aux bailleurs de fonds

1. **Poursuivre l'appui aux mutuelles de santé** qui est pertinent dans le contexte tchadien et est aligné sur les priorités du MSP et des bailleurs.
2. Insérer le projet dans le PNDS et prévoir ainsi **l'articulation du projet d'appui aux mutuelles avec les autres mécanismes de financement** (gratuité et FBR).
3. **Le futur projet d'appui à l'offre de soins de la DDC** (démarrage prévu en 2013) qui vise à améliorer le fonctionnement du système de santé au niveau du district et notamment celui des FS et de la chaîne de référence **pourrait englober le projet d'appui aux mutuelles qui en deviendrait la composante financement**. Dans ce cas une planification conjointe doit être effectuée avant le démarrage de la deuxième phase du projet d'appui aux mutuelles.
4. La DDC devra s'assurer que **la deuxième phase du projet propose une approche et une planification adaptées au contexte** avec des objectifs et résultats attendus réalistes sur la période de mise en œuvre.

Au Ministère de la Santé Publique

1. **Sur base de la stratégie de contractualisation le MSP doit renforcer le rôle de l'administration sanitaire (DSR, MCD, MZR) afin de faciliter le développement des mutuelles** : amélioration de l'offre, promotion active des mutuelles, suivi de la contractualisation, etc.
2. **Assurer une meilleure communication entre le niveau périphérique et le niveau central** à travers une plus grande implication du point focal « mutuelles » placé auprès de la Direction des Organisations et Services Sanitaires (DOSS)
3. **Améliorer l'offre de soins dans les régions d'implantation du projet** (disponibilité en ressources humaines et en médicaments).
4. **Subventionner les mutuelles** (par exemple sur la base des cotisations reçues des mutualistes) pour stimuler les adhésions et favoriser la prise en charge des indigents.

Au projet

1. **Le rôle et le positionnement de l'agence d'exécution du projet doivent être repensés dans le cadre de la réorientation** proposée de l'approche de la deuxième phase du projet. L'assistance technique permanente doit être mieux répartie entre le niveau central et régional, doit être institutionnalisée pour permettre la pérennisation des activités (plusieurs options sont présentées en dernière partie de ce rapport) et appuyer l'administration sanitaire pour la mise en place des mutuelles.
2. **Réorienter le développement des mutuelles sur la base d'une approche par district sanitaire**, repenser l'organisation du projet et notamment son positionnement institutionnel. Une approche à partir du district (top down) permettrait d'améliorer l'efficacité du projet en augmentant le taux de couverture des mutuelles.
3. **Définir des objectifs réalistes et adaptés au contexte** pour la deuxième phase du projet qui tiennent compte des capacités de mise en œuvre et des réalités tchadiennes.
4. **Capitaliser en début de deuxième phase** avant de lancer d'autres mutuelles : adapter/simplifier les outils existants, définir précisément les responsabilités entre CPG CAM et mutuelles
5. Renforcer la mise en place et le suivi de la contractualisation. S'assurer que les mesures décidées lors de ses comités de suivi sont effectivement mises en œuvre.

6. Renforcer le plaidoyer en faveur de la protection sociale et les mutuelles en particulier au niveau central.

Aux BELACD et UNAD

1. Définir précisément les rôles, responsabilités et résultats attendus de la collaboration future entre projet – UNAD – BELACD. Considérer ainsi la possibilité d’institutionnaliser le CPG au sein des UNAD-BELACD.
2. Revoir les modalités de financement des BELACD (qui ne sont pas en position de préfinancer les activités) par le projet.

2 Introduction

Une mission d'évaluation du projet « promotion des mutuelles de santé au Tchad » s'est déroulée du 21.07 au 08.08.2012. Le projet, d'une durée de 3 ans (2010-2012) et co-financé par la DDC et l'AFD, vise à améliorer l'accessibilité financière des populations et la qualité des soins de santé primaire à travers la mise en place de mutuelles. La professionnalisation de ces systèmes de micro assurance santé, condition de leur viabilité, est assurée par les services techniques d'appui aux mutuelles (STAM) composés des CAM et CPG.

Le contexte du financement de la santé au Tchad est brièvement présenté ci-dessous, ainsi que les objectifs et résultats attendus du projet. Les objectifs et la méthodologie de la mission d'évaluation sont ensuite exposés.

2.1 Bref rappel sur le financement de la santé et l'assurance maladie au Tchad

La Politique nationale de santé (PNS) au Tchad vise à améliorer l'état de santé de la population en dotant le pays d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et soutenu par un système hospitalier performant. Le Plan National de développement sanitaire (PNDS) 2009-2012 a retenu trois objectifs : (i) améliorer l'efficacité du système de santé, (ii) améliorer l'accès au service et la qualité des prestations de soins, (iii) réduire la mortalité et la morbidité liées aux problèmes prioritaires de santé de la population, et particulièrement des mères et des enfants. La PNS s'inscrit directement dans le cadre des Objectifs nationaux du millénaire pour le développement (OMD) et la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP).

Bien que l'amélioration de la santé publique soit une priorité du GdT ce secteur demeure largement sous financé, notamment en comparaison avec les autres pays de la région Afrique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les principaux indicateurs du financement de la santé sont repris dans le tableau 1.

L'Etat ne contribue qu'à hauteur de 25% de la dépense totale de santé (DTS), 75% étant d'origine privée. Les dépenses privées reposent principalement sur les ménages qui en supportent la quasi-totalité (96.7%) du fait notamment du non développement de systèmes de prépaiement (assurantiels). Par ailleurs, en termes de source de financement l'aide extérieure ne représente que 7.9% de la DTS.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de financement de la santé au Tchad et en Afrique en 2010 (source OMS, Global Health Observatory Data Repository)

Indicateurs du financement de la santé	Tchad	Région OMS Afrique
Dépense totale de santé (DTS) en % du PIB	4.5%	6.5%
Dépense du gouvernement dans la santé sur la dépense totale du gouvernement (%)	3.3%	9.6%
DTS en USD courant (en USD international PPP)	31 (8)	82 (157)
Dépense de santé publique (part du gouvernement, en % de DTS)	25%	49.3%
Dépense de santé privée (en % de DTS)	75%	50.7%
Dont Dépense de santé des ménages (paiements directs) dans la dépense de santé privée (en %)	96.7%	61.6%
Dépense de santé provenant de l'aide extérieure (en % de DTS)	7.9%	10.2%

Globalement l'approche du financement de la santé est très fragmentée et les mécanismes existants ne sont pas coordonnés. En outre il manque une politique spécifique supportant l'accès des indigents aux soins de santé primaires. Les principaux mécanismes de financement de la santé mis en place au Tchad sont brièvement présentés ci-dessous.

Les populations à travers le **recouvrement des coûts** financent directement le système de santé et en contrepartie ont un droit de regard sur la gestion des formations sanitaires à travers leur participation dans les comités de santé (COSAN) et leur comité de gestion (COGES). La tarification des actes et des médicaments dans les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif a été harmonisée par le Ministère de la santé publique (MSP) en 2003 (Ministère de la Santé Publique, 2010 : Ministère de la Santé Publique 2012). Une majorité de la population est disposée à payer les soins, mais pas au-delà de 5000 FCA (OMS, 2004). Si le coût des soins de santé au niveau des centres de santé n'atteint pas ce seuil, par contre le coût des soins hospitaliers le dépasse largement. Or le GdT est aujourd'hui en train d'étudier l'extension de la gratuité des soins au niveau des centres de santé, ce qui semble ainsi peu pertinent.

Pour lutter contre les barrières financières qui limitent encore fortement l'accès aux soins la **gratuité des soins d'urgence** au niveau hospitalier (pour un nombre défini de pathologies et couvrant certains médicaments associés) a progressivement été mise en place par le GdT depuis 2007. Aujourd'hui 72 hôpitaux (nationaux, régionaux et de district) reçoivent des subventions dans le cadre de la gratuité des soins d'urgence. En 2011 plus de 200'000 personnes ont bénéficié de ce programme représentant une subvention de 15'000 FCFA par personne². Par ailleurs une étude récente³ montre que ce programme s'est traduit par une augmentation de la fréquentation des services d'urgence mais que notamment du fait de la mauvaise préparation de sa mise en place, de l'inadéquation des ressources (disponibilité en personnel de santé et en médicaments notamment), des insuffisances de la gouvernance des structures sanitaires les résultats sont décevants. De plus le programme n'a pas eu d'impact sur l'accessibilité des plus pauvres (vivant en milieu rural) qui était l'un des objectifs de la mise en place du programme de gratuité des soins d'urgence. Ce programme a cependant contribué à augmenter la fréquentation des hôpitaux de 363'439 patients en 2007 à 777'905 en 2010 et son budget est passé de 6,6 milliards de FCFA à 35,4 milliards de FCFA (Ministère de la santé publique, 2012).

D'autres **programmes de gratuité des soins** existent également pour des groupes particuliers : le programme élargi de vaccination (PEV), la prise en charge du VIH/SIDA, du paludisme et certaines épidémies telles que la tuberculose, l'onchocercose et la lèpre. Tout comme la gratuité des soins d'urgence la performance de ces programmes est relativement faible.

L'**assurance maladie** est très peu développée au Tchad. En effet, le système actuel de sécurité sociale ne couvre aujourd'hui que le secteur formel de l'économie⁴ ; il comprend la caisse nationale de prévoyance sociale⁵ (CNPS) pour le secteur privé et la caisse nationale de retraites du Tchad (CNRT) pour le secteur public. Aucune de ces caisses ne dispose de branche assurance maladie. Il n'existe donc pas de système public national d'assurance maladie. Le recours à une assurance maladie privée ne concernerait qu'environ 50'000 personnes. Quelques rares initiatives d'assurance maladie volontaire (mutuelles de santé) ont été développées dans le passé mais avec une portée très limitée⁶, certains systèmes de

² Entretien avec le coordinateur de l'Unité de gestion de la gratuité des soins d'urgence, 06.08.2012

³ Ministère de la Santé Publique, Evaluation de la gratuite des soins d'urgence au Tchad 2007 – 2010, 2012.

⁴ Le secteur formel comprend les travailleurs du secteur privé, les fonctionnaires de l'Etat et les militaires.

⁵ La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale couvre, pour les travailleurs salariés ainsi qu'à leurs familles, six risques repartis en trois branches qui sont les accidents du travail et maladies professionnelles les allocations familiales et maternité, et le régime de pension de vieillesse, d'invalidité et de décès (UNICEF, 2010).

⁶ UNICEF, 2010.

prépaiement existants ont ainsi été intégrés au projet « promotion des mutuelles de santé » (CS de Gagali et de Bémouli). Par ailleurs, dans le cadre de l'initiative P4H (Providing for Health) pilotée localement par le Ministère du plan en étroite collaboration avec l'UNICEF, la définition d'une stratégie nationale de protection sociale est en cours, et l'un de ses volets concerne plus particulièrement la santé avec pour objectif final l'accès universel aux soins.

A l'instar de nombreux autres pays africains le **financement basé sur les résultats** (FBR)⁷ a été introduit au Tchad. Il s'agit d'un projet pilote de la Banque Mondiale qui a débuté en octobre 2010 et couvre 4 régions (Batha, Guéra, Mandoul et Tandjile) et 8 districts sanitaires⁸ soit 100 centres de santé, 9 hôpitaux et 8 équipes cadres de district. L'objectif du projet FBR est d'apporter un appui financier de 2 USD par an par habitant devant améliorer les ressources à la base de la pyramide sanitaire où les besoins sont les plus importants et pour les personnes les plus vulnérables. Une extension du FBR est à l'étude pour la deuxième phase du projet qui doit débuter en juillet 2013.

2.2 Objectifs du projet « Promotion des mutuelles de santé du Tchad »

Le projet « Promotion des mutuelles de santé du Tchad » vise l'amélioration de l'état de santé des populations des zones d'intervention grâce à une accessibilité financière accrue à des soins de santé dont la qualité est améliorée.

Les trois sous-objectifs spécifiques (SO) suivants sont poursuivis :

- 1. Sous objectif spécifique 1 (SO1). Des organisations mutualistes viables sont en activité**
- 2. Sous-objectif spécifique 2 (SO2). Les mutuelles se sont fédérées en réseaux au niveau des régions et en une Union Mutualiste pour la Zone Soudanienne**
- 3. Sous-objectif spécifique 3 (SO3). La contractualisation entre les mutuelles de santé et les services de santé a contribué à l'amélioration de la qualité des prestations de ces services**

Les résultats attendus à la fin de la phase pilote sont présentés en détail dans l'annexe 1.

2.3 Organisation du projet « Promotion des mutuelles de santé du Tchad »

Le projet est mis en œuvre par une ONG internationale, le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR). Le projet comprend le CPG qui concentre l'expertise technique en matière de gestion de micro assurance maladie (mise en place des mutuelles avec un statut associatif, promotion/communication, gestion des risques, gestion des adhésions, développement et maintien du système d'information, formation technique, etc.) et en gestion de projet. Le Conseiller technique (CT) dirige le CPG qui comprend en outre un coordinateur, un responsable gestion de risque, un responsable marketing/communication, une secrétaire comptable et du personnel de support (chauffeurs et gardiens). Le CPG appuie directement les cellules d'appui aux mutuelles (CAM) chargées du développement et de l'encadrement des mutuelles dans leurs régions respectives.

Les CAM, implantées dans les 3 Bureaux d'Etudes et de Liaison, d'Action Caritative et de Développement (BELACD) de Pala (région du Mayo Kebbi), Sarh (Moyen Chari) et Doba (Logone Oriental) se composent d'un coordinateur, un agent mutualiste et un (ou deux agents) marketing. Les CAM sont financées intégralement par le projet. Elles sont directement en contact avec les populations, accompagnent la création des mutuelles et

⁷ Le financement est de 1.365 milliards de FCFA (hors assistance technique)

⁸ Ati, Oum Hadjer, Melfi, Bitkine, Donomanga, Laï, Koumra et Moïssala

assurent le suivi de leurs activités. CPG et CAM forment les STAM. L'organisation du projet est présentée dans la figure 1.

Au niveau stratégique le projet dispose de 2 instances de pilotage : le comité national de pilotage avec une large représentativité des partenaires techniques et financiers (MSP, bailleurs du projet, Union nationale des associations diocésaines (UNAD) et organisations internationales et nationales telles que l'OMS, etc.) et des comités régionaux de pilotage également très ouverts aux partenaires institutionnels et techniques (Gouvernorat, DSR, MCD, Diocèse, BELACD, ONG locales et internationales, etc.).

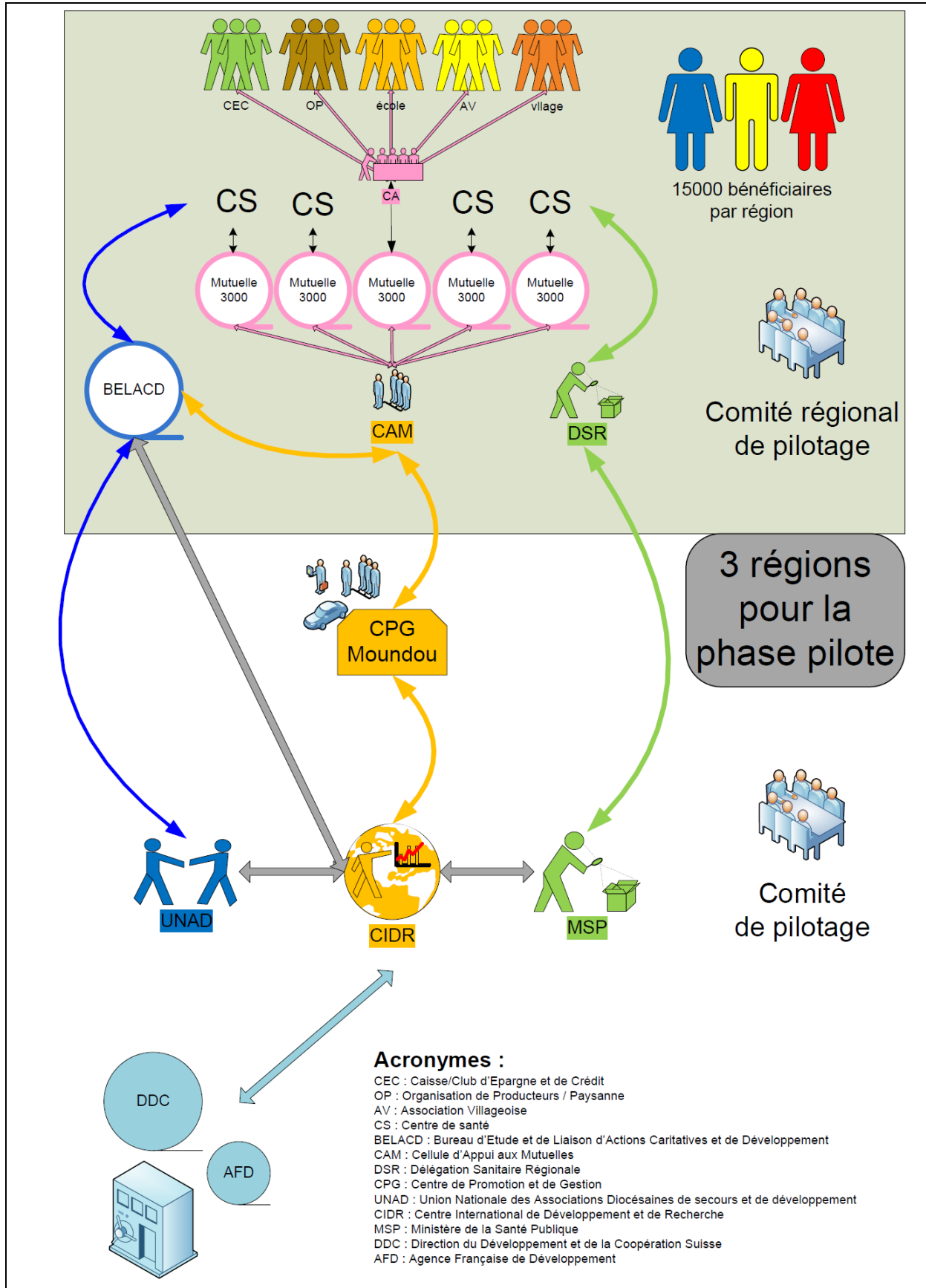
2.4 Objectifs de la mission d'évaluation

L'évaluation porte principalement sur l'atteinte des objectifs du projet avec un intérêt particulier pour :

1. La contribution des mutuelles de santé à l'augmentation de l'utilisation des services de santé par les populations dans les zones d'intervention du projet dont les plus vulnérables
2. La contribution des mutuelles de santé à l'amélioration de la qualité des soins
3. Le potentiel des mutuelles de santé pour augmenter le financement de la santé (mobilisation de ressources additionnelles)
4. La participation effective des communautés et leur rôle dans la co-gestion des formations sanitaires à travers les comités de santé (COSAN) et comités de gestion (COGES)
5. L'intégration des mutuelles de santé dans l'environnement général du financement de la santé au Tchad et la contribution à la couverture universelle.

Enfin, l'évaluation de la mise en œuvre des mutuelles vise plus globalement à orienter l'appui futur de la DDC au projet et plus largement dans le secteur sanitaire. Les partenaires du projet dont le MSP, CIDR, AFD, etc. bénéficieront également des résultats de la mission.

Figure 1 : Organisation du projet (source : CIDR)



3 Méthodologie de l'évaluation

La méthodologie s'est basée sur la collecte des données semi quantitatives avec des questionnaires semi structurés et des données qualitatives avec des entretiens avec un guide de questions ouvertes. Une revue des documents du projet a également été conduite.

La mission a principalement consisté en des entretiens et visites de terrain dans le Sud du pays, les entretiens au niveau central se sont limités à 1.5 jours. Il n'a pas été possible de rencontrer de responsable de SERFI ni celui de BASE. Une revue de la littérature (dont les documents et rapports du MSP et du projet) a également été conduite.

Les groupes d'informants suivants ont été ciblés par l'évaluation (cf. Annexe 2 et 3 pour le calendrier de la mission et la liste des personnes rencontrées):

1. **Au niveau régional** : élus de 7 mutuelles de santé (Laphia Ledji de Gagat, Korenanmess de Doba, Laguenan de Bébédjia, Fizilbo de Bissi Mafou, Djiraibe de Bodo Est, Raakenaa de Maingara, Allaisedji de Bémouli), populations des zones de couverture de ces 7 mutuelles (adhérents, non adhérents et anciens adhérents n'ayant pas recotisé), personnels et responsables des formations sanitaires conventionnées (centres de santé publics (Doba Gaki, Gagat, Bémouli) et privés (Notre Dame de Apôtres Maingara, CS de Bissi Mafou, CS de l'Eglise évangélique du Tchad (EET) de Dobo) et hôpitaux de référence publics (hôpital régional de Sarh, hôpital de Doba) et privé (hôpital St Joseph de Bébédjia), membres des COSAN et COGES (CS de Bissi Mafou, Doba, Gagat et Bémouli), Administration sanitaire décentralisée des 3 régions d'implantation des mutuelles (délégués sanitaires régionaux et médecins chef de districts), direction des 3 BELACD, équipes des 3 CAM et du CPG, équipe de direction de l'Union des Clubs d'Epargne et de Crédit (UCEC) de Pala. Des visites des CS publics (CS Gagat, CS Bémouli) et privés (CS de Bissi Mafou, CS ND des Apôtres de Maingara, CS St Joseph de Bébédjia) et hôpital conventionné (Hôpital de Doba) ont également été réalisées.
2. **Au niveau national** : MSP (Unité de gestion de la gratuité des soins d'urgence (UGGSU), Direction des Organisations et Services Sanitaires (DOSS), Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale (DGASR), bailleurs de fonds du projet (AFD et SDC), partenaire du projet (UNAD), Organisations internationales (UNICEF, OMS, Banque Mondiale) et projets (FBR et PASST/AFD)
3. **Une réunion de débriefing** s'est tenue le dernier jour de la mission (07.08) au BuCo à N'Djaména en présence des principales parties prenantes du projet (cf. annexe 9 pour la présentation).

L'évaluation a été réalisée dans les régions d'intervention du projet : le Mayo-Kebbi Ouest, le Logone oriental et le Moyen Chari et dans le Logone Occidental (où se trouve le CPG) ainsi qu'au niveau central.

Deux consultants (dont un international, chef de mission) ont conduit l'ensemble de la mission qui a bénéficié de l'appui logistique du BuCo et du projet (CPG/CAM) aux niveaux national et régional.

4 Résultats de la mission d'évaluation

4.1 Résultats de l'évaluation des objectifs spécifiques de la mission

4.1.1 Contribution des mutuelles des santé à l'augmentation de l'utilisation des services par les populations

Le **taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires**⁹ (pour les CS) sur le 1^{er} et 2^{ème} exercice des mutuelles est très variable, de 19% à Maïngara (privé) à 143% à Bémouli (privé). Un taux égal à 100% signifie que les bénéficiaires (et non bénéficiaires) visitent une fois par an la FS, en dessus de 100% qu'ils la visitent plus d'une fois par an et en dessous de 100% moins d'une fois par an. Le tableau 2 présente les résultats par mutuelle. Les raisons de l'utilisation (ou non utilisation) des services par les bénéficiaires peuvent être multiples : qualité des soins (dont accueil et disponibilité en médicaments), aléa moral¹⁰, proximité/éloignement de la FS, etc.

Le **taux d'utilisation comparé des services de santé (entre bénéficiaires et non bénéficiaires)**¹¹ montre que dans la plupart des cas (indicateur supérieur à 1) les assurés consomment plus de services de santé que les non assurés.

Ainsi les assurés de la mutuelle de Korenanmess ont recours 1,2 fois plus aux prestations du CS de Doba Gaki que les non assurés alors qu'à Bébédjia les assurés de Laguanan consomment 5 fois moins de soins que les non assurés. Un indicateur supérieur à 1 peut signifier que l'accessibilité financière aux soins est améliorée et que donc les mutuelles de santé offrent une protection financière à leurs adhérents (Ekman, 2004). Cependant ceci peut également indiquer une surconsommation¹² ou des sur prescriptions¹³. Ce dernier cas de figure est confirmé par le travail du médecin conseil en 2012 dans plusieurs mutuelles.

⁹ Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires = (nombre de prestations A prises en charge / nombre moyens de bénéficiaires de la mutuelle) * 100

¹⁰ Les bénéficiaires étant couverts par l'assurance consomment plus de soins que d'ordinaire, de manière à valoriser au maximum les cotisations payées

¹¹ Taux d'utilisation comparé des services de santé = (nombre de prestations accordées aux bénéficiaires / nombre moyens de bénéficiaires de la mutuelle) / (nombre de prestations A accordées aux non bénéficiaires / moyen de non bénéficiaires)

¹² Les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire les services proposés de manière à valoriser au maximum les cotisations versées

¹³ Les prestataires de soins provoquent une augmentation des prestations en prescrivant des soins inutiles sans opposition du patient sachant qu'il est assuré.

Tableau 2: Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires et non bénéficiaires des mutuelles

Région	Mutuelle	Centre de santé affiliation urbain/ rural	Période de calcul	Taux d'utilisation par les bénéficiaires annualisé en % (a)	Taux d'utilisation par les non bénéficiaires annualisé en % (b)	Taux comparé d'utilisation (a/b)
Logone Oriental	Korenanmess Doba	CS Doba (public) urbain	06.02-30.6.2012 (1er exercice en cours)	51,3	42,8	1,2
Logone Oriental	Laguenan "Bébedjia	CS ND (privé) urbain	02.07.2011-31.01.2012 (1er exercice clos)	35,3	207,0	0,2
Moyen Chari	Raakenaa, Sarh (Maingara)	CS Maingara (privé) urbain	08.07.2011-30.06.2012 (1er exercice en cours)	19,3	22,3	0,9
Moyen Chari	Allaïsedji, Bémouli	CS Bémouli (privé) rural	01.01 -31.12.2011 (1er exercice clos)	143,2	4,3	33,6
Mayo Kebbi	Gagal	CS Gagal (public) rural	01.07 -31.12.2011 (1er exercice clos)	79,5	17,2	4,6
Mayo Kebbi	Fizilbo, Bissi Mafou	CS Bissi Mafou (privé) rural	01.07.2011-01.01.2012 (1er exercice clos)	57,5	52,8	1,1

Il n'a pas été possible de mesurer pendant la mission **l'utilisation des services de santé par les populations vulnérables spécifiquement**. Aucune disposition particulière n'existe dans les FS à commencer par des critères précis d'indigence ; les personnes vulnérables sont aujourd'hui prises en charge au cas par cas, sans critère clairement défini et selon le bon vouloir des RCS. Les mutuelles s'adressent à des populations pouvant payer les droits d'adhésion, cotisations individuelles et co-paiement éventuels lors du recours aux prestations sanitaires. De fait les personnes vulnérables sont exclues de l'assurance maladie. Aucune activité du projet n'a été conduite dans ce domaine malgré le dispositif présenté dans le document de projet (réassurance sociale). Le projet a en effet estimé qu'il était prématuré que cohabitent, pour adhérer aux mutuelles, l'obligation de payer une cotisation et la possibilité d'en être exempté pour certains groupes. Il semble non faisable aujourd'hui de financer les cotisations des indigents par une partie des cotisations des adhérents du fait de la fragilité financière actuelle de la plupart des mutuelles.

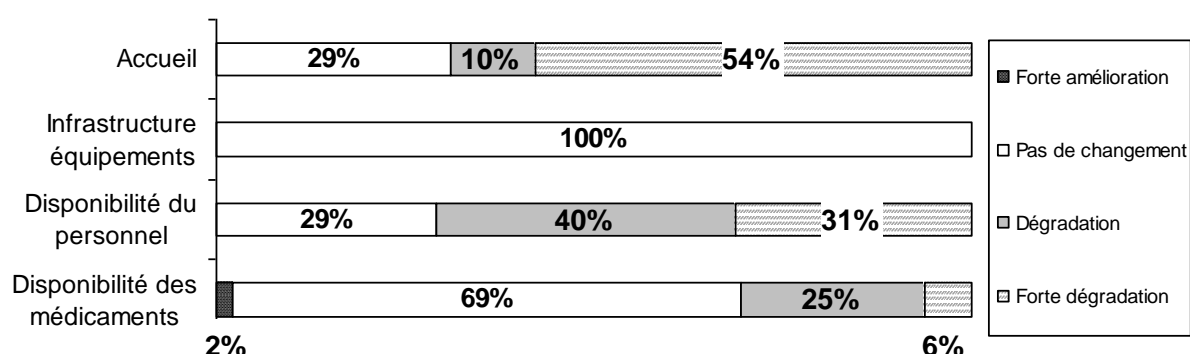
L'accès des indigents aux soins n'est pas une préoccupation particulière des communautés, élus mutualistes, FS (COSAN/COGES) et administration sanitaire locale. Le programme de gratuité des soins d'urgence ne concerne pour l'instant que le niveau de référence, les hôpitaux se trouvant en milieu urbain quand de nombreux indigents vivent en milieu rural. Au cas où la gratuité des soins serait étendue aux CS¹⁴ comme l'étudie actuellement le MSP rien ne garantit que les indigents pourront en bénéficier sauf si des arrangements particuliers sont pris dans ce sens. En effet dans de nombreux contextes l'expérience montre que seuls des programmes ciblés effectivement sur les populations vulnérables sont susceptibles d'améliorer leur accès aux soins, les subventions publiques n'étant pas une garantie suffisante à elles seules comme l'illustrent de nombreuses analyses disponibles de l'incidence du bénéfice (Mathonnat, 2009).

¹⁴ L'introduction de la gratuité des soins au niveau des CS ne semble pas pertinente notamment s'il s'agit d'augmenter l'accès des indigents aux soins (cf. sections 2.1 et 4.1.4).

4.1.2 Contribution des mutuelles de santé à l'amélioration de la qualité des soins

La qualité des soins a été appréhendée indirectement à travers la perception par les utilisateurs (adhérents des mutuelles) de l'impact des mutuelles sur plusieurs éléments constitutifs de la qualité. Selon les mutualistes la mise en place des mutuelles n'a pas apporté de changement sur les infrastructures et équipements (100% des répondants), ni sur la disponibilité en médicaments (69%). Une dégradation (voire une forte dégradation) de l'accueil est citée par 64% des répondants, de la disponibilité du personnel (71%) et de la disponibilité en médicaments (31%). La seule amélioration perçue est celle de la disponibilité en médicaments jugée forte par à peine 2% des répondants (voir figure 2).

Figure 2 : Impact des mutuelles sur plusieurs composantes de la qualité des soins perçue par les bénéficiaires



L'interprétation de ces résultats doit être faite avec précaution à cause de la courte période d'activité des mutuelles et de l'existence possible d'autres facteurs explicatifs. Cependant l'impact sur la quantité de travail des personnels de santé du fait de l'augmentation de la fréquentation des FS, la surcharge administrative représentée par le traitement des dossiers des mutualistes peut jouer sur la qualité des soins. De même la disponibilité des médicaments peut être dégradée si l'approvisionnement en médicaments est défaillant en cas de demande accrue par les clients des FS dans un contexte de ruptures de stocks régulières au niveau des FS périphériques.

L'amélioration de la qualité des soins dépend directement de la gestion des FS sur lesquelles les mutuelles n'ont qu'un impact limité pour l'instant du fait de leur courte période d'activité (à part les systèmes préexistants, Gagat et Bémouli, les autres mutuelles réalisent actuellement au mieux leur deuxième exercice). La contractualisation a déjà permis dans la plupart des FS la mise à disposition d'un « point focal mutuelles » jugée indispensable par les mutuelles et FS, ce qui devrait se traduire d'ici un certain temps par une satisfaction accrue des adhérents. L'administration sanitaire a un rôle clé pour améliorer le niveau des prestations de l'offre de soins qu'elle commence peu à peu à jouer (cf. section 4.2.5 contractualisation).

4.1.3 Contribution des mutuelles de santé à l'augmentation du financement des formations sanitaires

L'amélioration de l'utilisation des FS par les mutualistes devrait se traduire par une augmentation des recettes des FS (si la consommation des non assurés reste stable). Il n'a

pas été possible de mesurer l'augmentation des recettes depuis la création des mutuelles (qui peut être due également à des facteurs externes).

La part des mutuelles dans les recettes des FS a été calculée et ne montre pas de différence forte entre structures publiques et privées. La part des mutuelles dans les recettes des FS varie de 19 à 58% pour les CS publics et de 5% à 67% pour les CS privés. Les mutuelles pour lesquelles ce ratio est faible sont celles dont les assurés montrent un taux d'utilisation faible des FS (Maingara et Bébédjia) tandis que celles dont les assurés ont un taux d'utilisation élevé des FS représentent un poids important dans le revenu des FS. Ainsi les mutuelles (Bémouli, Galal) devraient être en capacité de négocier avec les responsables des FS pour mieux faire prendre en compte leurs préoccupations et notamment améliorer la qualité des soins. La localisation des FS, urbaine ou rurale, et la possibilité de recourir à d'autre FS (non conventionnées) pour les adhérents non satisfaits sont également à considérer pour expliquer le poids des mutuelles sur les FS. Les limites de la qualité des données disponibles sont également à considérer ici.

Au niveau hospitalier où les mutualistes référés ne représentent qu'une très faible part du total des usagers de la FS (entre 0 et 1,7%) ce ratio a moins de sens. La capacité de négociation des mutuelles sur les hôpitaux semble donc faible alors que la satisfaction des mutualistes sur leur prise en charge en cas de référence est souvent déterminante dans leur décision d'adhérer.

Tableau 3: Apport financier des mutuelles aux prestataires de soins conventionnés

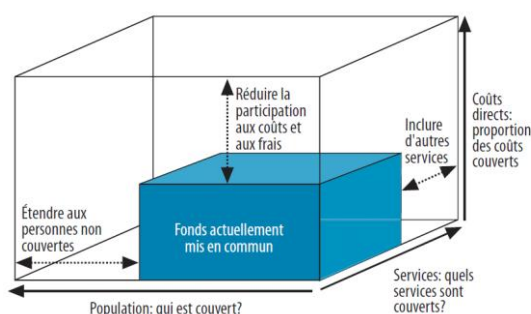
Mutuelle	Formation Sanitaire (CS)	Affiliation de la formation sanitaire	Formation Sanitaire (hôpital de référence)	Affiliation de la formation sanitaire	Ratio 1 (%)	Ratio 2 (%)	Remarque
Korenanmess	CS Doba	Public	H. St Joseph Bebidja	privé (BELACD)	19,1	0,1	1er exercice (en cours)
Laguenan	CS Notre Dame	privé (BELACD)	H. St Joseph Bebidja	privé (BELACD)	5,5	0,7	1er exercice (clos)
Raakenaa	CS ND Apotres	privé (BELACD)	HR Sarh	Public	34,7	NA	1er exercice (en cours)
Allaisedji*	SC Croix de Malte	privé (BELACD)	Sans reference	NA	67.4	NA	2eme exercice (en cours)**
Fizilbo	CS Bissi Mafou	privé (BELACD)	HR Pala	Public	8.2	1	1er exercice (clos)
Laphia Ledji*	CS Galal	Public	HR Pala	Public	57.9	NA	2eme exercice (en cours)**

* mutuelles pré-existantes, **2eme exercice avec l'accompagnement du projet

4.1.4 La contribution des mutuelles à la couverture maladie universelle

La contribution du projet à la couverture maladie universelle peut être analysée sous les 3 dimensions de la CMU comme le montre la figure 3.

Figure 3 : les trois dimensions de la couverture universelle maladie (OMS,2010)



En termes de **population couverte** : le taux de couverture des mutuelles est aujourd'hui très faible (à peine 2% au niveau du district) et seul un changement d'approche de leur développement (basé sur le district et non plus les groupes organisés (GO) dans des contextes les plus favorables) pourrait augmenter le nombre des bénéficiaires. Les mutuelles n'ont pas vocation à assurer toutes seules la couverture maladie de l'ensemble de la population (le Rwanda où dans certaines régions 100% de la population est couverte par des mutuelles à adhésion obligatoire est un cas très particulier).

En termes de **services couverts** : les garanties offertes par les mutuelles (qui sont globalement identiques) couvrent au niveau des CS la majorité du paquet minimum d'activités (PMA) à l'exception des maladies chroniques (sauf en cas de crise) et complètent ainsi les programmes nationaux (tels que la lutte contre le VIH/SIDA, lutte contre le paludisme, etc.) qui fournissent en théorie au moins une partie des soins gratuitement. Les mutuelles rurales couvrent le transport à l'hôpital de référence en cas d'urgence (évacuation) mais l'effectivité de cette prestation reste aléatoire compte tenu du nombre réduit d'ambulances disponibles ; les mutuelles urbaines n'offrant généralement pas cette garantie (sauf cas particuliers de Sarh et Doba).

Au niveau hospitalier les garanties couvrent une large partie du paquet complémentaire d'activités (PCA) : globalement sont exclues les maladies chroniques et interventions chirurgicales programmées. Les mutuelles prennent en charge les hospitalisations suite aux urgences médicochirurgicales après le troisième jour d'hospitalisation et complètent donc le programme de gratuité des soins d'urgence dont la PEC est limitée à 3 jours. Si le programme de gratuité des soins d'urgence n'est pas effectif (rupture de stocks de médicaments par exemple) la mutuelle n'intervient pas ce qui limite ainsi ses dépenses opérationnelles. Celles-ci pourraient rapidement déraper au cas contraire pour des mutuelles dont les adhérents ont un recours important à l'hôpital de référence pour des pathologies rentrant dans le cadre de la gratuité de soins d'urgence.

En termes de **coûts directs couverts** il semble qu'une certaine protection financière soit offerte aux mutualistes si l'on considère leur taux d'utilisation des FS (et le taux comparé mutualistes non mutualistes) qui est le seul Proxy disponible en l'absence d'étude spécifique.

Finalement les mutuelles pourraient sur le moyen terme permettre de progresser vers une CMU sur au moins deux de ses dimensions (services et coûts directs couverts) ; la grande limitation actuelle des mutuelles étant leur très faible taux de couverture des populations ce qui réduit considérablement leur impact. Une approche sur la base du district, comme recommandée plus loin, semble la seule pertinente pour élargir le taux de couverture des mutuelles.

4.1.5 Le fonctionnement des COSAN et COGES

Le fonctionnement effectif des COSAN/COGES est très variable selon les FS. Même si les COSAN (et COGES pour les CS publics) existent dans toutes les FS visitées la tenue des réunions statutaires est aléatoire rendant leur réelle influence sur la gouvernance des FS très limitée d'autant plus que les membres des COSAN / COGES ne sont pas formés, ne connaissent pas toujours leur rôle et montrent parfois peu de considération pour leur fonction. Dans ces cas le CS est directement géré par le RCS (en théorie il n'est que conseiller des COSAN) ce qui laisse libre cours à de nombreuses pratiques illicites étant donné le manque d'activités de suivi-supervision¹⁵ effectuées par le district sanitaire (médecin chef de district (MCD) ou chef de zone de responsabilité (CZR) et de sanctions en découlant. Par exemple le COSAN du CS de Gagaj ne s'était pas réuni durant les 10 dernières années jusqu'à sa récente réorganisation impulsée par le MCD avec l'arrivée d'une nouvelle équipe suite à la difficile éviction du précédent président. De plus certains personnels des FS sont membres des COGES ce qui ne fait que renforcer leur emprise dans

¹⁵ Les supervisions semblent limitées à certains programmes verticaux dont le PEV

le cas de pratiques illicites. Il semble que le contrôle et le poids de la communauté soient faibles car les populations, clients potentiels des FS, ne veulent pas « se fâcher » avec des personnels de santé qu'elles auront à consulter tôt ou tard et dont peut dépendre la vie de leurs familles.

Les membres des COSAN/COGES interviennent dans les relations du CS avec les mutuelles (établissement des factures et suivi des paiements notamment) et peuvent avoir un rôle clé dans l'approvisionnement en médicaments (même si de nombreux facteurs sont hors de leur portée comme la disponibilité des médicaments au niveau régional ou national) et le recrutement et la motivation du personnel des CS (les nouveaux membres du COSAN du CS de Gagal viennent par exemple de lancer un avis de recrutement).

L'amélioration de la gouvernance des FS dépend directement de l'administration sanitaire et indirectement des mutuelles. Celles-ci au cours des comités de suivi de la contractualisation peuvent exposer les défaillances des FS devant leur hiérarchie. Même si ce n'est pas son rôle premier le projet pourrait contribuer à former en gestion de médicaments les membres des COSAN/COGES.

4.1.6 Articulation du projet avec les autres mécanismes de financement

Les approches actuelles du financement de la santé au Tchad sont fragmentées et du fait du caractère pilote de celles-ci (mutuelles et FBR) et de leur zone géographique de mise en œuvre aucune activité de collaboration n'a encore été initiée entre celles-ci.

Le projet FBR est, tout comme les mutuelles, une agence d'achat de prestations sanitaires, les performances des prestataires donnant lieu au paiement d'une prime selon un contrat avec des critères définis par avance. Une différence majeure dans le 1^{er} mécanisme est notamment le rôle très important de l'équipe cadre du district qui est contractualisée (comme les FS) pour la supervision des CS et la vérification de ses résultats est réalisée par la DOSS et l'agence d'achat des prestations. L'administration sanitaire joue ainsi un rôle de régulation, suivi et vérification. Un résultat du FBR rapidement atteint dans certains des CS est l'amélioration de la qualité grâce à l'embauche de personnel infirmier. Ceci présente un intérêt certain pour l'implantation des futures mutuelles dans ces mêmes districts (Moïssala et Koumra dans le Mandoul), la qualité des soins étant une précondition à la sélection des FS par les mutuelles.

De plus, l'expérience de la contractualisation dans le cadre du FBR des FS et de l'administration sanitaire devrait également faciliter celle à mettre en place dans le cadre des mutuelles. Il pourrait ainsi être envisagé à l'instar du FBR d'inclure des critères qualité (respect des ordinogrammes, présentation des factures, disponibilité en médicaments) dans le remboursement des prestations fournies aux mutualistes. Ceci constituerait des incitations à l'amélioration des prestations par les personnels des FS, qui n'existe pas encore pour les mutuelles. La définition des prestations prises en charge par chacun des mécanismes de financement et le niveau de rémunérations des prestations devraient être harmonisés.

Dans le futur il pourrait être envisagé d'utiliser les mutuelles comme agences d'achat dans le FBR, de faire prendre en charge les prestations pour les indigents par le FBR (finançant par exemple un fonds d'équité), etc. Des études ultérieures pourraient préciser des modalités d'articulation (possibilité de « pooler » les fonds venant des cotisations des adhérents et du financement des bailleurs pour le FBR par exemple). Un montage institutionnel adapté au niveau de développement de ces deux stratégies devra être mis en place si le GdT souhaite mieux articuler ces 2 mécanismes.

En théorie les mutuelles viennent compléter les prestations hospitalières du programme de gratuité des soins d'urgence. Cependant ses difficultés de fonctionnement de ce programme perturbent le développement des mutuelles. Les messages sont confus pour les mutualistes qui ne savent pas ce qui relève de la gratuité et ce qui est pris en charge par la mutuelle, l'indisponibilité chronique en médicaments d'urgence oblige les patients à acheter hors de

l'hôpital, les hôpitaux facturent parfois aux mutuelles des prestations faisant en théorie l'objet du programme de gratuité, etc. Si certains dysfonctionnements peuvent être réglés par les parties prenantes aux comités de suivi de la contractualisation du projet, l'amélioration des pratiques ne pourra être obtenue qu'à travers une supervision accrue du MSP/DSR et l'exercice de son autorité administrative. Tout comme la mise à disposition des ressources nécessaires au bon fonctionnement du programme de gratuité des soins (personnel et médicaments) dépend en grande partie du niveau central.

Par ailleurs le développement des mutuelles doit également être articulé avec les autres initiatives des partenaires de l'offre de soins. A cet effet une matrice des intervenants dans les régions du Logone Oriental et Moyen Chari figure en annexe 4.

4.1.7 Prise en compte de l'aspect genre par les mutuelles

La prise en compte de l'aspect genre est illustrée par la participation des femmes aux instances de direction des mutuelles et leur part en tant que bénéficiaires des mutuelles.

Les femmes représentent 30% du total des élus mutualistes (des conseils d'administration, bureaux exécutifs et conseils de surveillance¹⁶) des 7 mutuelles visitées, certaines mutuelles comptant une majorité de femmes (Raakenaa de Maïngara car parmi les GO se trouve des groupements de femmes) dans les différentes instances de gouvernance des associations, d'autres n'en comptant aucune (Allaïssedji de Bémouli).

Tableau 4 : Nombre de postes d'élus mutualistes occupés par des femmes (hors assemblée Générale)

Mutuelles	Conseil Administration (CA)	Bureau Exécutif (BE)	Conseil de Surveillance (CSUR)	Nombre total de fonctions	% de femmes
Laphialedji, Gagat	4	2	0	19	32
Fizilbo, Bissi Mafou	2	1	0	19	16
Laguenan, Bébédjia	2	2	0	17	23
Korenanmess, Doba	5	3	1	19	47
Allaïssedji, Bémouli	0	0	0	19	0
Raakenna, Maïngara	6	3	2	19	58
Djiraibe, Bodo Est	4	1	1	19	31
Total	23	12	4	131	30

Fin 2011 24% des dirigeants (dont les membres de l'AG en plus des CA, BE, CSUR inclus précédemment) des mutuelles existantes et en cours de création étaient des femmes (rapport annuel d'activités du projet 2011, mai 2012).

Les femmes représentent au moins 50% des bénéficiaires dans les mutuelles pour lesquelles les données sont disponibles ; le sous-groupe de femmes en âge de procréer (15-45 ans inclus) compte pour un quart du total des bénéficiaires. La prise en compte du genre n'a été que partiellement prise en compte par le du projet car aucun produit d'assurance spécifique pour les femmes en âge de procréer n'a été mis en place (résultat attendu de la phase pilote).

Le taux des bénéficiaires femmes en âge de procréer doit être rapproché de la part des femmes en âge de procréer dans la population cible des mutuelles. Selon le projet à fin 2011 7% des femmes en âge de procréer de la population cible sont assurées par l'une des 5 mutuelles (Laphia Ledji de Gagat, Fizilbo de Bissi Mafou, Laguenan de Bébédjia et Raakenaa de Maïngara).

¹⁶ Aussi appelés comités de contrôle

Il n'est pas très étonnant que les femmes représentent la majorité des bénéficiaires. En effet les ménages assurent en priorité les femmes et les enfants, au détriment des adultes hommes, car ce sont les personnes les plus susceptibles d'être malades comme l'ont confirmé les entretiens avec les bénéficiaires.

Tableau 5 : Part des femmes parmi les bénéficiaires des mutuelles

Indicateurs	Période considérée	Bénéficiaires femmes	% parmi les bénéficiaires	Bénéficiaires femmes en âge de procréer	% parmi les bénéficiaires
Laguenan, Bébédjia	Exercice en cours* (2012)	259	52%	120	24%
Korenanmess, Doba	Exercice en cours (2012)	1'453	52%	602	21%
Djiraibe, Bodo Est	Exercice en cours* (2012)	346	50%	159	23%
Raakenaa, Maingara	Exercice 2011 toujours en cours	990	61%	336	21%
Allaïssedji, Bémouli	Exercice en cours (2012)	4'292	52%	1'495	18%
Total	Exercices en cours (2012)	7'340	53%	2'712	21%

* : période de cotisation encore ouverte,

Par ailleurs, le projet emploie 5 femmes (une secrétaire comptable au CPG, un agent marketing et un agent mutualiste à la CAM de Doba, un agent marketing à la CAM de Sarh, un agent marketing à la CAM de Pala) mais aucune n'occupe un poste de responsabilité (coordinateur de CAM ou responsable de domaine technique au CPG).

4.2 Autres résultats de l'évaluation

4.2.1 Professionnalisation de la mise en œuvre et gestion des mutuelles

La force du projet repose indiscutablement sur l'approche choisie de mise en place d'une gestion professionnelle des activités de micro assurance maladie dès le démarrage de ses activités dont l'objectif est d'assurer la viabilité des structures chargées de l'accompagnement des mutuelles (STAM) et des mutuelles elles-mêmes.

Les STAM disposent dès à présent de compétences techniques uniques dans le pays (mis à part dans les systèmes privés d'assurance). Cependant celles-ci sont encore principalement localisées au niveau du CPG car la professionnalisation des CAM n'est pas complète. En conséquence les résultats atteints sont encore très fragiles et à l'issue de la phase pilote du projet la pérennisation des activités très incertaine.

Les compétences techniques sont relatives à tous les domaines de la mise en place des mutuelles [accompagnement dans la création d'associations (statut juridique actuel des mutuelles au Tchad) et à leur organisation et gouvernance] et dans le suivi de leurs activités (gestion des adhésions, des cotisations et des prestations, suivi régulier des risques, etc.).

Le projet a développé de nombreux guides, outils et protocoles qui ont été ou sont en cours d'adaptation après une première utilisation sur le terrain (par exemple les procédures de collecte et suivi des adhésions, fiche d'adhésion, etc.) mais qui restent souvent trop compliqués pour leurs utilisateurs (personnel des CAM).

Le CPG a également développé un système d'information de gestion (SIG) relativement sophistiqué (sur Excel dans l'attente d'un outil conçu par le CIDR) pour gérer les adhésions et les prestations. Ces outils devraient être également simplifiés pour pouvoir être compris et utilisés par les CAM afin de satisfaire leurs besoins de suivi et pilotage des mutuelles, de la contractualisation, etc. Se pose également la question de mise à jour des bases de données

entre les CAM et la CPG (dans les 2 sens) du fait de la distance entre les structures et de la quasi absence d'Internet fonctionnel dans les régions.

Le CPG suit particulièrement les coûts moyens des prestations et les fréquences moyennes de recours dans les FS pour chaque mutuelle pour éviter tout dérapage financier. Celui-ci dépend aussi de la gestion des CS encore insuffisante et du suivi de la contractualisation par le projet encore sous optimal (cf. section 4.2.5 Contractualisation). De plus le suivi financier des mutuelles (journal des opérations, bilan de l'exercice, compte d'exploitation) n'est pas encore systématiquement réalisé par les CAM. Au final le suivi par les CPG/CAM n'a pas encore permis d'assurer la viabilité des mutuelles (cf. section 4.2.2 Performance de mutuelles), ce qui n'est pas surprenant au vu de la courte période de mise en œuvre du projet.

Par ailleurs l'appui professionnel du projet à la constitution de mutuelles sur la base d'organisations de la société civiles existantes (GO tels que des groupements de femmes ou les villages) est positif particulièrement dans un contexte où des expériences passées ont laissé de mauvais souvenirs aux populations qui sont réticentes à participer financièrement à un nouveau projet. Par exemple le projet a mis en place des procédures pour la gestion des adhésions (fiche d'adhésion) et la sécurisation des fonds collectés (droits d'adhésion et cotisations). Le projet est intervenu à plusieurs reprises pour solutionner les détournements de cotisations et autres malversations dans plusieurs mutuelles ce qui permet de maintenir la confiance des populations dans les mutuelles et de les rassurer ainsi que les CS et autorités sur le professionnalisme des STAM.

Plus généralement le projet forme - et assure un suivi rapproché - des membres élus des mutuelles à une gouvernance améliorée mais les résultats sont encore insuffisants (en termes de tenue des documents financiers, des réunions statutaires et élaboration des procès-verbaux (PV), etc.). Le contexte national de faible organisation de la société civile et de ses capacités limitées influe directement sur le niveau de performance des élus mutualistes même si ceux-ci ont généralement eu des expériences préalables de fonctions électives dans d'autres GO. Ceci traduit en outre une limite de la gestion bénévole de ces organisations (cependant base du mouvement mutualiste). Le projet bénéficie également de l'image positive des BELACD qui est un gage de sérieux et de confiance pour les populations

Le CPG produit régulièrement de nombreux documents et rapports ce qui permet de suivre les activités du projet et le niveau des réalisations. Il s'agit notamment des contrats de contractualisation entre mutuelle et prestataires de soins, rapports financiers, PV de suivi de la contractualisation par région ou par mutuelle, rapports du médecin conseil, rapport technique mensuel et semestriel par mutuelle, etc. Certains de ces rapports sont très techniques et leur utilité en est donc discutable comme par exemple les notes du CT ou le rapport technique des mutuelles. Il semble important d'adapter ces rapports (à l'instar des outils et guides) à leurs destinataires en considérant leur niveau actuel de compétences techniques.

Globalement si les outils existent leur utilisation n'est pas encore systématisée selon des protocoles établis certainement par manque de coordination au niveau du CPG, des CAM et entre ces deux structures. Le transfert incomplet des compétences techniques du CPG aux CAM explique également cela. Ceci se traduit par exemple par le fait que le CPG intervient dans des domaines que les CAM devraient être capables de prendre en charge seuls: suivi financier des mutuelles, participation au AG constitutive des mutuelles, etc. Un domaine crucial où le CPG doit renforcer les compétences des CAM est la contractualisation tant dans l'élaboration des contrats que dans leur suivi régulier. Le projet définit en ce moment la répartition des responsabilités entre CPG et CAM et mutuelles ce qui devrait faciliter la poursuite du développement des mutuelles.

Si le transfert des compétences est en bonne voie entre CPG et CAM il est quasiment inexistant avec les 2 ONG (BASE et SERFI) initialement pré senties pour accompagner le développement des mutuelles. Seule BASE a participé à un séminaire de formation et au

comité national de pilotage en 2011 et a envoyé son « point focal mutuelles » se former en France au siège du CIDR (à ses frais) en 2011. Quelques pistes de collaboration avec BASE ont été évoquées mais sans mise en œuvre effective. Aucune activité n'a été menée avec SERFI. Il est à noter qu'aucune activité spécifique avec BASE et SERFI n'a été prévue dans le budget du projet.

4.2.2 Performance des mutuelles appuyées par le projet

L'appréciation de la performance est réalisée en utilisant les indicateurs du BIT/CIDR¹⁷ relatifs à la viabilité administrative, viabilité fonctionnelle (taux de pénétration, taux de recouvrement des cotisations) viabilité financière (ratio de sinistralité), efficacité (taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires, taux d'utilisation comparé des services de santé) et impact (taux de couverture, apport financier des mutuelles aux prestataires de soins). Le détail du mode de calcul de ces indicateurs figure en annexe 5.

Ces indicateurs ont pu être calculés grâce aux données du SIG du projet et des statistiques des formations sanitaires et de la Délégation régionale de la santé du Logone Oriental.

Certains indicateurs présentent les limites de couvrir de courtes périodes (les mutuelles sont récentes -elles n'en sont qu'au maximum à leur deuxième exercice avec le support du projet- et ont eu en général des exercices courts, en moyenne de 9 mois) et d'utiliser des données de qualité incertaine (particulièrement les recettes des formations sanitaires entachées par des pratiques illicites assez répandues des personnels).

Pour la plupart des mutuelles actives en 2012 (9 sur 13) la période de paiement des cotisations était encore ouverte au passage de la mission. En conséquence les indicateurs de performance (taux de pénétration et de couverture notamment) sont certainement sous-estimés. De même il n'a pas été tenu compte ici des mutuelles (5 à Pala, 1 à Doba) dont le nombre d'inscrits et bénéficiaires était très faible et dont l'ouverture effective est incertaine d'ici fin 2012.

La performance moyenne des mutuelles (13 mutuelles appuyées en 2012) peut être résumée comme suit (tableau 6):

- **Viabilité administrative** : outils existants mais non systématiquement utilisés par les mutuelles et STAM
- **Viabilité fonctionnelle** : taux de pénétration faible (13%) résultant d'un faible nombre d'assurés (1,454 en moyenne, mais 10 mutuelles sur 13 ont moins de 800 assurés), taux de recouvrement des cotisations faible (59%).
- **Viabilité financière** : taux de sinistralité trop faible (<55% pour 3 mutuelles), correct pour 1 mutuelles (72%) et trop élevé pour 2 mutuelles (>100%). Ce ratio indique également si le montant des cotisations est bien positionné.
- **Efficacité** : taux d'utilisation des mutuelles par les bénéficiaires compris entre 35 et 143% (100% indique que les assurés effectuent une visite par an à la FS) et taux comparé assurés non assurés supérieur à 1 pour 4 mutuelles (un taux >1 indique que les assurés consomment plus de soins que les non assurés)
- **Impact** : taux de couverture très faible (à peine 2% au niveau du district), apport financier des mutuelles aux FS des mutuelles > 35% des recettes totales des FS pour 3 mutuelles sur 6

La situation des mutuelles est très contrastée comme le montre la grande variation des indicateurs de performance. Les deux systèmes pré existants ont le plus grand nombre d'assurés mais présentent des taux de sinistralité trop élevés pour être viables sans appui du

¹⁷ Guide de suivi évaluation des systèmes de micro assurance santé. Tome 1 Méthodologie. Tome 2 Indications pratiques. Programme STEP/BIT et CIDR. 2001

fonds de réassurance. L'impact en termes de couverture est encore très faible mais l'apport financier des mutualistes aux formations sanitaires permet d'envisager un levier pour que les besoins des populations soient mieux pris en compte par les prestataires.

Ces résultats peuvent être dus à de nombreuses raisons internes et externes au projet et doivent être analysées. Une étude sur les déterminants de l'adhésion vient d'être lancée par le projet. Les autres difficultés dans le développement des mutuelles doivent aussi être comprises et des actions correctrices apportées. Ainsi une réflexion sur la stratégie de développement des mutuelles est à conduire avant de multiplier les nouvelles créations.

Il faut cependant tenir compte de la courte durée d'accompagnement des mutuelles (à peine 2 ans effectifs, cf. annexe 6 pour les principales dates du projet) par le projet et de la complexité de toute activité de développement de micro assurance santé dans un contexte encore vierge. Il semble ainsi que le développement futur des mutuelles repose sur l'effet de démonstration afin de renforcer la confiance aux populations et expliquer l'intérêt de l'assurance maladie.

Une analyse plus détaillée de ces indicateurs de performance est présentée en annexe 7.

Tableau 6: Indicateurs de performance des mutuelles appuyées

Catégorie de l'indicateur	Indicateurs	Résultats Valeur moyenne (gamme)	Commentaires
Viabilité administrative	1. Existence d'outils pour la gestion des adhésions, du suivi des prestations, suivi comptable et financier des mutuelles, etc. 2. Utilisation de ces outils	Outils existants mais non systématiquement utilisés, mise à jour irrégulière	Nombreux outils pas toujours adaptés à leurs utilisateurs
Viabilité fonctionnelle	3. Nombre d'assurés 4. Taux de pénétration 5. Taux de recouvrement des cotisations	1'454 bénéficiaires par mutuelle (201-8'300). 10 mutuelles ont moins de 800 assurés 13 % (2-64) 59 % (6-85)	Faible (<1000) pour pouvoir assurer la viabilité sur le long terme des mutuelles Modeste malgré la stratégie de cibler des GO et villages Faible. Les causes doivent être identifiées.
Efficacité	6. Taux d'utilisation par les bénéficiaires 7. Taux d'utilisation par les non bénéficiaires 8. Taux comparé d'utilisation	15-143% 4-207 % 0,2 – 33,6	4 mutuelles sur 6 pour lesquelles l'indicateur est disponible montrent que les mutualistes utilisent plus les FS que les non mutualistes. On observe le cas contraire pour 2 mutuelles. Des taux élevés peuvent aussi indiquer une surconsommation (sur prescription et/ou surfacturation comme les audits du médecin conseil le montrent
Viabilité financière	9. Taux de sinistralité	38-141 %	Taux trop élevés pour les 2 mutuelles mettant en danger leur viabilité (recours au fonds de garantie sûrement nécessaire), taux trop faible (>55%) pour 2 autres mutuelles.
Impact	10. Taux de couverture -au niveau du district 11. Apport financier des mutuelles aux FS (CS et hôpitaux)	2 % (0.8 -2.4 %) 5.5- 58 % (CS) 0.1-1.9 % (hôpitaux)	Très faible (même au niveau du district) Très important (>35% pour 3 mutuelles) pour les CS Pas de différences majeures entre FS publiques et privées. Calcul sur des exercices en cours et clos. Possibilité pour les mutuelles de peser davantage sur la prise en compte de leurs besoins

4.2.3 Perception par les populations

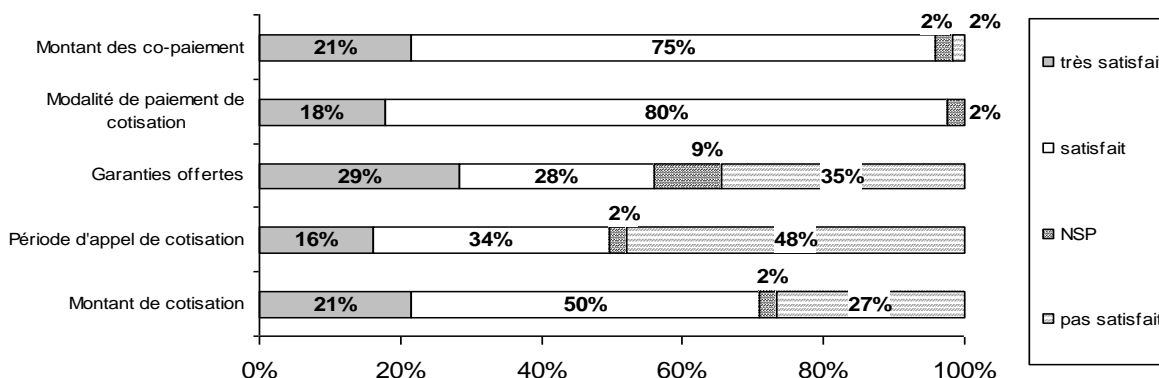
Les bénéficiaires des mutuelles de santé

La mise en place des mutuelles est en général très bien ou bien perçue¹⁸ par 76% des adhérents (35% sont très satisfaits et 41% satisfaits) et 24% ne sont pas satisfaits (n= 48) comme le montre la figure 2. Plus précisément les 3 principales raisons de satisfaction citées par les adhérents (voir figure 3) sont les modalités de paiement des cotisations, le montant des co-paiements et montant de la cotisation (respectivement 98%, 96% et 71 % de très satisfaits et satisfaits). Les non satisfaits (pas satisfaits et très insatisfaits) citent la

¹⁸ n= 48 personnes interrogées

période d'appel des cotisations mal choisie, la nature des garanties offertes et le montant des cotisations (respectivement 48, 35 et 27%)

Figure 4: Raisons de satisfaction et d'insatisfaction des mutualistes



L'insatisfaction des adhérentes est à relativiser car 94% des mutualistes déclarent souhaiter reconduire leur adhésion en 2013. Ce type de données qualitatives doit permettre de mieux comprendre les indicateurs de performance. Par exemple il est clair que dans certains cas les périodes d'appel des cotisations ont mal été choisies car correspondent à des périodes de faible disponibilité financière (soudure pour des populations vivant majoritairement de l'agriculture) ou d'autres dépenses prioritaires (rentrée des classes, fêtes de fin d'année).

Les anciens bénéficiaires n'ayant pas renouvelé leur adhésion

Les raisons invoquées pour le non renouvellement des adhésions ont trait à des difficultés financières et l'insuffisance des garanties proposées. Seules 3 personnes ont pu être interrogées ce qui rend la représentativité des réponses des anciens adhérents faible.

Les non bénéficiaires des mutuelles de santé

La principale raison pour laquelle les personnes interrogées (n= 38) n'ont pas adhéré à la mutuelle est le manque d'information (50% des répondants), des difficultés financières (37%) et l'absence durant la période d'appel des cotisations (13%). Aucune personne n'a cité le fait de ne pas être malade ni l'insuffisance des garanties proposées comme raison de non adhésion.

Les résultats ici présentés peuvent être des pistes de travail pour l'avenir : amélioration de la communication auprès des populations, adéquation entre disponibilité financière des populations et période d'appel des cotisations, garanties offertes, etc.

4.2.4 Le fonctionnement du CPG, des CAM et l'appui du CIDR

Le rôle du CPG et du CT (appuyé par le CIDR lors des missions de suivi) dans la mise en place du projet est essentiel. Outre l'installation du projet et la signature des conventions avec les différentes parties (MSP et UNAD BELACD), le CPG a contribué au recrutement des personnels des CAM (avec les BELACD) et au développement de leurs compétences techniques dans le domaine assurantiel (non existantes jusqu'alors dans le pays). Le CPG encadre et suit le travail des CAM sur le terrain et travaille directement avec l'administration et les FS. Les relations au niveau central (MSP, UNAD, bailleurs et autres partenaires techniques) sont mises en œuvre par le CPG. Du fait de l'implantation du CPG à Moundou

ses membres passent entre le tiers et la moitié de leur temps en transport et mission auprès des CAM qui ne sont pas encore autonomes sur l'ensemble de leurs activités.

La coordination des activités du projet pourrait être améliorée : meilleur suivi et rapportage des activités des CAM (avec mise à jour des bases de données et autres documents), respect des programmations mensuelles, meilleure implication des BELACD, etc. A cet effet les comités de coordination du projet (réunissant personnels des CPG et CAM) devraient se tenir régulièrement (trimestriellement) et l'application des décisions prises mieux suivie. Le coordinateur national doit progressivement remplacer le CT dans la conduite de ces activités. Les séminaires techniques des STAM sont indispensables mais leur ordre du jour est surchargé et leur réel bénéfice parfois discutable.

Un certain turnover des personnels au CPG (dans une moindre mesure dans les CAM) a eu lieu et le domaine clé de la communication/marketing a été négligé jusqu'à récemment. Un poste d'agent marketing est vacant à la CAM de Sarh depuis le début du projet. Une certaine démotivation des personnels des CAM est observée. A leur niveau il semble également que la coordination pourrait être améliorée.

L'analyse spécifique du rôle du CIDR, bien qu'en dehors des termes de référence de l'évaluation, montre que celui-ci a fourni globalement un appui technique adéquat au projet durant sa mise en œuvre, soit à partir de son siège soit lors de missions de supervision. Par exemple lors de missions semestrielles régulières le CIDR participe à des réunions techniques et visites de terrain (et au niveau central) qui sont très utiles pour adapter une approche parfois rigide. Cependant, certaines décisions ont visiblement été prises pour permettre d'atteindre les objectifs quantitatifs du projet (nombre de mutuelles créées et d'assurés) en fin de la phase pilote. Aussi l'on peut s'interroger sur leur bien-fondé par exemple lorsque le projet décide en 2012 d'ouvrir des mutuelles n'ayant que quelques centaines de bénéficiaires lorsque la difficulté de viabiliser des mutuelles avec moins de 1'000 assurés a largement été reportée dans de nombreux pays.

De telles décisions en cours de mise en œuvre du projet visent à corriger les insuffisances de la phase de conception du projet où le CIDR a proposé une approche discutable (bottom up) pour atteindre les résultats trop ambitieux et non réalistes du cadre logique dans le contexte tchadien (cf. Annexe 8 pour une analyse détaillée du cadre logique du projet).

Le CIDR a par ailleurs permis la mise en place d'une programmation opérationnelle des activités du projet (sur une base semestrielle et trimestrielle) pour le CPG et CAM mais dont la mise en œuvre n'est malheureusement pas toujours effective, expliquant aussi une part du retard dans l'atteinte de certains résultats.

Le rôle de l'agence d'exécution devra être repensé pour la deuxième phase du projet dont l'organisation et le positionnement institutionnel du CPG devront être revus. L'assistance technique permanente doit être rééquilibrée au profit du niveau central (très peu développée aujourd'hui) tout en maintenant une forte présence régionale. Le CPG devrait être institutionnalisé (soit au sein d'une organisation existante comme les BELACD ou autres futurs partenaires du projet soit en devenant une association disposant d'une autonomie et personnalité morale). L'appui technique doit être destiné principalement à l'administration sanitaire (DSR et district ou ZR) qui aura une responsabilité directe dans la mise en place des mutuelles. Etant donné le niveau encore limité de l'organisation de la société civile son soutien doit être poursuivi.

4.2.5 La contractualisation

Une force du projet est la mise en place de la contractualisation (et de son suivi) entre les mutuelles et les FS conventionnées. Un « contrat de partenariat » entre la mutuelle, FS (CS et hôpital de référence), DSR et les BELACD est ensuite signé avant le démarrage de la prise en charge des mutualistes. Le contrat précise les obligations de chaque partie et fixe la tenue trimestrielle des réunions du comité de suivi.

Ces comités de suivi constituent un lieu unique où les représentants des populations (élus mutualistes) peuvent discuter et négocier avec l'administration sanitaire locale et les prestataires de service pour que leurs besoins soient pris en compte. Ces comités constituent un espace de transparence où les difficultés rencontrées par les parties sont mises à jour ainsi que les pratiques des FS. Par exemple lors de ces comités sont discutées les éventuelles surfacturations et sur prescriptions (non-respect des ordinogrammes nationaux), non disponibilité en médicaments dans les FS ou le comportement non adéquat des mutualistes (désirant être prioritaires sur les autres utilisateurs des FS). Le rôle du médecin conseil des mutuelles est ainsi particulièrement important pour veiller au respect des engagements des FS. Les DSR (ou leurs représentants aux comités de suivi de la contractualisation comme le MCD ou CZR) peuvent ainsi exercer leur pouvoir hiérarchique pour changer les pratiques des personnels des FS. Par exemple l'intervention de l'administration sanitaire de Doba a permis de réduire de moitié le coût moyen des consultations curatives du CS de Doba Gaki, dans d'autres cas il a permis de changer dans les FS des personnels hostiles à la mise en place des mutuelles (cas de Gagat où le RCS a été remplacé début 2012). Les comités de suivi ont permis de généraliser à presque toutes les FS la mise en place d'un « point focal mutuelles » (volontaire mutualiste, personnel du CS ou des COSAN) qui guide les mutualistes dans leur PEC, de l'avis général ceci constitue un élément clé pour améliorer l'accueil des mutualistes.

Pour l'instant le pilotage de la contractualisation repose largement sur le CPG, les CAM ne jouant pas encore totalement leur rôle dans la préparation et suivi des contrats. De leur côté les mutuelles doivent être aussi largement accompagnées par les STAM dans cet exercice.

Par ailleurs la contractualisation ne pourra être efficace que lorsque l'administration sanitaire locale exercera pleinement son rôle de tutelle en supervisant régulièrement (ce qui n'est pas le cas aujourd'hui) les formations sanitaires conventionnées afin d'améliorer leur gestion et la qualité des prestations conformément aux engagements du MSP avec le projet (contrat spécifique de partenariat entre le MPS et le CIDR, 2011). De même le MSP n'a pas encore contribué à l'amélioration de l'offre de soins selon cette convention.

Les comités de suivi se sont globalement tenus selon les termes des contrats en 2011 mais seule une réunion a eu lieu en 2012 avant le démarrage du nouvel exercice de Laphialedji de Gagat, de Fizilbo de Bissi Mafou et aucune pour Laguenan de Bébédjia et Raakenaa de Maïngara. Le suivi des décisions prises (engagements de chacune des parties) lors des réunions des comités de suivi est une étape essentielle dans l'amélioration de la qualité des prestations et de la satisfaction des adhérents. De plus les contrats doivent être signés avant le démarrage¹⁹ des PEC et doivent comprendre le tarif des prestations (qui est rarement annexé au contrat malgré les dispositions en ce sens) afin de contrôler les factures des FS. Une fonction clé pour le suivi de la contractualisation que le projet doit renforcer est celle du médecin conseil (aujourd'hui uniquement employé à temps partiel).

4.2.6 Le rôle des BELACD et UNAD

Les BELACD sont des partenaires clés du projet : les personnels des CAM ont un contrat de travail avec ces ONG qui les hébergent et leurs fournissent les moyens de fonctionner (sur financement du projet). Les BELACD sont respectés dans leurs zones d'implantation sur lesquelles ils travaillent depuis plusieurs décennies dans divers secteurs et dont ils connaissent bien l'organisation sociale. Ils gèrent de nombreuses FS (CS et hôpitaux même si du fait de la diminution de leurs bailleurs de fonds traditionnels, ils ont cédé nombre de leur FS à l'Etat ou à d'autres organisations (cf. le cas de CS de Maïngara dont la gestion a été rétrocédée début 2012 à la congrégation ND des Apôtres) et des projets de développement (agriculture, assainissement, etc.). Cependant les BELACD ne paraissent pas s'être appropriés le projet et que beaucoup plus aurait pu être fait (en termes de

¹⁹ La mutuelle Allaisedji n'avait pas encore signé de contrat de partenariat avec le CS de Bémouli lors du passage de la mission d'évaluation alors que la PEC des assurés était effective depuis plusieurs mois.

mobilisation sociale et promotion du mutualisme notamment) si une réelle synergie s'était installée avec le projet. Différentes raisons l'expliquent : d'une part les BELACD ne gèrent qu'administrativement les personnels des CAM qui dépendent directement du projet (CPG) pour le contenu technique de leur mission et la programmation et le suivi monitoring de toutes leurs activités. D'autre part les BELACD ne semblent pas avoir été suffisamment associés à la programmation de cette phase (même s'ils ont participé à l'atelier de programmation en avril 2009). Le BELACD de Pala est le seul à disposer d'une coordinatrice médicale qui jusqu'à présent n'a pas participé au projet. Des activités concrètes pourraient être réalisées avec sa collaboration pour renforcer l'offre de soins et la relation avec les mutualistes dans les FS dont elle a la charge. Plus globalement l'intégration du CPG dans les BELACD - UNAD devrait être considérée pour la deuxième phase.

Au niveau central l'UNAD est l'organisation de coordination des BELACD qui est également un partenaire important du projet avec qui une collaboration plus importante aurait pu être mise en place. Il avait été envisagé de faire intervenir le coordinateur médical de l'UNAD comme médecin conseil du projet mais ceci n'a pu être fait du fait de la vacance de son poste. Un infirmier spécialisé en santé publique vient d'être recruté ce qui pourrait ouvrir d'autres perspectives de collaboration avec le projet. Au niveau de l'UNAD la promotion des mutuelles pourrait être davantage mise en avant avec une communication à l'ensemble des associations diocésaines du pays (BELACD, Association Union Réflexion Action (AURA) et Secours Catholique et Développement (SECADEV).

5 Evaluation de la pertinence, efficience et durabilité du projet

5.1 Pertinence du projet

La mission d'évaluation considère que le projet est pertinent à la fois par rapport aux objectifs nationaux de santé et ceux des bailleurs de fonds (DDC et AFD).

1. **Le projet contribue à combler l'absence de protection sociale** des populations par la création de mutuelles
2. **Le projet a initié le renforcement des capacités des différents acteurs** à tous les niveaux à travers notamment la réalisation de formations et le suivi de la contractualisation
3. **Le projet est cohérent avec la stratégie** de la Coopération suisse et sa politique de santé, la stratégie de l'AFD au Tchad et les politiques et stratégies de développement du GdT : réduction de la pauvreté et amélioration de la santé des populations rurales, organisation de la société civile pour peser sur la redevabilité des services publics, amélioration de la qualité des soins
4. **Les parties prenantes et groupes cibles (élus mutualistes, CAM/CPG, DSR et MCD, RCS, etc.) du projet ont été bien identifiées** par le projet mais les activités de renforcement des compétences de ces différents groupes doivent être poursuivies.
5. **Le développement de la contractualisation** est à mettre au crédit du projet : c'est certainement un moyen pertinent d'améliorer l'offre de soins (dont la gestion des FS), de rapprocher les populations de l'administration et des formations sanitaires
6. **Le projet n'a pas encore permis de contribuer au dialogue politique national** sur le financement de la santé et la place des mutuelles dans celui-ci

5.2 Efficacité et efficence du projet

La mission estime le **niveau d'atteinte des résultats** comme suit :

1. **Des résultats globalement très inférieurs aux attentes.** Les résultats atteints partiellement concernent le nombre de mutuelles créées, nombre d'assurés, nombre de produits d'assurance, participation des femmes, existence d'un service technique appuyant les mutuelles, mis en place de la contractualisation et implication des DSR dans son suivi.
2. **Absence de résultat relatif à la prise en charge des indigents, la création des réseaux régionaux de mutuelles, le transfert des compétences aux ONG Base et SERFI, création d'un note ministérielle,** car en général aucune activités n'a été conduite –ni n'était budgétisée (par exemple pour que BASE et SERFI accompagnent le développement de mutuelles).
3. **Création de 13 mutuelles** (dont appui aux 2 systèmes préexistants) dans les 3 régions du projet, totalisant 18'908 assurés et dont la viabilité après au mieux un exercice complet est encore très incertaine.
4. **Mise en place de la contractualisation,** mécanisme nouveau dans les régions du projet, avec des perspectives positives en termes d'impacts sur l'offre et la demande de soins. Ce qui nécessite un suivi plus rapproché de la part du projet.
5. **L'administration sanitaire (DSR MCD et RCS) commence à jouer son rôle dans la contractualisation.** L'appui du projet à ce niveau doit être maintenu.
6. **L'inadaptation du cadre logique** (résultats attendus trop nombreux, choix discutable de certains indicateurs, valeurs de base non connues et aucune activité pour les définir, valeurs cibles des indicateurs trop ambitieuses, etc.) au contexte local et la courte période de mise en œuvre du projet explique principalement ces résultats. Une analyse plus détaillée du cadre logique figure en Annexe 8.
7. **Réalisation de plusieurs formations et séminaires techniques** sur la micro assurance maladie pour les personnels du projet et partenaires. Nombreuses activités de formation continue lors de très fréquentes missions du CPG dans les régions mais dont l'impact semble encore limité.
8. **Développement et adaptation de tous les outils nécessaires** à la constitution des mutuelles, au suivi de leurs activités. Cependant certains outils sont encore trop compliqués et requièrent des adaptations supplémentaires.
9. **La mission considère cependant que les résultats obtenus constituent** une base acceptable au vu des moyens et temps disponibles, et doivent être lus dans une perspective de long terme.

En termes d'efficence la mission d'évaluation considère que :

1. **Le projet paraît peu efficient.** Son budget total (1'120'000 CHF de la DDC et 207'000 € de l'AFD) correspond à une subvention par assuré de 60 €²⁰ si l'on considère les assurés en 2012 ou 38 €¹⁷ si l'on considère le nombre cumulé d'assurés en 2011 et 2012. Cette subvention est très importante elle représente le double de la DTS (31 USD en 2010 soit 23 €²¹). Ce budget comprend environ 10% d'investissement initial (véhicule, mobiliers et matériel informatique).
2. **La faible efficence est due à la stratégie de développement des mutuelles** (à partir de zone géographiques très ciblées présentant des conditions favorables) car elle nécessite un appui coût intensif important pour une population bénéficiaire faible.

²⁰ 1 CHF = 0.833 € au 24.08.2012

²¹ Taux moyen en 2010 : 1 USD = 0.755 €

Afin de passer à l'échelle une autre approche à partir du district permettrait d'améliorer l'efficacité en couvrant une population beaucoup plus large et l'équité de ce mécanisme de financement.

3. **La répartition du budget entre niveau central et régional** où sont conduites la plupart des activités est adéquate pour la phase pilote mais devrait être revue pour la prochaine phase.
4. **Le budget du projet présente des insuffisances** comme par exemple l'absence de lignes spécifiques pour la communication/promotion/visibilité (alors que cette activité est indispensable dans le contexte où les mutuelles sont encore largement inconnues) et le transfert des compétences à d'autres ONG.
5. **Le projet a souffert plusieurs reprises de ralentissements voire interruptions** de ses activités dans le Moyen Chari (entre avril –juin 2012) et Mayo Kebbi (fin 2011) du fait de difficultés de trésorerie du CIDR²² combinées à une mauvaise présentation des pièces comptables par les BELACD pour le remboursement des activités par le projet. En effet les trois BELACD ont pré financé à plusieurs reprises les activités du projet, sur leurs ressources internes provenant de leurs autres bailleurs.
6. **L'investissement initial** (principalement à cause de l'assistance technique) pour le développement des mutuelles de santé ne doit pas être sous-estimé et doit être maintenu jusqu'à leur autonomie financière et celle de leurs structures d'appui (STAM et réseau de mutuelles). Aujourd'hui assuré en totalité par les bailleurs du projet il pourrait être partiellement pris en charge par le GdT sous forme de subvention des cotisations par exemple.

5.3 Durabilité du projet

La mission d'évaluation considère que

1. **Le projet a initié des changements positifs** dans le comportement des acteurs de l'offre et la demande de soins mais qui ne sont pas encore durables
2. **Techniquement le transfert des compétences aux équipes CPG et CAM est encore très incomplet**, et aucune autre entité n'a été mise en capacité pour remplir ce rôle (qui initialement revenait à SERFI et BASE)
3. **L'ancrage institutionnel du CPG**, aujourd'hui structure totalement indépendante, est une condition à la pérennisation des activités, de même qu'une implantation plus forte des CAM au sein des BELACD.
4. **L'implication de l'administration sanitaire locale** (DSR, district et ZR) est une autre condition à la durabilité du projet. Aujourd'hui ses moyens humains et financiers sont très limités pour pouvoir pleinement jouer leur rôle de support à l'offre de soins pour faciliter le développement du mouvement mutualiste.
5. Il est utile de rappeler que les caisses d'épargne et de crédit (CEC) dont l'activité présente de nombreuses similitudes avec celle des mutuelles ont mis 17 ans à atteindre l'autonomie financière²³.

²² Le co-financement de 15% n'a pu être apporté par MISEREOR et le CIDR malgré de nombreuses tentatives faites localement n'a pu obtenir ce financement

²³ Lancées sous l'impulsion du BELACD de Pala elles gèrent aujourd'hui un en cours d'épargne de 2,5 milliards de FCA, ont plus de 72000 membres, emploient 235 salariés dans 51 bureaux et sont regroupées en union (UCEC).

6 Recommandations pour la deuxième phase

La faiblesse des résultats de la phase pilote est due à l'approche choisie pour le développement des mutuelles à partir des organisations de la société civile (bottom up) supportée par un cadre logique non adapté au contexte. Cependant la mission d'évaluation considère que certains aspects clés du projet (développement d'outils, mise en place de la contractualisation, transfert de compétences en cours) sont positifs et constituent une base sur laquelle une extension du projet peut très utilement se baser. L'effet de démonstration de la phase pilote devrait s'accompagner d'effets multiplicateurs pour permettre dans une deuxième phase d'obtenir de meilleurs résultats.

Une deuxième phase du projet est souhaitable si elle s'accompagne d'une réorientation de l'approche en appuyant le district sanitaire (top down) afin de gagner en efficacité et d'augmenter sensiblement le taux de couverture des mutuelles. Ce changement de stratégie de mise en œuvre doit être accompagné d'une révision du montage du projet, du cadre logique (objectifs et résultats mieux planifiés pour être réalistes) et du rôle de l'agence d'exécution. Cette nouvelle approche aurait l'avantage de s'insérer de façon pertinente dans le futur projet d'appui à l'offre de soins que la DDC entend lancer en 2013 dans le Sud du Tchad. Le projet d'appui aux mutuelles pourrait ainsi en constituer le volet financement.

6.1 Principales recommandations d'ordre stratégique

1. **Continuer l'appui aux mutuelles de santé** car ce mécanisme de financement est pertinent dans le contexte tchadien et est aligné sur les priorités nationales de lutte contre la pauvreté et de développement sanitaire ainsi que sur celles des deux bailleurs de fonds de la première phase.
2. **Insérer le projet dans le PNDS et prévoir ainsi l'articulation du projet** d'appui aux mutuelles avec les autres mécanismes de financement (gratuité et FBR) existant lors de la formulation de la deuxième phase
3. **Revoir le positionnement institutionnel du projet et particulièrement du CPG** qui héberge l'assistance technique et la gestion globale du projet. Le rôle des BELACD doit être repensé pour qu'ils soient de réels partenaires. La durabilité des activités ne peut être assurée si l'organisation de la 1^{ère} phase est reconduite. Une organisation plus simple que lors de la phase pilote devrait être recherchée pour limiter le nombre de niveaux et d'acteurs impliqués. Parmi les options à envisager un **modèle privé semble préférable**: le CPG pourrait être intégré dans une structure existante partenaire de la phase pilote (UNAD/BELACD) ou à une ONG nationale solide si un partenariat effectif se met en place) ou bien être autonomisé en ONG nationale ou association. Un modèle public où le CPG serait intégré à l'administration sanitaire par exemple ne semble pas pertinent au vu de ses ressources limitées et sa faible performance en général et donc de l'appui très important que cette approche nécessiterait.
4. **Réorienter l'approche du projet afin d'élargir la couverture des mutuelles et de gagner en efficacité.** La nouvelle approche doit être basée au niveau du district sanitaire (où toutes les FS dans un district ou une ZR sont conventionnées avec des mutuelles) pour élargir la couverture et faire des économies d'échelle en réduisant l'investissement par assuré. La nouvelle approche doit s'inscrire dans le projet de soutien aux districts sanitaires que la DDC s'apprête à mettre en œuvre.
5. **Le projet d'appui aux mutuelles pourrait constituer une composante du futur projet de la DDC d'appui à l'offre de soins**²⁴ (devant démarrer début 2013) et

²⁴ La mission d'évaluation n'a eu accès à aucun document relatif au futur projet d'appui à l'offre de soins de la DDC

bénéficierait donc directement du renforcement du système sanitaire (administration régionale et locale et FS) réalisé par l(es) autre(s) composante(s). Ceci permettrait de lever un frein important au développement des mutuelles rencontré aujourd'hui (l'insuffisance de l'offre de soins).

6. **Prévoir l'extension du projet dans la région du Mandoul** (une des zones géographiques de mise en place du futur projet d'appui à l'offre de soins de la DDC et rechercher pro activement les **synergies avec le FBR afin d'assurer une coordination efficiente** des deux programmes.
7. **L'agence d'exécution doit se repositionner dans la perspective d'une réorientation de l'approche basée sur le district sanitaire.**
8. Le MSP et ses partenaires doivent **renforcer le rôle de l'administration sanitaire (DSR, MCD, MZR) ce qui devrait faciliter le développement des mutuelles** : amélioration de l'offre, promotion active des mutuelles, suivi de la contractualisation, etc.

6.2 Autres recommandations d'ordre stratégique

1. **Repenser l'organisation du projet au niveau national** afin de contribuer effectivement au dialogue politique national sur le financement de la santé. L'assistance technique doit être plus présente auprès du MSP et démontrer la contribution effective des mutuelles (amélioration de l'accessibilité financière des populations et de la qualité des soins, impact sur la santé des populations) à travers la réalisation d'études financées par le projet à la demande dont les résultats seraient largement disséminés. Il pourrait être ainsi utile de considérer la mise à disposition de 2 assistants techniques : un au niveau central et un second au niveau régional au sein du futur CPG.
2. **Repenser l'organisation du projet au niveau régional** : ceci découlera du positionnement institutionnel du projet mais aussi de la réorientation stratégique au niveau du district proposée ci-dessus.
3. **Collaborer avec le futur CT en financement de la santé** (financé par la DDC dans le cadre de l'initiative P4H et appuyant directement le MSP) qui devra notamment contribuer à la coordination entre les différents mécanismes de financement et l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé
4. Une **réelle stratégie de transfert de compétences** doit être élaborée et mise en œuvre pour les personnels des CAM, CPG, MSP et potentiels nouveaux partenaires (au côté des BELACD). Les capacités des autres partenaires du projet (élus mutualistes, personnels des CS/COGES, etc.) doivent être également soutenues.
5. **Assurer la continuité des activités du projet dans le Mayo Kebbi** à partir de 01.2013 alors que la DDC prévoit son retrait au profit du Mandoul. Les reliquats éventuels de la 1ère phase pourraient être utilisés pour cela.
6. **Assurer le financement intégral de la deuxième phase du projet sur toute sa durée** afin d'éviter l'arrêt des activités du projet comme observé dans le Moyen Chari et Mayo Kebbi en 2012.
7. **Mettre en place des mécanismes de prise en charge des personnes vulnérables** par exemple grâce à des subventions aux mutuelles (du MSP ou du projet par exemple). Cependant la subvention des cotisations n'est certainement pas suffisante pour garantir l'accès aux soins de ce groupe cible.
8. **Mettre en place un mécanisme de réassurance** (initialement prévu par le projet) en remplacement de la ligne budgétaire du projet dédiée. Ce mécanisme pourrait responsabiliser davantage les mutuelles dans leur gestion.

9. **Adopter un cadre logique** correspondant aux conditions du terrain : réaliste et pertinent en termes du nombre de résultats attendus, nature des indicateurs et valeurs (de base et cibles).
10. **Adapter le système de monitoring du projet pour qu'il intègre un suivi qualitatif de l'avis des utilisateurs et non utilisateurs des mutuelles** sur les mutuelles, les services de santé. Ceci permettrait de mieux connaître les besoins des populations et les motifs de non adhésions et non renouvellement. Les autres utilisateurs potentiels des services de santé doivent également être ciblés par ce système d'information.

6.3 Principales recommandations opérationnelles

Au Ministère de la Santé Publique

1. **Renforcer l'appui à la mise en place et au suivi de la contractualisation**, renforcer le suivi-évaluation des FS par les DSR et les MCD/CZR (dans l'optique de la nouvelle approche « district » recommandée pour la deuxième phase) en intégrant les mutuelles dans leurs activités actuelles. Le rôle de l'administration sanitaire dans la contractualisation (dans le cadre du projet) et son suivi tel que promu par le projet aujourd'hui est pertinent et permet aux DSR, MCD et CZR de participer et d'améliorer directement la gestion des FS.
2. **Améliorer l'offre de soins** dans les régions d'implantation du projet : renforcer la disponibilité en ressources humaines (au moins 1 infirmier diplômé d'Etat (IDE) par CS) et en médicaments.

Aux bailleurs de fonds

1. **Le futur projet d'appui à l'offre de soins** de la DDC (démarrage prévu début 2013) devrait améliorer le fonctionnement du système de santé au niveau du district et notamment celui des FS (en termes de gestion et de fourniture d'intrants notamment) et de la chaîne de référence ce qui devrait faciliter le développement des mutuelles. Par exemple un appui à l'administration sanitaire (DSR et équipe cadre de district) pour la réalisation effective de leurs activités de suivi supervision pourrait sensiblement améliorer la gestion des FS. La deuxième phase du projet d'appui aux mutuelles devra s'inscrire dans cette approche de renforcement du système.
2. **La DDC devra s'assurer que la deuxième phase du projet propose une approche et une planification adaptées au contexte** avec des objectifs et résultats attendus réalistes sur la période de mise en œuvre. .
3. **DDC et AFD devraient développer les synergies entre les projets qu'elles financent. Ainsi une collaboration effective** avec le projet PASST (AFD) dans le Logone Occidental dont un des volets est le renforcement du système sanitaire dans cette région devrait être mise en œuvre.

Au projet

1. **Capitaliser en début de deuxième phase avant de lancer d'autres mutuelles** : notamment revoir, adapter/simplifier les outils (en impliquant les utilisateurs), définir précisément les responsabilités entre CPG CAM et mutuelles (et unions de mutuelles à venir).
2. **Définir une stratégie de communication/promotion** auprès des populations qui doivent être maintenue tout au long de l'année et pas uniquement pendant les périodes d'appel des cotisations. Imaginer d'autres activités/outils (pièces de théâtre, boîte à images, etc.) Prévoir un budget adéquat pour cette composante.

3. **Augmenter la taille des mutuelles** en ciblant des GO de grande taille (OP, membres des CEC, etc.) et en proposant de nouveaux produits collectifs tels que l'assurance scolaire, la maternité sans risque (études préalables faites par le projet). En particulier des synergies avec les CEC, partiellement étudiées durant la phase pilote, devraient être mises en place.
4. **Renforcer la mise en place et le suivi de la contractualisation.** Les contrats doivent être complets (la tarification des FS doit être annexée) et signés avant le démarrage des PEC. S'assurer que les comités de suivi ont lieu avec présence des responsables des FS et de l'administration sanitaire et que les mesures décidées sont effectivement mises en œuvre. Les STAM doivent renforcer leur soutien à tous les partenaires (mutuelles, FS et administration sanitaire) dans ce cadre et le rôle du médecin conseil des mutuelles doit également être renforcé.

Aux BELACD et UNAD

1. **Définir précisément les rôles, responsabilités et résultats attendus** de la collaboration future entre projet-UNAD-BELACD. Considérer ainsi la possibilité d'institutionnaliser le CPG au sein des UNAD-BELACD.
2. Revoir les modalités de financement du projet aux BELACD qui ne peuvent assurer le préfinancement des activités des CAM.
3. **Participer activement à la programmation de la deuxième phase** du projet (notamment le BELACD de Moundou qui devrait rejoindre le programme).

6.4 Autres recommandations opérationnelles

Au Ministère de la Santé Publique

1. **Renforcer la collaboration du niveau central avec le projet.** Le « point focal mutuelles » doit par exemple contribuer davantage à la visibilité du mouvement mutualiste et au dialogue politique sur le financement de la santé.
2. **Considérer la mise en place des mécanismes de subvention aux mutuelles** (pour les populations vulnérables par exemple)
3. Appuyer **l'extension des mutuelles dans les districts d'implantation du FBR** dans la région du Mandoul et considérer l'utilisation des mutuelles comme agences d'achat du FBR dans le futur.
4. Assurer la **tenue effective des comités de pilotage nationaux du projet** selon les arrangements du projet pour permettre une meilleure coordination des activités et s'assurer de la mise en œuvre des décisions prises

Au projet

1. **Prioriser les activités suivantes** de la phase en cours : suivre les 13 mutuelles présentées ici, assurer le suivi de la contractualisation, investir sur la programmation de la deuxième phase avec l'ensemble des partenaires
2. **Améliorer la gestion des ressources humaines du projet pour** limiter le turn over (surtout au niveau du CPG). Evaluer la faisabilité d'attribuer des bonus de performance aux personnels des STAM. Considérer l'opportunité de recruter un second AT international.
3. **Repenser les compétences des agents des CAM** afin qu'ils soient polyvalents pour pouvoir mieux accompagner les mutuelles, ce qui permettrait des gains d'efficacité et de ne pas à avoir à multiplier les personnels des CAM.

4. **Mettre en place des solutions adaptées à chaque contexte** à la place d'une même approche sur l'ensemble des régions d'implantation des mutuelles. A titre d'exemple en milieu urbain il pourrait être très pertinent d'installer des guichets de paiement des cotisations chez des partenaires bien identifiés (CEC, commerces, CS conventionnés).
5. **Mettre en place le paiement forfaitaire** des prestations pour limiter le risque de dérapage des coûts par épisode. Mettre en place en parallèle des mesures pour limiter les fréquences de recours (lutte contre les fraudes, mise en place de plafonds).
6. **Revoir les éléments de motivation des élus mutualistes** en s'éloignant si nécessaire du dogme du bénévolat qui montre déjà ses limites. Considérer la fourniture de bicyclettes par exemple pour les élus des mutuelles rurales.
7. **Revoir les modalités de financement par le projet des BELACD** (qui ne sont pas en position de préfinancer les activités).

Aux BELACD et UNAD

1. **Appuyer l'amélioration de la gestion et la qualité** des soins dans les FS affiliées (respect des conventions de partenariat avec les mutuelles, approvisionnement régulier en médicaments)
2. **Mettre à profit la présence de coordinateurs médicaux** (BELACD de Pala et UNAD) pour des interventions concrètes dans le projet (suivi supervision des FS conventionnées, intervention en tant que médecin conseil, suivi rapproché de la contractualisation, etc.)
3. **Promouvoir le mouvement mutualiste au niveau de l'UNAD** et associations diocésaines ne participant pour l'instant pas au projet

7 Annexes

Annexe 1 : Résultats attendus du projet « Appui aux mutuelles de santé au Tchad » par sous objectif spécifique

Sous objectif spécifique 1 (SO1). Des organisations mutualistes viables sont en activité

1. La mise en place d'un réseau de 45 mutuelles de santé viables regroupant 45 000 bénéficiaires dans les régions du Logone Oriental, du Mayo Kebbi et du Moyen Chari (Résultat 1.1),
2. L'offre de produits (garanties) à coûts réduits et adhésion individuelle ou collective aux groupes cibles (Résultat 1.2),
3. L'implication des femmes dans les activités de la mutuelle par un accès aux instances de décision et la mise en place de produits répondant à leurs besoins spécifiques (Résultat 1.3),

Sous-objectif spécifique 2 (SO2). Les mutuelles se sont fédérées en réseaux au niveau des régions et en une Union Mutualiste pour la Zone Soudanienne

1. La mise en place d'un service technique de gestion des risques et de gestion financière appuie les mutuelles de santé (Résultat 2.1)
2. Un appui efficace aux systèmes de prépaiement déjà existants dans la zone d'activités en les aidant à gérer les produits de manière plus professionnelle, condition de leur viabilité (Résultat 2.2),
3. La création de 3 réseaux de mutuelles fonctionnels (Résultat 2.3),
4. L'appui à la contractualisation systématique entre mutuelles de santé et prestataires de soins en faveur des membres des mutuelles (Résultat 2.4),
5. La mise en œuvre d'un processus de transfert des compétences aux organisations non gouvernementales (ONG) locales BASE (Bureau d'appui santé et environnement) et SERFI (Services Financiers) (Résultat 2.5),

Sous-objectif spécifique 3 (SO3). La contractualisation entre les mutuelles de santé et les services de santé a contribué à l'amélioration de la qualité des prestations de ces services

1. Les délégations départementales assument leur fonction de suivi contrôle des engagements contractuels passés entre les mutuelles et les services de santé (Résultat 3.1)
2. Le rôle du MSP dans la promotion des mutuelles est défini et assumé (Résultat 3.2).

Annexe 2: Calendrier de la mission d'évaluation

21.07-08.08.2012

Consultants : Cyril Nogier, SwissTPH. Chef de mission et Dr Mahamat Béchir, CSSI

Semaine du 16.07.2012

2 jours de préparation : revue de la littérature et préparation de la méthodologie et des questionnaires/canevas de discussion

Semaines du 21.07- 08.08.2012

Jour	Date	Activités et personnes concernées	Lieu
1	Samedi 21.07.2012	Arrivée de C Nogier, chef de mission	N'Djaména
2	Dimanche 22.07.2012	<u>Matin</u> Entretien avec Mr Revault, CT du CIDR/CPG <u>Après-midi</u> Lecture de documents	N'Djaména
3	Lundi 23.07.2012	<u>Matin</u> Entretien avec SG et SGA du MSP Briefing avec Mme Winiger et Dr Abdelmajid (DDC) et Melle Erié et M Beridabaye (AFD) et D Revault (CIDR) trajet N'Djaména Moundou	N'Djaména Moundou
4	Mardi 24.07.2012	<u>Matin</u> Entretien avec l'équipe CPG Trajet Moundou Doba <u>Après-midi</u> Entretien avec les membres de la CAM de Doba Entretien avec le BELACD de Doba (gestionnaire et secrétaire administratif)	Moundou Doba
5	Mercredi 25.07.2012	<u>Matin</u> Entretien avec le gestionnaire et la surveillante générale de l'Hôpital de Doba Visite la pharmacie Entretiens avec des adhérents et non adhérents de la mutuelle Korenanmess de Doba Visite du CS de Doba Trajet Doba - Bebedjia <u>Après-midi</u> Entretien avec le MCD de Bebedjia Entretien avec le gestionnaire de l'hôpital St Joseph, Bebedjia Entretien avec les élus de la mutuelle Laguenan de Bebedjia Entretiens avec des adhérents de la mutuelle Laguenan Trajet Bebedjia Doba	Doba Bebidja Doba
6	jeudi 26.07.2012	<u>Matin</u> Entretien avec le Délégué sanitaire régional, le MCH et le responsable de l'information sanitaire Entretien avec des adhérents et non adhérents de la mutuelle Korenanmess Trajet Doba Bodo <u>Après-midi</u> Rencontre avec bureau de la mutuelle de Bodo Est Entretiens avec des adhérents et non-adhérents de la mutuelle de Bodo Est Trajet Bodo Doba Entretien avec le coordinateur de la CAM Entretien avec les élus de la mutuelle Korenanmess de Doba	Doba Bodo Doba
7	Vendredi 27.07.2012	<u>Matin</u> Entretien avec le Directeur du BELACD Doba Interview radio du BELACD La voix du Paysan Trajet Doba – Sarh Rencontre le Délégué sanitaire régional, Sarh Rencontre le SG du Gouvernement du Moyen Chari <u>Après-midi</u> Entretien avec l'équipe de la CAM Sarh	Doba Sarh
8	Samedi 28.07.2012	<u>Matin</u> Entretien avec les responsables du CS ND des Apôtres Entretien avec le MCD, Sarh Entretien avec le vicaire général du diocèse de Sarh et le directeur du BELACD de Sarh <u>Après-midi</u> Entretien avec les élus de la mutuelle Raakenaa de Sarh Entretiens avec des adhérents et non adhérents de la mutuelle	Sarh
9	Dimanche 29.07.2012	<u>Matin</u> Trajet Sarh-Bemouli Entretiens avec les élus de la mutuelle Allaisedji de Bémouli, avec les	Sarh Bemouli

		représentants du COSAN et COGES et responsable du centre de santé <u>Après-midi</u> Entretiens avec des adhérents de la mutuelle Allaissedji Visite du Centre de santé de Bemouli Retour à Sarh	Sarh
10	Lundi 30.07.2012	<u>Matin</u> Entretiens avec le directeur et directeur adjoint de l'hôpital régional Sarh Trajet Sarh - Moundou <u>Après-midi</u> Trajet Moundou – Kelo	Sarh Moundou Kelo
11	Mardi 31.07.2012	<u>Matin</u> Trajet Kelo-Pala Entretien avec le BELACD de Pala (directeur, responsable suivi évaluation, gestionnaire et coordinateur médical) Entretien avec le DSR et MCD Entretien avec le directeur de l'hôpital régional <u>Après-midi</u> Entretien avec la CAM Pala coordinateur, agents marketing et mutualiste Entretien avec l'UCEC Pala : directeur, chef service informatique, chef service formation, chef d'exploitation Trajet Pala - Bissi Mafou	Kelo Pala Bissi Mafou
12	Mercredi 01.08.2012	<u>Matin</u> Entretien avec les élus de la mutuelle Fizilbo de Bissi Mafou Entretien avec les membres du COSA Entretiens avec des adhérents, non adhérents et non adhérents de la mutuelle Fizilbo Entretien avec le RCS Visite de la CEC de Bissi Mafou <u>Après-midi</u> Trajet Bissi Mafou Pala Visite du CS de Erdé (Pala) Entretien avec le vicaire général de Pala Trajet Pala Gagat	Bissi Mafou Pala Gagat
13	jeudi 02.08.2012	<u>Matin</u> Entretien avec les élus de la mutuelle Laphia Ledji de Gagat Entretien avec les membres du COSA du CS Gagat Entretien avec le RCS du CS de Dobolo Entretien avec le personnel du CS de Gagat Entretiens avec des adhérents, non adhérents et anciens adhérents n'ayant pas recotisé de la mutuelle Laphia Ledji <u>Après-midi</u> Trajet Gagat – Pala Entretien avec Dr Jossy Van Der Boogard, coordinatrice santé du BELACD de Pala	Gagat Pala
14	Vendredi 03.08.2012	<u>Matin</u> Entretiens et débriefing avec la CAM Pala et le CPG <u>Après-midi</u> Trajet Pala N'Djaména	Pala N'Djaména
15	Samedi 04.08.2012	Analyse des résultats Préparation de la restitution	N'Djaména
16	Dimanche 05.08.2012	Analyse des résultats Préparation de la restitution	N'Djaména
17	Lundi 06.08.2012	<u>Matin</u> Entretiens avec le MSP -Unité de gestion de la gratuité des soins d'urgence -Direction des Organisations et Services Sanitaires (DOSS) -Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale (DGASR) Entretien avec l'UNICEF <u>Après-midi</u> Entretien avec le Projet FBR (consortium AEDES-CSSI) Entretien avec l'OMS Entretien avec BASE	N'Djaména
18	Mardi 07.08.2012	<u>Matin</u> Entretiens avec l'AfD (directeur et chargé de projet)	N'Djaména

		Entretiens avec l'UNAD (directeur et coordinateur médical) <u>Après-midi</u> Réunion de Debriefing, BuCo en présence de Mme Winiger, DDC; M Bérédabaye Afd ; Dr Dadjim Blague, DOSS/MSP ; M Bémadji DOSS/MSP; M Vihouna UNAD; M Revault CIDR/CPG ; M Kongdi BabeyeCPG. Vol N'Djamena – Bâle	
19	Mercredi 08.08.2012	<u>Matin</u> : Arrivée à Bâle	Bâle

Semaine du 16.08.2012

4 jours de rédaction de rapport.

Remise du rapport provisoire le 31.08.2012

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Lieu/ Nom et fonction	Organisation
Direction du Développement et de la Coopération (DDC), NDjaména	
M Didier Douziech, Directeur résident	DDC
Mme Petra Winiger, Directrice résidente adjointe	DDC
Mr Abdelmajid Abdérahim, Chargé de programme	DDC
Ministère de la Santé Publique, N'Djaména	
Dr Mahamat Annour Wadka	Secrétaire Général
M Bemadji Reoubaou, Point focal mutuelles	DOSS
Dr Dadjim, Directeur	DOSS
Dr Brahim, Directeur	DGASR
Dr Garba Tchang, coordinateur	UGGSU
Dr Moktar, Adjoint du coordinateur	UGGSU
Bailleurs de fonds, agences internationales, N'Djaména	
M Pradelle, directeur	AFD
M N'Dikodje Beridabaye, chargé de projet santé	AFD
Melle Erié, chargée de projet ONG	AFD
Dr Ahmat Hamid, responsable protection sociale	UNICEF
Dr Yonly, AT Agence d'achats (FBR)	AEDES-CSSI
M. Hamadou Nouhou, planificateur des services de santé	OMS
M. Olivier Beguy, Economiste	Banque Mondiale
UNAD, N'Djaména	
M Félix Mbété Nangmbatam, Directeur	UNAD
M Léonard Vihouna Semde, Coordinateur santé	UNAD
BASE, N'Djaména	
Dr Sansebastiano Lorenza, AT projet PASST	BASE (Moundou)
Centre de promotion et de gestion du réseau de mutuelles (CPG)	
M Damien Ravault	Conseiller technique
M Alphonse Kongdi Babeye	Coordinateur
M Emmanuel Djekadom Mbainadi	Gestionnaire de risques
M Ali Golmen Emmanuel	Responsable marketing
Mlle Mireille Daintoloum	Secrétaire - comptable
Région du Moyen Chari	
Gouvernorat de Sarh	
M Maouloud Isadine	SG du Gouvernorat
Délégation régionale de la santé, District sanitaire	
Dr Ronelngarmoyengar	Directeur régional de la santé
Dr Allayah	Médecin chef de district
Cellule d'Appui aux Mutuelles (CAM), Sarh	
M Samuel Guimadounadje	Coordinateur régional

M Tambo Mabimoumassem	Agent marketing
Mme Lucie Nalnam	Agent mutualiste
Diocèse de Sarh - BELACD	
Abbé Bertin NGuetigal	Vicaire Général
M. Mathurin	Directeur du BELACD
Mutuelle Raakenaa, Sarh	
Mme Grace Kedigui Taroun	Présidente
Mme Georgine Nelumba	Membre du Conseil de surveillance
Mme Igoita Julienne	Trésorière
M Djimet Bombaye	SG
M Andjila NGaryadji	Agent du CA
M Neldy Sou Blanchard	Trésorier adjoint
CS Notre Dame des Apôtres, Sarh (Maingara)	
Dr Marta	Directrice de l'hôpital
Mme X	Responsable du CS
M Frédéric	Gestionnaire
Hôpital régional, Sarh	
Dr Saker Mahamat	Directeur
Dr Théophile	Directeur Adjoint
Mutuelle Allaisedji, Bemouli	
M Mandebaye Noel	Président
M Mounrom Fulbert	Trésorier
M Djimrangue Nateg	SG
M Djimasra Nazere	Conseil de surveillance
M Nanguerngue Emmanuel	Conseil de surveillance
M Ndiguingue Mitterand	SG adjoint
Centre de santé, Bémouli	
M Blaise Tedebaye	Responsable du CS
M Mngatoide Ngarnito	Président COGES
M Guiryanan Bernard	Trésorier COGES
M Dingar Martin	Chef village Bemouli I
M Bairita Neloumgaye	Chef village Bemouli II
M Ouaidjinan Yamaata	Chef village Moulabé
Région du Logone Oriental	
Cellule d'Appui aux Mutuelles (CAM), Doba	
M Constantin Manabo Yé	Coordinateur régional
M Barthélémy Benodji	Agent marketing
Mme Naomi Mandebe	Agent marketing
Mme Prudence Nodbale Madjire	Agent mutualiste
BELACD, Doba	
M Arnaudnd Ngarmian	Directeur
M Théodore Ramadan	Secrétaire administratif
M Ozias Laomeur	Gestionnaire

Délégation Régionale de la Santé du Logone Oriental (Doba)	
Dr Abinon Djélambé	DSR
M Ndildoum Mognena	Chef du SIS
Hôpital de Doba (MSP)	
Dr Valentin	Directeur de l'hôpital
M Masloné	Gestionnaire
Dr Marie Noëlle, pédiatre	Surveillante chef
Diocèse de Doba	
Abbé Georges	Vicaire adjoint
Centre de santé de Gaki Doba (MSP)	
M X	Infirmier RCS
Mme Y	Sage femme
Hôpital ST Joseph de Bébédjia (BELACD)	
Dr Madjadoumngue Ngarmbatnan	MCD
M Max Servin	Gestionnaire (volontaire)
Mutuelle Laguenan , Bebidja	
M. Mathurin Djelasse	SG
M Josué Beasnana	SGA
M. Jacques Neassoum	Trésorier adjoint
Mme Monique Ngbangta	Conseil de surveillance
M Mallon Ngonnkoula	Président
M André Djiro	Comité de surveillance
M Ambroise Doumassen	Trésorier
M Mbaigedoum Ngarmadji	Conseil de surveillance
Mutuelle Korenanmess, Doba	
Mme Merci Narewai	SG
Mme Floriane Beherim	SG Adjoint
M. Félicien Koulelolnan	Trésorier
M. Mahamat Ousama Abara	Conseil de surveillance
Mutuelle Djiraibe, Bodo Est	
Mme Madjimbaye Tamarkada	Présidente
M Mbaito Emmanuel	Trésorier
M Tahir Mahamat	Trésorier adjoint
M Alladrom Matthias	SG
M Douman Sylvain	Membre du CA
M Ndouba Obid	SG adjoint
Mme Nidjimadji Adeline	Conseil de surveillance
M Natiyoum Gasin	Conseil de surveillance
Région de Mayo Kebbi Ouest	
Administration Sanitaire Régionale	
Dr Ali Souleymane Toby	DSR
Dr Sania Philémon	MCD
M DJaou Yan Fadandi	Directeur de l'hôpital

	régional
CAM, Pala	
M Agathange Djetarem Mianyo	Coordinateur
M Enmmanuel Dantoussou	Agent marketing
M Bienvenu Djam Keda	Agent mutualiste
Mme Irène Panwaïssi	Agent marketing
BELACD, Pala	
M Goua Ndoodansou Ndo	Directeur
M Djetenbe Jean	Gestionnaire
Dr Jossy Van der Boogard	Coordinatrice santé
Sœur Véronique	Responsable suivi-évaluation
UCEC, Pala	
M Léonard Madou	Directeur
M Tao Gam	Directeur d'exploitation
M Z	Responsable informatique
M Vincent	Responsable formation
Mutuelle Fizilbo, Bissi Mafou	
M Daniel Pallaye	Président
M Wadika Gabsoubo	SG
Mme Madeleine Ignavourné	Trésorière
M Thomas Dissen	Trésorier adjoint
M Kemaye Lajing	Délégué
M Bichaka Zébobé	Délégué
M Gilbert Pakagné	Délégué, collecteur
M Kenden Keurba	Délégué
M Passoua Padeng	Conseil de surveillance
CS de Bissi Mafou (BELACD)	
Mme Justine Konchiakbé	Sage femme
M Pacal Guimma	Infirmier RCS
M Tcjouhwelle Dandai	Stagiaire
Sœur marie Lydie Vumilia	Infirmière
M Gonosa Patalet	Infirmier
Mutuelle Laphia Ledji, Gagaj	
M Albert Ngaoukabé	Président
M Justin Guermel	Trésorier adjoint
Mme Suzanne Mumoudji	Trésorière
Mme Salomé Ramadji	Trésorière de GO, membre CA
Mme Adeline Kogoyol	SG adjointe
M Richard Djedanem	SG
M Romain Gygueln	Collecteur, membre CA
COSA CS Gagaj	
M Richard Djedanem	Président
M Ernest Kemdingam	Vice président

M Dellah Assang	Trésorier
M Fayaba Houli	Commissaire aux comptes
CS Gagah (MSP)	
M Jacob Gosdoun	RCS
Mme Yollande Hekointogo	Pharmacienne
Mme Julie Lelem	Matronne
M Michel Quam	Agent
CS Dobolo (Eglise Evangélique du Tchad)	
M Ozias Djekmbay	Infirmier RCS
COSA CS Bissi Mafou (BELACD)	
M Julien Pakagne	Membre
M Thomas Tchindebbé	Membre
M Koya Pakagne	Membre

Annexe 4 : Matrice des partenaires dans le secteur de la santé par région

Région	Partenaires	Domaines d'intervention
Moyen Chari (informant : le DSR du MC)	1-CARE 2- CSSI 3-UNFPA 4-AFD 5-GAVI 6-OMS 7-UNICEF 8-UE (10 ^e FED) 9-Croix Rouge 10-missions religieuses	1- santé de la reproduction dans les camps de réfugiés et dans le district de Danamadji 2- mise en œuvre du PMA PCA 3- santé de la reproduction 4-appui à l'école de santé de Sarh 5-fourniture d'un véhicule pour le district sanitaire de Sarh 6-PEV, surveillance épidémiologique, 3 consultants permanents 7- appui logistique au PEV, 1 consultant permanent en mobilisation sociale 8-forage dans les FS et écoles et construction de latrines étude de faisabilité) 9-hygiène et assainissement 10- appui à la gestion des CS (BELACD et mission baptiste)
Logone Oriental (informant : M le DSR du LO)	1-OMS 2-UNICEF 3- UNFPA 4-CARE 5- CSSI 6-World Vision 7-BELACD 8-EET 9-ESSO 10-Comité 5% 11-PSN 12-FOSAP	1-Surveillance épidémiologique (consultants permanents), PEV (appui logistique) 2-PEV (consultants permanents) 3- santé de la reproduction : matériel médical, gynécologue à l'HR de Moundou 4-santé de la reproduction 5-appui aux réfugiés de l'hôpital de district de Goré 6- santé de la reproduction, PEV, construction de CS 7-HD de Bébédjia et CS : appui en personnel et gestion des FS 8-CS : construction, appui en personnel et gestion 9- programme de lutte contre le paludisme 10- construction de l'HR de Doba, 5 HD (Bébédjia, Bodo, Gorö, Besam et Bebolo) 11- dons de médicaments à l'hôpital de Doba 12- santé de la reproduction, IST, PEV

Annexe 5 : Le projet « Appui des mutuelles de santé au Tchad » en quelques dates

Faits marquants	Dates
1. Signature du contrat DDC CIDR	12.2009
2. Signature de la convention Afd CIDR	02.2010
3. Date officielle de démarrage du projet	01.2010
4. Arrivée du conseiller technique du CIDR à N'Djaména	16.01.2010
5. Conventions, contrats spécifiques CIDR reconnue ONGI par le Min Economie et du plan (DONG) Convention cadre MSP – CIDR Convention cadre CIDR – BELACD - UNAD Accord de projet (préparé par CIDR et DONG) signé par le Ministère de l'Economie – CIDR Contrat spécifique entre CIDR - MSP (pour travail avec DOSS) Contrat CIDR - UNAD (dotation et recherche de financement) Contrat spécifique d'installation dans les BELACD Pala Contrat spécifique d'installation dans les BELACD Sarh Contrat spécifique d'installation dans les BELACD Doba	08.03.2010 0.03.2010 06.03.2010 20.05.2010 13.05.2011 30.05.2011 07.07.2010 29.06.2010 24.07.2010
6. Installation du CPG a Moundou	04.2010
7. Nomination du Point focal Mutuelles au MSP/DOSS	20.09.2010
8. Recrutement du personnel du CPG (coordinateur, secrétaire et responsable marketing)	13.04.2012
9. Recrutement des coordinateurs régionaux recrutement du coordinateur CAM Doba recrutement du coordinateur CAM Sarh recrutement du coordinateur CAM Pala	21.06.2010-01.12.2011 25.06.2010 02.07.2010
10. Installation de la CAM Doba, Sarh et Pala	06.2010
11. Formation initiale des personnels des CAM	06/07.2010
12. 1 ^{er} séminaire de formation CPG – CAM (en présence de BASE et point focal du MSP)	13-17.12.2010
13. Reconnaissance du Comité Régional de Pilotage du projet de Mayo Kebbi Ouest	16.08.2010
14. 1 ^{ère} mission d'appui du siège du CIDR	03.2010
15. 1 ^{ère} mission de suivi du point focal du MSP (DOSS)	06.2011
16. Création de la 1 ^{ère} mutuelle (date AG constitutives) dans les 3 régions Pala (Gagal, pré-existant) Doba (Laguenan de Bébédjia Sarh (Bémouli)	26.05.2011 21.05.2011 01.2011
17. Reconnaissance officielle de la 1 ^{ère} mutuelle (Bémouli) (enregistrement en - préfecture)	16.07.2012
18. Tenue du 1 ^{er} comité de pilotage national (1 ^{ère} réunion) N'Djaména	26.03.2010
19. Tenue du 1 ^{er} comité de pilotage régional par région Tenue du 1 ^{er} comité régional de pilotage à Doba (1 ^{ère} réunion) Tenue du 1 ^{er} comité régional de pilotage à Sarh Tenue du 1 ^{er} comité régional de pilotage à Pala	23.02.2010 25.02.2010 27.02.2010
20. Signature de la 1 ^{ère} convention de partenariat mutuelle-prestataire par région Sarh (Maingara) Pala (Gagal) Doba (Bebedja)	08.07.2011 15.06.2011 29.01.2011
21. Tenue du 1 ^{er} comité de suivi de la contractualisation par région Sarh (CS de Maingara) Pala (CS de Gagal et Bissi Mafou) Doba (CS de Bebedja)	04.10.2011 11.10.2011 07.10.2011

22. Rapports de projet	
1er rapport annuel du projet	05.2011
1er rapport semestriel du projet	09.2010
1er rapport technique du projet (rapport technique de la mutuelle Laphia Ledji de Gagal)	10.10.2011
23. Evaluation à mi-parcours du projet par la DONG	27.10-09.11.2011
24. 1ère visite de supervision du point focal du MSP /DOSS sur le terrain	13-15.06.2011
25. 1ère visite de la DDC du projet	10.2010
26. 2ème visite de la DDC du projet	04-05.03.2012
27. Visite de l'AFD du projet	30.01.2012
28. Evaluation finale de 1ère phase du projet	21.07- 08.2012

Annexe 6 : Indicateurs de performance des mutuelles

Type indicateur	Indicateur	Détail de la mesure de l'indicateur ou formule de calcul
Viabilité fonctionnelle	Outils de <ul style="list-style-type: none"> • suivi des adhésions, • suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion • suivi des prises en charge • suivi du portefeuille de risque • suivi comptable • suivi financier 	existence de ces outils
	Qualité globale du suivi	utilisation appropriée de ces outils
Viabilité fonctionnelle	Taux de pénétration	(bénéficiaires en année N / public cible en année N) * 100
	Taux de recouvrement des cotisations	(montant des cotisations perçues / montant des cotisations émises) * 100
Viabilité financière	Taux de sinistralité	(prestations payées / cotisation acquises) * 100 (sur la période considérée)
Efficacité	Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires	(nombre de prestations prises en charge A / nombre moyen de bénéficiaires de la mutuelle) * 100
	Taux d'utilisation comparé des services de santé	(nombre de prestations accordées aux bénéficiaires / A nombre moyen de bénéficiaires de la mutuelle) / (nombre de prestations A accordées aux non bénéficiaires / moyen de non bénéficiaires)
Impact	Taux de couverture	(bénéficiaires en année N / population**) * 100 **de la zone de référence, du district,
	Apport financier de la mutuelle aux prestataires de soins	(montant des versements effectués par la mutuelle à la FS + co-paiement versés par les bénéficiaires de la mutuelle à la FS) / (montant total des prestations durant la période concernée) * 100

source : guides STEP/BIT - CIDR 2001.

Annexe 7 : Analyse des indicateurs de performance des mutuelles

1. Indicateurs de viabilité administrative

Le projet a développé de nombreux outils indispensables à la gestion et au suivi des adhésions, au suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion, au suivi des prises en charge, au suivi de portefeuille de risques, suivi de l'enregistrement comptable, et suivi financier. La qualité globale du suivi pourrait être améliorée (notamment leur mise à jour) ; ceci reflète le niveau de compétence acquise par les personnels des CPG et CAM qui est à renforcer. Des outils sont à disposition des élus mutualistes (fiche de suivi des adhésions et cotisations, registre des adhésions, paiement des cotisation et droits d'adhésion, cahier de suivi financier, etc.) mais leur connaissance et utilisation de ces outils sont très limitées illustrant la « jeunesse » des mutuelles, la limite des capacités des élus et du bénévolat. La plupart des outils sont naturellement destinés aux STAM pour le suivi rapproché des mutuelles.

2. Indicateurs de viabilité fonctionnelle

Le nombre d'adhérents : en 2011 les 5 mutuelles appuyées (dont les 2 pré-existantes de Gagat et Bémouli) totalisaient 10'848 bénéficiaires, en 2012 le nombre est de 18'908 pour 13 mutuelles (en comptant les mutuelles devant ouvrir en septembre et octobre 2012). Le nombre de bénéficiaires varie de 8'300 à Bémouli à 201 à Danamadji Est soit en moyenne 1'454 bénéficiaires par mutuelle en 2012 contre 2'170 en 2011. En 2012 les deux mutuelles préexistantes représentent 63 % du nombre total des assurés et 78% du total des bénéficiaires si on y ajoute la mutuelle Korenanmess de Doba.

La majorité des mutuelles est rurale (7 sur 13) et représente 82% du total des assurés (toutes mutuelles confondues). Cependant une mutuelle (Allaïssedji à Bémouli) totalise 54% de tous les bénéficiaires et 44% du total des bénéficiaires en milieu rural.

Il est nécessaire d'augmenter le nombre d'assurés, les petites mutuelles (<1'000 assurés) semblant difficilement viables et nécessitant des coûts de gestion proportionnellement plus élevés.

Les taux de pénétration²⁵ varient de 20 à 1.4% avec une moyenne de 13% en 2012. Ces niveaux correspondent à la stratégie du projet basée sur l'adhésion au niveau des groupements organisés (GO) ou villages qui sont spécifiquement ciblés pour la création de nouvelles mutuelles. Un renforcement des activités de promotion/communication au sein des GO est nécessaire pour accroître le nombre d'assurés des mutuelles existantes. Il faut aussi cibler des grands groupes organisés (membres des caisses de crédit et épargne (CEC), organisations de producteurs (OP) de coton, etc.). Des pistes de collaboration ont été élaborées mais sans mise en œuvre jusqu'à présent.

Le taux de recouvrement des cotisations²⁶ est faible de l'ordre de 59% en moyenne en 2012, illustrant les efforts qu'ils restent à faire en terme de communication, choix des périodes de paiement des cotisations, etc. pour que les inscrits paient la totalité des cotisations dues à temps. Le projet vient de commencer une étude sur les déterminants de l'adhésion, très utile pour le futur²⁷. Les 2 mutuelles préexistantes ont des taux de recouvrement très supérieurs aux autres mutuelles à l'exception de Korenanmess à Doba

²⁵ Taux de pénétration = (bénéficiaires en année N / public cible en année N) * 100

²⁶ Taux de recouvrement des cotisations = (montant des cotisations perçues / montant des cotisations émises) * 100

²⁷ Il pourrait être utile de revenir au focus groups abandonnés rapidement fin 2011 car jugés trop lourds mais certainement très utiles pour comprendre les dynamiques sociales et les motivations des population pour adhérer et ne pas adhérer

traduisant certainement l'intérêt bien perçu par les adhérents de bénéficier d'une assurance maladie, la satisfaction entre niveau de la prime et services reçus, etc. Ainsi les mutuelles de Gagat et Bémouli sont très attractives du fait de cotisations faibles (dans la moyenne de celles du projet) et de co-paiements faibles (500 FCFA) inférieurs à ceux des autres mutuelles. Finalement il est à noter que pour nombre de nouvelles mutuelles le taux de recouvrement a été calculé alors que la période d'adhésion est encore ouverte, le taux de recouvrement définitif devrait être supérieur. En 2011 le taux de cotisation pour l'ensemble des 5 mutuelles était de 74%.

3. Indicateurs d'efficacité

Le **taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires**²⁸ (calculé uniquement pour les CS) sur le 1^{er} et 2^{ème} exercice des mutuelles est très variable, de 19% à pour Bébédjia (privé) à 143% à Bémouli (privé). Un taux supérieur à 100% signifie que les bénéficiaires et non bénéficiaires) visitent une fois par an la FS, en dessous de 100% qu'ils la visitent plus d'une fois par an et en dessous de 100% moins d'une fois par an

Le **taux d'utilisation comparé des services de santé**²⁹ montre que dans la plupart des cas (indicateur supérieur à 1) les mutualistes consomment plus de services de santé que les non assurés aux mutuelles. Ainsi les assurés de la mutuelle de Korenanmess ont recours 1,2 fois plus aux prestations du CS de Doba Gaki que les non assurés. Le ratio de 33,6 pour la mutuelle Aladedji de Bémouli semble largement surestimé, ceci proviendrait des données fournies par le CS dont la bonne gestion a été remise en cause à plusieurs reprises. A Maïngara l'utilisation du CS est presque identique pour les assurés de Raakenaa et non assurés (ratio de 0,9) alors qu'à Bébédjia les non assurés de Laguenan consomment 5 fois plus de soins que les non assurés

Un indicateur supérieur à 1 peut signifier que l'accessibilité financière aux soins est améliorée et que donc les mutuelles de santé offre une protection financière à leurs adhérents (Ekman, 2004). Cependant ceci peut également indiquer une surconsommation ou des sur-prescriptions. Ce dernier cas de figure est confirmé par le travail du médecin conseil en 2012 dans plusieurs mutuelles.

4. Indicateurs de viabilité financière

Le **taux sinistralité**³⁰ des mutuelles mesure la part des cotisations utilisées pour le paiement des prestations. Le taux de sinistralité acceptable est de l'ordre de 70-75% (voir tableau 7) ce qui permet à la mutuelle de financer ses autres charges telles que ses frais de fonctionnement (primes aux collecteurs, gestionnaires de la mutuelle, frais de réunions, frais de déplacement, etc.), sa participation à terme au fonctionnement du réseau (fonds de garantie, services techniques et fonctionnement du réseau) et éventuellement de dégager des réserves. Dans le cas où le ratio est supérieur à 100% la mutuelle ne peut honorer les factures des prestataires et assurer son fonctionnement. C'est le rôle du fonds de réassurance (non encore en place) de prendre en charge les déficits des mutuelles.

Le taux de sinistralité varie de 35 à 141% selon les mutuelles et les périodes considérées. Les faibles taux s'expliquent également car les périodes de prise en charge (PEC) sont courtes alors que le montant des cotisations a été calculé en général sur la base d'un exercice de 12 mois. En conséquence lorsque le ratio de sinistralité est faible, d'une part la mutuelle peut dégager des réserves (par exemple le solde en fin d'exercice de Laguenan de Bébédjia de 285 456 FCA au 31.12.2012) mais, d'autre part, les mutualistes peuvent manifester leur mécontentement et demander une réduction du montant des cotisations (ceci

²⁸ Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires = (nombre de prestations A prises en charge / nombre moyens de bénéficiaires de la mutuelle) * 100

²⁹ Taux d'utilisation comparé des services de santé = (nombre de prestations accordées aux bénéficiaires / nombre moyens de bénéficiaires de la mutuelle) / (nombre de prestations A accordées aux non bénéficiaires / nombre de non bénéficiaires)

³⁰ Taux de sinistralité = prestations payées/ cotisations acquises (sur la période considérée)

doit être évité et une amélioration des garanties doit être proposée à la place). Dans le cas contraire la mutuelle doit être soutenue financièrement : c'est l'option choisie par le projet qui a financé le déficit de la mutuelle de Gagat en 2012 moyennant conditions. Malgré un suivi plus rapproché mis en place par CPG/CAM de la mutuelle durant son 2nd exercice la même situation semble se reproduire cette année.

Table 7: Taux de sinistralité des mutuelles

Mutuelles	Affiliation du centre de santé	Taux de sinistralité (%)	Période considérée	Remarque
Laphia Ledji, Gagat	Public	141	20.06.2011-31.12.2011	Exercice clos
Fizilbo, Bissi Mafou	Privé	44	08.07.2011-31.01.2012	Exercice clos
Laguenan, Bébédjia	Privé	55	02.07.2011-31.01.2012	Exercice clos
Allaïssedji, Bémouli	Privé	101	01.01.2012-12.06.2012	Exercice en cours
Raakena, Maïngara	Privé	38	21.07.2011-24.07.2012	Exercice en cours
Korenanmess, Doba	Public	72	01.01.2012-25.07.2012	Exercice en cours

5. Indicateurs d'impact

Les taux de couverture³¹ des mutuelles sont très faibles tant au niveau de la zone de responsabilité (ZR) des FS qu'au niveau du district. En moyenne en 2012 ces taux étaient de 8% et 2% respectivement. Le choix de la stratégie de développement des mutuelles dans des zones présentant les conditions les plus favorables (niveau socio-économique des populations, disponibilité d'une offre de soins « de qualité » à proximité) explique l'éparpillement des mutuelles et leur faible couverture après au plus 2 exercices (tableaux 9 et 10).

Entre 2011 et 2012 une amélioration du taux de couverture est constatée pour la mutuelle Allaïssedji de Bémouli ; une dégradation se produit pour les autres (à la date de l'évaluation plusieurs de ces mutuelles ont encore leur période d'adhésion ouverte).

L'apport financier des mutuelles aux prestataires de soins³² montre que certaines mutuelles représentent déjà un poids certain dans le total des recettes des CS (jusqu'à 67% pour la mutuelle Allaïssedji de Bémouli) ce qui devait leur permettre d'influer sur la qualité des prestations (tableau 6). Cet indicateur a moins de sens au niveau hospitalier où les mutualistes référés ne représentent qu'une très faible part du total des clients de la FS (entre 0 et 1,7%). La capacité de négociation des mutuelles sur les hôpitaux semble donc faible alors que la satisfaction des mutualistes sur leur prise en charge en cas de référence est souvent déterminante dans leur décision d'adhérer.

La mutuelle Laguenan n'a qu'un faible poids dans les recettes du CS de Bébedjia ce qui se comprend lorsque l'on regarde le faible taux d'utilisation de cette FS par les mutualistes alors que cette formation sanitaire en milieu urbain a un fort taux de fréquentation.

On ne remarque pas de variation notable de cet indicateur selon l'affiliation de la FS conventionnée : ce ratio variant de 5 à 67% pour les FS privées et de 19 à 58% pour les FS publiques. En fait les adhérents d'une même mutuelle n'ont pas le choix entre plusieurs CS (à part pour la mutuelle Laphia Ledji qui permet à ses adhérents de consulter soit dans le CS public de Gagat soit dans le CS privé de Dobo (EET). En milieu rural les adhérents non

³¹ Taux de couverture = nombre de bénéficiaires / population de la zone cible (district)

³² Apport financier des mutuelles aux prestataires de soins = (montant des versements effectués par la mutuelle à la FS + co-paiement versés par les bénéficiaires de la mutuelle à la FS) / (montant total des prestations durant la période concernée) * 100

satisfaits des prestations de la FS conventionnée n'ont souvent pas le choix de s'adresser ailleurs du fait de la limitation de l'offre de soins.

Finalement l'apport financier des mutuelles aux prestataires de soins indique pour certaines mutuelles un réel potentiel pour la prise en considération par les FS et l'administration sanitaire de la « voix » des populations. Ceci suppose aussi une amélioration de la gouvernance des FS donc une meilleure participation des populations aux COSAN/COGES et une supervision effective par l'administration sanitaire.

Tableau 8: Apport financier des mutuelles aux prestataires de soins conventionnés

Mutuelle	Formation Sanitaire (CS)	Affiliation de la formation sanitaire	Formation Sanitaire (hôpital de référence)	Affiliation de la formation sanitaire	Ratio1 (%)	Ratio2 (%)	Remarque
Korenanmess	CS Doba	Public	H. St Joseph Bebidja	privé (BELACD)	19,1	0,1	1er exercice (en cours)
Laguenan	CS Notre Dame	privé (BELACD)	H. St Joseph Bebidja	privé (BELACD)	5,5	0,7	1er exercice (clos)
Raakenaa	CS ND Apotres	privé (BELACD)	HR Sarh	Public	34,7	NA	1er exercice (en cours)
Allesadji*	SC Croix de Malte	privé (BELACD)	Sans reference	NA	67,4	NA	2eme exercice (en cours)**
Fizilbo	CS Bissi Mafou	privé (BELACD)	HR Pala	Public	8,2	1	1er exercice (clos)
Laphia Ledji*	CS Gagat	Public	HR Pala	Public	57,9	NA	2eme exercice (en cours)**

* mutuelles pré-existantes, **2eme exercice avec l'accompagnement du projet

Tableau 9 : Indicateurs de performance des mutuelles (exercice 2011)

Région	CAM	District	Mutuelles	Affiliation du CS	Nb d'adh. titulaires*	Nb de bénéficiaires	Taux de recouvr. des cotisations	Taux de pénétration (%)	Taux de couv. District (%)	Taux de couv. ZR (%)	Date de démarrage de la prise en charge*	Durée du 1er exercice (mois)
Mayo kebbi	Pala											
		Pala	Laphia Ledji, Gagal	MSP	274	1'705	97.43%	9.40%	0.49%	4.21%	20.06.2011	6
		Pala	Fizilbo, Bissi Mafou	BELACD	165	1'050	96.78%	7.66%	0.30%	4.14%	07.07.2011	7
					439	2'755	97%	9%	0.79%	4.19%		
Logone Oriental	Doba											
		Bébedja	Laguenan, Bebedja	BELACD	173	1'116	57.67%	4.86%	0.50%	4.65%	03.07.2011	7
					173	1'116	57.67%	5%				
Moyen chari	Sarh											
		Sarh	Alaisedji, Bémouli	BELACD	-	5'352	66.90%	41.17%	1.47%	41.17%	01.01.2011	12
		Sarh	Raakenaa, Sarh	BELACD	236	1'625	86.67%	9.42%	0.45%	7.69%	08.07.2011	15
					236	6'977	70.66%	23.06%	1.92%	20.44%		
GRAND TOTAL					848	10'848	73.79%	12.75%	1.15%	8.75%	-	9

Tableau 10 : Indicateurs de performance des mutuelles (exercice 2012)

Région	CAM	District	Mutuelles	Affiliation CS	Nb daAdhérents titulaires	Nb de bénéficiaires	Taux de recouvr. des cotisations	Taux de pénétration (%)	Taux couv. ZR (%)	Taux couv. District (%)	Date de démarrage de la prise en charge	Durée d'interruption entre 1er-2eme exercice
Mayo kebbi	Pala											
CAM de Pala		Pala	Laphia Ledji - Galal MSP	MSP	529	3'566	82.47%	19.67%	8.82%	1.42%	23.04.2012	3 mois
		Pala	Fizilbo de Bissi Mafou	BELACD	84	606	28.63%	4.42%	2.39%	1.42%	01.09.2012	8 mois
		Pala	Erdé	MSP	111	815	56.13%	8.35%	2.68%	1.42%	16.07.2012	NA
					724	4'987	63.26%	11.99%	5.18%	1.42%		5.5 mois
Logone Oriental	Doba											
CAM de Doba		Bébedja	Laguenan de Bébedja	BELACD	77	510	22.49%	2.22%	2.12%	0.79%	01.08.2012	7 mois
		Bébedja	Hollo	ACT	110	745	35.83%	16.41%	7.18%	0.79%	01.08.2012	NA
		Bodo	Bodo Est	BELACD	103	693	24.95%	16.67%	2.14%	0.62%	01.08.2012	NA
		Bébedja	Miandoum	ACT	77	532	30.91%	4.06%	2.34%	0.79%	01.08.2012	NA
		Doba	Doba Gaki	MSP	393	2'809	85.22%	9.81%	9.81%	1.49%	06.02.2012	NA
					760	5'289	40.44%	7.20%	4.47%	1.01%		7 mois
Moyen chari	Sarh											
CAM de Sarh		Sarh	Bémouli	MSP**	1'171	8'300	98.13%	63.85%	63.85%	2.37%	01.01.2012	0
		Sarh	Raakenaa de Maingara	ND des Apotres	50	332	16.23%	1.92%	1.57%	2.37%	01.10.2012	0
		Sarh	Bégou	MSP	88	590	24.51%	4.91%			01.09.2012	NA
		Sarh	Banda Quartier	MSP	49	372	8.85%	2.07%			01.10.2012	NA
		Danamadji Est	Danamadji	MSP	31	201	5.95%	1.35%			01.10.2012	NA
					1'221	8'632	82.19%	29%	25%	2%		0
Grand total					2'705	18'908	59.23%	13%	8%	2%		3.6 mois

** le CS s'approvisionne en médicaments auprès du BELACD, Sarh

Annexe 8 : Analyse du cadre logique du projet

Description	Indicateurs	Valeur atteinte en août 2012	Commentaires
Finalité du programme			
Les mutuelles de santé ont contribué à l'amélioration de l'état de santé des populations tchadiennes	<ul style="list-style-type: none"> - Le taux de fréquentation des formations sanitaires par les mutualistes est le double de celui des non mutualistes - La mortalité maternelle et infantile a diminué de moitié dans les familles mutualistes 	<p>Pour 2 mutuelles sur 6 (pour lesquelles les données sont disponibles) les taux des assurés sont supérieurs au double du taux des non assurés. pour 2 mutuelles ces taux sont légèrement supérieurs et pour 2 autres les taux sont inférieurs au taux des non assurés.</p> <p>Indicateur impossible à mesurer lors d'une mission d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Source: mission d'évaluation - Indicateur non pertinent surtout pour une phase pilote.
Objectif spécifique			
Les populations, dont les catégories vulnérables, disposent d'un système pérenne d'accès aux soins de santé de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - 45 000 bénéficiaires regroupés dans 45 mutuelles - Un mécanisme fonctionnel de prise en charge des populations vulnérables existe dans au moins un tiers des mutuelles - Les rapports de monitoring du Ministère de la Santé et celui de l'évaluation externe ont relevé que la qualité des soins dans les formations sanitaires conventionnées avec les mutuelles s'est nettement améliorée suite, entre autres, à l'action des mutuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - 18'908 bénéficiaires regroupés en 13 mutuelles - aucun mécanisme existant -perception des mutualistes (analyse qualitative) selon lesquels une dégradation de la qualité des soins est observée 	<ul style="list-style-type: none"> -Sources. Documents du projet et SIG -Source: mission d'évaluation - aucun rapport du MSP relatif aux mutuelles hormis les rapports de mission de supervision du point focal qui ne permettent pas d'évaluer la qualité des soins
<i>Cet objectif se décline en sous objectifs suivants (SO):</i>			

Description	Indicateurs	Valeur atteinte en août 2012	Commentaires
- SO1 : Des organisations mutualistes viables sont en activité	Taux de pénétration des mutuelles supérieur à 20 %	Taux de pénétration moyen de 13% Taux de couverture de 2% (relatif au district)	- Source: mission d'évaluation, basée sur données du SIG du projet (base de données des adhésions) -aucun rapport du MSP relatif aux taux de pénétration des mutuelles
- SO2 : Les mutuelles se sont fédérées en réseau	Un réseau existe au niveau de chaque zone d'activités d'un BELACD	Aucun réseau existant	
- SO3 : La contractualisation entre les mutuelles de santé et les services de santé a contribué à l'amélioration des prestations de ces services	Au moins deux réunions annuelles des comités de suivi	1 mutuelle (sur 2) respecte sa convention en 2012 (Korenanmess à Doba) pour l'exercice 2012. 3 mutuelles (sur 4) respectent la convention pour l'exercice 2011 (Laphia Ledji, Fzilbo et Laguenan).	- Source: Compte rendus des réunions des comités de suivi

Résultats (R) attendus			
SO1 : Des organisations mutualistes viables sont en activité			
R.1.1. Des mutuelles viables ont été mises en place dans les zones de responsabilité des BELACD de Sarh (au Moyen Chari), Pala (Mayo-Kebbi) et Doba (Logone Oriental)	-Dans chaque BELACD touché par l'action, au moins 15 mutuelles de plus de trois ans d'âge totalisant 15 000 bénéficiaires existent - Une famille mutualiste sur cinq dispose d'un compte épargne santé dans un EMF	Seules 2 mutuelles (pré-existantes) ont plus de 3 ans d'âge. • Moyen Chari: 2 mutuelles de plus de un an (dont 1 pré-existante), 3 nouvelles mutuelles en 2012, au total 8'632 bénéficiaires • Mayo Kebbi : 2 mutuelles de plus de 2 ans d'âge (dont 1 pré-existante), 1 nouvelle mutuelle en 2012 : au total 4'987 bénéficiaires • Logone Oriental : 1 mutuelle de 2 ans d'âge, 4 nouvelles mutuelles en 2012 ; au total 5'289 bénéficiaires Aucune famille mutualiste ne dispose d'un compte épargne santé.	- Source: document du projet -aucun rapport annuel des BELACD disponible - aucune activité mise en place avec les EMF (CEC). Quelques discussions préparatoires ont eu lieu
R.1.2. Des produits (garanties) à coûts réduits et adhésion individuelle ou collective ont été conçus et testés	2 produits à adhésion familiale et 2 produits à adhésion collective ont été testés et diffusés dans plus de la moitié des mutuelles	1 seul produit par mutuelle à adhésion collective	- Source: données du projet - aucun produit additionnel na été lancé
R.1.3. Les femmes participent activement aux activités de la mutuelle	- Au moins 30 % des membres des organes dirigeants des mutuelles sont des femmes - Au moins un tiers des femmes répondant aux critères ont souscrit à un produit spécifique aux besoins des femmes en matière de santé	30% de femmes dans les instances dirigeantes (CA, BE, CS) aucun produit spécifique développé pour les femmes	- Source: mission d'évaluation, entretien avec élus mutualistes - Rapports d'activités du projet

SO2 : Les mutuelles se sont fédérées en réseau			
R.2.1. Un service technique de la gestion des risques et de gestion financière appuie les mutuelles	<p>Les rapports techniques annuels présentant la situation de chaque mutuelle sont disponibles</p> <p>Le niveau de consommations des prestations par les mutualistes est sous contrôle dans 95 % des cas</p>	<p>Rapport technique annuel 2011 disponible pour 4 mutuelles sur 5. Rapports annuels 2012 non encore disponibles (exercice non clos)</p> <p>0% : en 2012 sur l'exercice en cours 4 mutuelles (Laphia Ledji de Gagat, Allasedji de Bémouli, Korenanmess de Doba et Raakenaa à Maingara) présentent des consommations excessives qui ne sont pas sous contrôle.</p>	<p>-Rapports d'activités du projet</p> <p>-SIG, Etats financiers des mutuelles</p>
R.2.2. Les systèmes de prépaiement existants dans les régions du Logone Oriental, Moyen Chari et Mayo Kebbi ont poursuivi leur croissance	Taux de croissance annuel des systèmes de prépaiement existants supérieur à 10 %	<p>+17% entre 2010 et 2011 (Bémouli +100% et Gagat -11%).</p> <p>+68% entre 2011 et 2012 en moyenne (Bémouli +55% et Gagat +109%).</p>	<p>-Rapports annuels d'activités du projet</p> <p>-aucun rapport du Ministère de tutelle des mutuelles (de la Santé)</p>
R.2.3. Trois réseaux de mutuelles sont fonctionnels	Le fonctionnement des réseaux est conforme à la loi, aux statuts et règlement intérieur et au moins 90 % des décisions prises en AG sont respectés	Aucun réseau régional n'existe	<p>-Rapports annuels d'activités du projet</p> <p>-Aucun rapport de supervision du Ministère de tutelle des mutuelles (de la Santé)</p>

<p>R.2.2.4. Des contrats de tiers payant sont signés entre les mutuelles et les services de santé</p>	<p>100 % des mutuelles prenant en charge leurs membres ont les contrats valides avec les formations sanitaires</p> <p>Un comité de suivi du respect de la convention se réunit tous les 6 mois</p>	<p>80% des mutuelles (4 sur 5) dont les prises en charge ont débuté (seule Allassedji à Bémouli n'a pas de contrat signé)</p> <p>1 mutuelle (sur 2) respecte sa convention en 2012 (Korenanness à Doba) pour l'exercice 2012.</p> <p>3 mutuelles (sur 4) respectent la convention pour l'exercice 2011 (Laphia Ledji, Fzilbo et Laguenan).</p>	<p>-Contrats entre mutuelles et formations sanitaires</p> <p>-Comptes-rendus des réunions des comités de suivi</p> <p>-aucun rapport de monitoring des délégations sanitaires portant sur les mutuelles</p> <p>-Les tarifs ne sont pas toujours annexés aux conventions de partenariat</p> <p>- Contractuellement les comités se réunissent tous les 3 mois</p> <p>-Allassedji fonctionne sans convention depuis 2011</p> <p>-mêmes indicateurs que pour les R 224 et R 3.1</p>
<p>R.2.5. Un processus de transfert des compétences aux ONG BASE et SERFI est en cours</p>	<p>A chaque mission du CIDR au Tchad, une formation est dispensée aux membres de BASE et SERFI</p>	<p>1 seule formation/séminaire dispensé au « point focal mutuelles » de BASE sur 5 missions du CIDR au Tchad.</p> <p>Aucune formation dispensée à un responsable de SERFI.</p>	<p>- Rapports de mission du CIDR</p> <p>- Rapports d'activités annuels du projet 2010 et 2011</p> <p>- Rapports d'activités semestriels du projet 2010 et 2011</p>

SO3 : La contractualisation entre les mutuelles de santé et les services de santé a contribué à l'amélioration des prestations de ces services			
<p>R.3.1. Les délégations départementales assument leur fonction de suivi contrôle des engagements contractuels passés entre les mutuelles de santé et les services de santé</p>	<p>Un appui trimestriel est apporté à la délégation sanitaire dans la tenue du tableau de bord des formations sanitaires conventionnées avec les mutuelles</p> <p>Au moins deux réunions annuelles des comités de suivi</p>	<p>Aucun tableau de bord développé pour les DSR</p> <p>1 mutuelle (sur 2) respecte sa convention en 2012 (Korenanmess à Doba) pour l'exercice 2012.</p> <p>3 mutuelles (sur 4) respectent la convention pour l'exercice 2011 (Laphia Ledji, Fzilbo et Laguenan).</p>	<p>-DSR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activités annuels du projet 2010 et 2011 - Rapports d'activités semestriels du projet 2010 et 2011 - Rapports 2012 disponibles des comités de suivi de Korenanmess, Laphia Ledji et Fizilbo <p>D'après les conventions de partenariats entre mutuelles et CS les réunions de suivi de la contractualisation doivent être semestrielles</p> <p>Cet indicateur est le même que pour le résultat R 224.</p>
<p>R.3.2. Le rôle du Ministère de la Santé dans la promotion des mutuelles est défini et assumé</p>	<p>Une note ministérielle donnant des orientations aux délégations départementales et services sur les relations avec les mutuelles de santé est disponible</p> <p>Une évaluation annuelle de son application est faite conjointement par le projet et le Ministère</p>	<p>Aucune note ministérielle n'existe</p> <p>Aucune évaluation de son application</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activités annuels du projet 2010 et 2011 - un projet de note a été élaboré par le projet en 2011 et transmis au MSP

Annexe 9 : Présentation lors de la réunion de débriefing à N'Djaména le 07.08.2012

Swiss TPH
 Swiss Tropical and Public Health Institute
 Schweizerisches Tropen und Public Health Institut
 Institut Tropen und Public Health Suisse
 International Institute of Health, University of Basel

Centre Suisse de Santé Internationale

Projet de promotion des mutuelles de santé au Tchad. DDC- AFD

Evaluation de la 1ère phase

Réunion de débriefing, BuCo, N'Djaména, 07.08.2012

Cyril Nogier, Economiste de la santé
 Mahamat Bechir, Epidémiologiste



Swiss TPH

Sommaire

- Objectifs de l'évaluation
- Methodologie
- Objectifs du projet d'appui aux mutuelles de santé
- Résultats de l'évaluation
- Recommendations

2

Swiss TPH

Objectifs de l'évaluation

- Evaluer l'atteinte des résultats attendus du projet
- Evaluer la pertinence, efficacité et durabilité du projet
- Faire des recommandations pour une 2ème phase

3

Swiss TPH

Méthodologie - 1

Phase préparatoire (Suisse/ Tchad)

Revue de la littérature

Préparation des questionnaires / canevas d'entretien pour les différents informants:

- Mutuelles: élus et adhérents - population (non adhérents)
- Administration sanitaire (DRS et district sanitaire)
- Formations sanitaires conventionnées (CS et hôpitaux)
- CPG (CIDR), CAM et BELACD
- Partenaires du niveau central: MSP, Afd, UNICEF/OMS, UNAD

4

Swiss TPH

Méthodologie - 2

Tchad : Au niveau régional

Dans chacune des 3 régions visitées

- Visites de formations sanitaires
- Entretiens avec chaque catégorie d'informants

Revue de la littérature dont la documentation du projet

5

Swiss TPH

Méthodologie - 3

Au niveau central

Entretiens avec

- MSP: Unité de gestion de la Gratuité des Soins d'Urgence
 Direction des Organisations et Services Sanitaires (DOSS)
 Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale (DGASER)
- projet Financement Basé sur les Résultats AEDES-CSSI
- Afd et DDC
- UNICEF, OMS
- UNAD
- BASE

Limites: non disponibilité de SERFI

6



Swiss TPH

Objectifs du projet de promotion des mutuelles de santé (document de projet)

Objectif global
Améliorer l'accès à des soins de qualité

Objectif spécifique
Promotion d'organisations mutualistes à gouvernance participative et à gestion professionnelle organisées en réseau

8

Swiss TPH

Sous-Objectifs du projet de promotion des mutuelles de santé (document de projet)

SO1. Des organisations mutualistes viables sont en activité

- R11. Des mutuelles viables ont été mises en place dans les zones d'intervention des BELACD de Pala (Mayo-Kebbi Ouest), de Doba (Logone Oriental), et de Sarh (Moyen Chari)
- R12. Des produits (garanties) à coûts réduits et adhésion individuelle ou collective ont été conçus et testés
- R13. Les femmes participent activement aux activités de la mutuelle
- R14. Les systèmes de prépaiement existants dans les régions du Mayo-Kebbi Ouest et du Moyen Chari ont poursuivi leur croissance

9

Swiss TPH

Sous-Objectifs du projet de promotion des mutuelles de santé (document de projet)

SO2. Les mutuelles se sont fédérées en réseau

- R21. Un service technique de la gestion des risques et de gestion financière appuie les mutuelles
- R22. Trois réseaux de mutuelles sont fonctionnels
- R23. Un processus de transfert des compétences aux ONG BASE et SERFI est en cours

10

Swiss TPH

Sous-Objectifs du projet de promotion des mutuelles de santé (document de projet)

SO3. La contractualisation entre les mutuelles de santé et les services de santé a contribué à l'amélioration des prestations de ces services.

- R31. Des contrats de tiers payant sont signés entre les mutuelles et les services de santé
- R32. Les délégations sanitaires régionales assument leur fonction de suivi-contrôle des engagements contractuels passés entre les mutuelles de santé et les services de santé
- R33. Le rôle du Ministère de la Santé Publique dans la promotion des mutuelles est défini et assumé

11

Swiss TPH

Résultats -préliminaires

Des organisations mutualistes viables sont en activité – 2012

Région	Mutuelles	Affiliation US	Type de mutuelle	Population cible de la mutuelle	No de bénéficiaires	Taux de couverture des consultations (%)	Taux de pénalités (%)	Ratio coût/DR (%)	Ratio coût/dépense (%)	Date de démarrage de l'activité	Date d'intégration dans le réseau
Mayo Kebbi											
CAG de Pala	Lapin-Lapin - CAGP WUP	WUP	Rurale	85143	2558	62.47%	19.87%	6.62%	1.42%	22.04.2012	3 mois
	Mutuelle de Bani-Mutuelle	BELACD	Rurale	19197	809	28.13%	2.43%	2.59%	1.25%	21.08.2012	6 mois
	ADP	WUP	Rurale	37127	619	65.16%	9.83%	2.49%	1.62%	18.07.2012	NA
				41337	4986	63.26%	11.99%	5.18%	1.42%		6.5 mois
Logone de											
CAG de Doba											
CAG de Doba	L'Apprenti de Senegal	ETI, ACD	Urbaine	21163	519	25.45%	3.32%	2.25%	0.57%	31.05.2012	7 mois
	ADP	ADP	Rurale	41316	715	35.15%	18.41%	3.18%	0.55%	21.08.2012	NA
	ADP Est	BELACD	Rurale	41271	833	24.19%	16.97%	2.14%	0.62%	21.05.2012	NA
				101107	1967	39.17%	9.98%	2.49%	0.64%	21.08.2012	NA
				20547	2555	60.22%	9.81%	3.01%	1.45%	26.02.2012	NA
				72410	4729	48.44%	1.28%	4.47%	1.01%		7 mois
Moyen Chari											
CAG de Sarh	Senouil	BELACD	Rurale	12033	8700	59.13%	63.86%	63.86%	2.29%	21.01.2012	0
	Passerelle de Mambour	BELACD	Urbaine	17133	323	19.23%	1.56%	1.57%	0.09%	21.10.2012	0
	Senouil	WUP	Urbaine	12033	893	24.17%	4.91%	4.17%	0.19%	21.02.2012	NA
	Sanika Oualou	WUP	Urbaine	18333	372	0.85%	0.47%	1.27%	0.19%	21.10.2012	NA
	Daravani	WUP	Rurale	18333	351	0.85%	1.35%	1.59%	0.07%	21.10.2012	NA
				76365	9799	47.92%	13%	13%	2%		8 mois
Total				100214	20271	48.40%	11%	7%	1%		6 mois

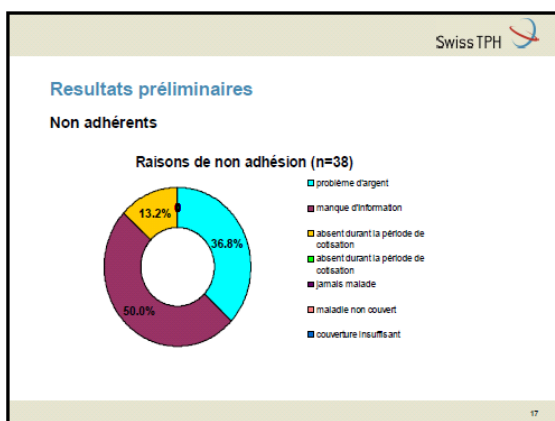
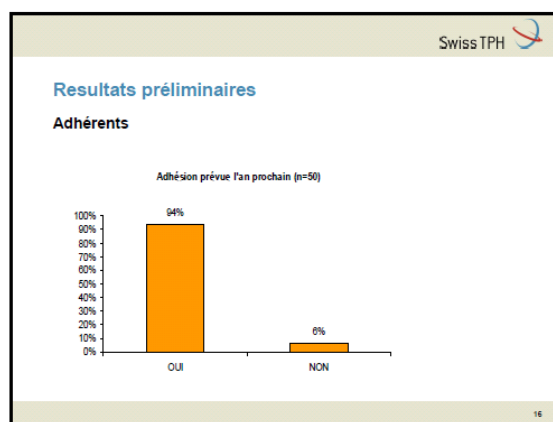
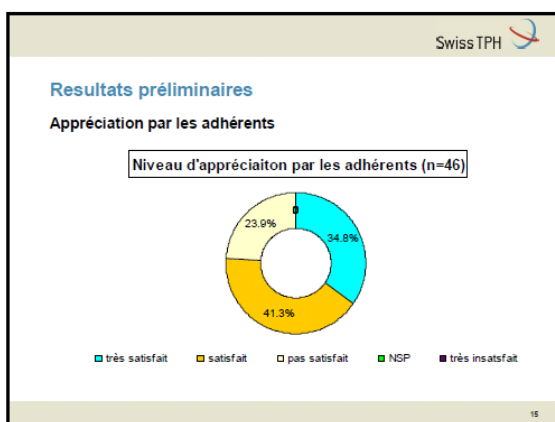
Swiss TPH

Résultats préliminaires

Autres mutuelles - création en fin 2012

Région	Mutuelle	AMBA/Association	Type de mutuelle	Population cible de la mutuelle	Nb de membres cotisants	Taux de recouvrement des cotisations (%)	Taux de pénétration (SWI) (%)	Taux court ZR (%)	Taux moyen district (%)	Date de démarrage de la prise en charge
Moye pré-Alpes	CAM de Fribourg	MSP	Rurale	9724	64	0.75%	0.05%	0.31%	0.03%	prévue fin 2012
			Rurale	16962	118	0.53%	0.75%	0.71%	0.03%	prévue fin 2012
			Rurale	14376	-	0.26%	0.02%	-	-	prévue fin 2012
			Rurale	19270	-	0.50%	0.00%	-	-	prévue fin 2012
			Urbaine	20300	10	2.26%	0.05%	0.04%	0.00%	prévue fin 2012
				78126	192					
Légère ZR	CAM de Soleure	MSP	Rurale	5321	143	14.37%	2.46%	2.46%	0.03%	prévue fin 2012
			Rurale	5921	166	40.44%	2.45%	2.45%	0.08%	-
							79387	337	49.81%	0.42%

- Swiss TPH
- ### Résultats préliminaires
- Cotisation moyenne de 1226 CFA (1000-1600 FCAF)
 - 1 seul produit** existant par mutuelle à adhésion individuelle (famille)
 - Garanties identiques comprenant les soins du PMA (exclusion maladies chroniques) au CS + PCA référence à l'hôpital (sauf Bémouli)
 - Co-paiement généralisé et pas de plafond
 - 5 mutuelles totalisent plus de 2 exercices, en moyenne 3 mois d'interruption entre deux exercices consécutifs (0-8 mois)
 - Au moins **13 mutuelles fonctionnelles** en 2012
 - 8/13 mutuelles sont rurales, 20 071 adhérents en tout
 - 3 mutuelles (dont 2 pré-existantes) représentent **73% de l'effectif total** en 2012
 - Des **taux de recouvrement** des cotisations faibles: 49%
 - Des **taux de pénétration** faibles: 11%
 - des **taux de couverture** faibles 7% / zone responsabilité ou 1% /district



- Swiss TPH
- ### Résultats préliminaires
- #### Participation des femmes aux instances dirigeantes des mutuelles
- Dans les 7 mutuelles visitées
- 24 femmes dans les CA (31%),
 - 12 dont dans le bureau exécutif (34%) et 3 dans le conseil de surveillance (14%)

Résultats préliminaires

Les mutuelles se sont fédérées en réseau

Le Comité de Promotion et de Gestion des mutuelles (CTG) - basé à Moundou

- Dirigé par le CT concentre les fonctions techniques de formation, encadrement, mise en œuvre, monitoring et de gestion du projet
- Niveau de professionnalisme du CIDR/CPG en matière de gestion des mutuelles de santé certain
 - fournit des formations techniques aux personnels des CAM
 - fournit des outils et manuels
 - assure le suivi des adhésions et de prestations (base de données)
 - assure le suivi de la gestion des risques
 - assure la mise en place et suivi de la contractualisation
 - assure la promotion des mutuelles
 - produit de nombreux rapports d'activités, analyses de risques, etc.

19

Résultats préliminaires

Les mutuelles se sont fédérées en réseau

Le Comité de Promotion et de Gestion des mutuelles- basé à Moundou

- Coordination des activités (CPG et CAM) : certaines insuffisances : planification faite non respectée, manque de stratégie (communication), etc.
- Difficultés due à l'absence de compétences techniques initiales (nouveau domaine au Tchad) et à l'éloignement géographique des GPG / CAM / mutuelles → de très nombreuses missions de terrain ont lieu (50% du temps).
- Le transfert des compétences lors des missions de terrain semble très limité
- Activités clairement orientées sur l'objectif quantitatif de création de mutuelles au détriment des autres résultats attendus (dictature du cadre logique)
- Répartition des rôles/ activités entre CPG et CAM devrait être clarifiée (en cours)
- Substitution par le CPG / CT

20

Résultats préliminaires

Les mutuelles se sont fédérées en réseau

Les Cellules d'Appui aux Mutuelles (CAM) de Sarh- Doba- Pala

- Localisées dans les BELACD de Sarh, Doba et Pala
- Encadrées par CPG pour marketing, gestion des mutuelles, programmation et suivi des activités
- Formations reçues par CPG lors de plusieurs séminaires mais non suffisantes, besoin de formations additionnelles (CAM)
- Nombreux outils et guides fournis par le CPG mais que les CAM ne se sont pas totalement appropriés. Nécessité de simplification, adaptation au contexte
- Capacité technique des CAM à renforcer
- Capacité de coordination/management des CAM à renforcer

21

Résultats préliminaires

Les mutuelles se sont fédérées en réseau

Les BELACDs

- Partenaires du projet (conventions UNAD et BELACD)
- Hébergent les CAM
- Gèrent les équipes CAM –responsabilité juridique et institutionnelle
- Participation limitée à la conception initiale du projet : → niveau d'appropriation du projet?

22

Résultats préliminaires

- **La mise en réseau régional des mutuelles** n'est pas effective.

- **Le transfert de compétences-** encore très partiel est limité aux 3 CAM.

Seule l'ONG BASE a montré un intérêt initial non suivi de réalisation concrète. SERFI n'a jamais pris part au projet.

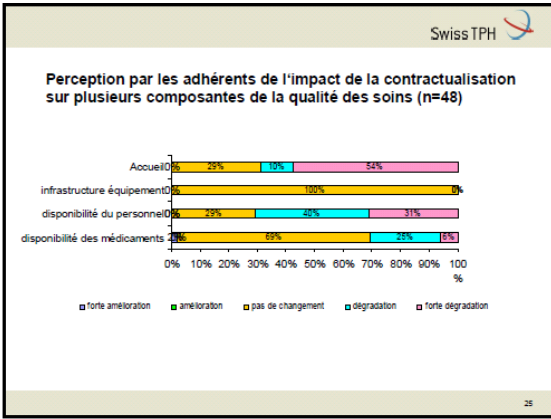
23

Résultats initiaux

La contractualisation entre mutuelles de santé et services de santé a contribué à l'amélioration des prestations de ces services

- Toutes les mutuelles en activité (sauf Bémouli) ont signé des **conventions avec leurs prestataires** avec co-signature des DRS (BELACD)
- Les **obligations des parties** ne sont pas toujours bien connues (mutuelle et CS). Les contrats de contiennent pas toujours les tarifs des prestataires
- Les mutuelles sont encore très **en retrait** et doivent être accompagnées par les STAM dans leur relation avec les prestataires de soins et l'administration sanitaire
- Le comité de suivi est un **lieu unique de dialogue** entre les parties prenantes. Cependant en 2012 peu de comités de suivi se sont tenus (périodicité trimestrielle)

24



Swiss TPH

Evaluation du SO1 : des organisations mutualistes viables sont en activité

La mission considère que:

- La **viabilité des mutuelles** est encore très incertaine (1er ou 2eme exercice en cours) même pour les mutuelles pré-existantes (cas de Gagal)
- L'**existence des mutuelles** paraît souvent artificielle, les élus ne maîtrisant pas encore leur responsabilités et le fonctionnement associatif
- Le **bénévolat** (un des dogmes du mutualisme) paraît déjà avoir atteint ses limites dans des mutuelles récentes. Des adaptations sont sûrement nécessaires
- Le **taux de couverture des mutuelles** est très faible (impact?)
- Le projet n'a initié la création que d'un **seul produit d'assurance** par mutuelle... paraît finalement sage au vu des difficultés de gestion/suivi de la contractualisation (CAM) et des risques.

26

Swiss TPH

Evaluation du SO1 : des organisations mutualistes viables sont en activité

Selon l'évaluation

- **Les femmes sont bien représentées** dans les instances de décision des mutuelles. Cependant quel est leur rôle réel?
- **Les 2 mutuelles pré-existantes ont montré de forts taux de croissance** (+109 et +58% entre 2011 et 2012) mais sont cependant très fragiles:
 - coûts des prestations facturés (Gagal),
 - gouvernance des prestataires (Gagal et Bémouli)
 - disponibilité en médicaments (Bémouli)
 - interruption entre 2 exercices (Gagal)

27

Swiss TPH

Evaluation du résultat attendu - SO2 : les mutuelles se sont fédérées en réseau

La mission considère que:

- Les **CPG/CAM sont indispensables au fonctionnement** des mutuelles tant pour le marketing, mobilisation sociale, gestion des risques, suivi financier, contractualisation, etc.
- Il est encore **prématuré d'organiser les mutuelles en réseau** et le financement de son fonctionnement (provenant d'une contribution basée sur les cotisations des mutuelles) est loin d'être garanti du fait de la fragilité des mutuelles
- **L'appui provient principalement du CPG** car le transfert des compétences au CAM est loin d'être complet et doit être mieux organisé.
- **Aucun autre processus de transfert n'a eu lieu avec BASE et SERFI** malgré quelques activités en ce sens avec la 1ère ONG. Aucun cadre n'a été défini pour mener ce processus.

28

Swiss TPH

Evaluation du SO3: la contractualisation entre les mutuelles de santé et les services de santé a contribué à l'amélioration des prestations de ces services.

La mission considère que résultats obtenus dans ce domaine sont **encourageants et doivent être poursuivis et systématisés.**

- Les **autorités sanitaires (DRS)** commencent à jouer leur rôle: présidence des comités, utilisation de leur autorité hiérarchique pour transférer des personnels sanitaires «défaillants» (Gagal), contrôler le coût des prestations (Doba Gaki), etc. mais l'impact sur l'offre de soins n'est pas visible.
- Le **suivi de la contractualisation sur le terrain (MCD) est indispensable** pour cela mais pour l'instant très limité.
- Les **STAM doivent continuer d'appuyer les mutuelles pour qu'elles pèsent davantage sur administration/formations sanitaires** (redevabilité envers les populations). Est-ce possible avec l'augmentation du nombre de mutuelles?

29

Swiss TPH

Evaluation du SO3: la contractualisation entre les mutuelles de santé et les services de santé a contribué à l'amélioration des prestations de ces services.

- Le **MSP semble timide** dans le développement des mutuelles malgré la nomination d'un point focal qui a réalisé plusieurs missions de suivi sur place. **Pas d'effet visible sur l'amélioration de l'offre de soins** dans les formations sanitaires conventionnées ou sur le contexte politique sanitaire (malgré les engagements de la convention cadre CIDR MSP).
- Il est nécessaire **d'accompagner le MSP en alimentant le dialogue politique** sur le financement de la santé et les différents mécanismes en place au Tchad : recouvrement des coûts, gratuité des soins d'urgence, FBR, mutuelles, etc.

30

Evaluation générale

Pertinence du projet

- Aligné sur la **politique nationale du Tchad / PNDS**
- En phase avec les **besoins des populations et les défis de l'offre de soins** : amélioration de l'accessibilité (financière) aux soins, renforcement de la qualité de l'offre de soins
- contribue à l'**auto-promotion de la société civile** en renforçant son pouvoir auprès des services publics (redevabilité)
- Aligné sur les **priorités des bailleurs du projet** (réduction de la pauvreté, santé des populations rurales, accessibilité aux soins, renforcement de la société civile, etc.)

31

Evaluation générale

Efficience du projet

Efficacité:

- De **nombreux objectifs ne sont pas atteints ou que partiellement** : nombre d'adhérents/mutuelles, produits d'assurance développés, mise en réseau, transfert des compétences, suivi par les DRS (tableau de bord), ré-assurance sociale
- D'autres sont **atteints**: nbre de femmes membres des instances dirigeantes, contractualisation des formations sanitaires,

→ **Raisons**: résultats trop ambitieux au vu du contexte (nouveau des mutuelles) et de la durée de mise en oeuvre effective de la 1ere phase (2 ans)

Efficience: équipes CPG (5) + CAM (11) avec bureaux + véhicules

- **gain possible** si les agents des CAM étaient polyvalents / réorganisation sur 2 ans: 31,000 adhérents pour 995 K€ soit par **32 €/adhérent** (à comparer à 31 USD DTS par hab. En 2010) à cause de la faible couverture actuelle des mutuelles

32

Evaluation générale

Durabilité du projet

- Une période de mise en oeuvre très courte
- le travail accompli par le CPG et CAM constitue une base solide pour le développement ultérieur des mutuelles dans un domaine vierge au Tchad
-

• Le conseiller technique est plus un chef de projet indépendant des structures existantes

• Le CPG devra à terme être institutionnalisé. Où?

• Le transfert de compétences est encore très limité CPG → CAM, CAM → BELACD, CAM → mutuelles. Aucune autre structure n'est en capacité d'appuyer le développement des mutuelles

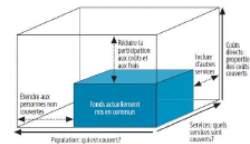
• La durabilité technique/financière ne peut être qu'un objectif de moyen terme

33

Contribution du projet à la progression vers la couverture maladie universelle

CU: **Accès garanti à tous des soins de santé appropriés** (promotionnels, préventifs, curatifs et de réhabilitation) à un **coût abordable** (OMS 2005).

Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle maladie de l'OMS (2010)



34

Evaluation générale

Contribution du projet à la progression vers la couverture maladie universelle

• **Services** Au niveau des CS : PMA. Exclusion des maladies chroniques
Au niveau hospitalier. PCA soins limités (urgences, hospitalisation après urgences gratuites, acc. compliqué, etc.) complémentaires des soins d'urgence gratuits.
Question de l'offre de soins: effectivité de la gratuité pour l'urgence/autres programmes

• **Population couverte**: très faible (1% / pop des districts couverts!)

• **Coûts directs**: estimés par le taux d'utilisation des services par adhérents et non adhérents. Résultats à venir

→ Actuellement contribution **négligeable des mutuelles** (projet très récent)

35

Evaluation générale

• Un projet **trop ambitieux** au vu de sa période de mise en oeuvre mais répondant à de **réels besoins et bien perçu** par les bénéficiaires

• Des **résultats concrets, mais non durables**, en deçà des attentes (cadre logique). Une base technique d'expertise solide à consolider

• Un **début de transfert de compétences individuelles plus qu'institutionnelles**

• Une **implication encore timide du MSP**

• Nécessité de **revoir l'approche du projet** pour une 2eme phase pour un passage à l'échelle

36

Recommandations (stratégiques)

• Une **seconde phase est recommandée**, avec maintien de l'appui dans la région du Mayo-Kebbi. Si la DDC se concentre sur le LOR, MC et Mandoul il faut trouver un autre partenaire financier (AFD?)

• Dans la 2eme phase le projet devrait **ré-orienter son approche**: d'un appui à partir de la base vers le sommet (mutuelles „souplees dans les zones les plus favorables“) vers un **appui à partir du district sanitaire** (sommet vers base) pour un passage à l'échelle → support a partir des CAM à repenser

• **Renforcer l'appropriation par le MSP afin de renforcer l'offre de soins au niveau central et périphérique**

Affecter des ressources (RH, médicaments) / Appuyer les COSAN – COGES/ Assurer la supervision effective des prestataires (convention MSP-CIDR 2010)

• Redéfinir le **rôle des BELACD** dans le développement des mutuelles et s'assurer de leur appropriation de cet objectif

37

Recommandations (spécifiques)

• Pour renforcer **l'efficacité et l'efficacité du projet** une structure d'appui plus organisée et repensée devrait être mise en place d'autant plus si une extension géographique est décidée

• **Capitaliser l'acquis de la 1ere phase** avant de passer à une extension géographique

• **Renforcer les capacités** des structures d'appui: transfert de compétences (stratégie et budget à définir)

• **Renforcer le suivi de la contractualisation** : redevabilité du Gvt, renforcement du poids de la population civile

• Complémentarités avec le FBR (appui à l'offre) et similarités (agence d'achat)

38

Recommandations (spécifiques)

• Budget et financement

Eviter les difficultés de la 1ère phase (absence de budget de communication/ visibilité, interruption des activités dans plusieurs BELACD en 2012) en adoptant un budget adéquat et en s'assurant que 100% du financement est disponible.

• Dialogue politique

Alimenter le débat national autour des différents mécanismes de financement en menant des activités de communication, visibilité, recherche opérationnelle (preuves pour informer le développement et mise en oeuvre de politiques)

• Articulation du projet avec le **programme P4H au MSP**

39

Remerciements

- A toute l'équipe du projet CPG – CAM pour sa grande disponibilité
- A toutes les personnes interrogées dans les 3 régions et N'Djaména
- A la DDC pour son appui lors de cette mission

40

Annexe 10 : Documents consultés

Projet de promotion d'un réseau de mutuelles de santé dans les régions du Logone Oriental, Mayo Kebbi et Moyen Charri

- Phase pilote. 2009-2012 Document de projet. non daté
- Rapport d'activités- janvier-décembre 2011 mai 2012
- Rapport d'activités semestriel juillet-Décembre 2011
- Rapport d'activités janvier-décembre 2010
- Comptes rendus et présentation des missions d'appui du CIDR (2010, 2011 et 2012)
- Nombreux rapports du projet : PV des comités de suivi de la contractualisation, rapports du médecin conseil des mutuelles, rapports techniques mensuels des STAM, rapport technique semestriel des STAM, notes du CT, CR séminaire du CPG, compte-rendu du comité de coordination du projet, rapport technique (analyse du risque) des mutuelles, rapport techniques annuels des mutuelles, compte-rendu des comités de pilotage (national et régionaux) du projet, etc.

STEP- CIDR Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro assurance santé - Tome 1 : méthodologie. Tome 2 : Indications pratiques, 2001.

OMS Pauvreté et ménages, 2004.

Ekman B. Community based health insurance in low income countries a systematic review of the evidence. Health policy and planning 19(5). 2004

Ministère de la Santé Publique du Tchad, Politique Nationale de Santé, 2007

Ministère de la Santé Publique du Tchad, PNDS 2008-2012, 2008

Tchad, Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté : SNRP2 2008-2011, 2008

Mathonnat J. Equité dans le financement de la santé, in Yaya S (ed), Le défi de l'accessibilité et de l'équité en santé dans le tiers monde, L'Harmattan (Paris) 2009

UNICEF. Etude sur la protection sociale au Tchad, Analyse de la situation et recommandations opérationnelles. République du Tchad. Rapport final Octobre 2010.

Ministère de la Santé Publique, Division du Système d'Information Sanitaire, Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad. Edition 2010.

Ministère de la Santé Publique - DOSS, point focal mutuelles. Rapport de mission de supervision des activités des mutuelles de santé. 2011

Ministère de la Santé Publique, Evaluation de la gratuite des soins d'urgence au Tchad 2007 – 2010, 2012