



09 BP 1453 Ouagadougou 09
Tél. : +226 70 25 15 01/ 77 47 47 04
E-mail : parfcosaka@yahoo.fr



09 BP 686 Ouagadougou 09
Tél. +226 25363 472/70837778
yifmenga.consulting@gmail.com

Rapport final

« L'Évaluation de l'axe mutuelle de santé du programme DGD RDC et Burundi de Solsoc »

Mai 2020



Photo de l'équipe des évaluateurs avec une partie des membres de l'Union du grand Nord



Photo de l'équipe des évaluateurs avec quelques membres de LONALO et CRAFOP

Table des matières

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS -----	4
RESUME EXECUTIF -----	6
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC) -----	6
BURUNDI -----	11
I. INTRODUCTION -----	17
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE -----	17
1.2 RAPPEL DES OBJECTIFS ET DES QUESTIONS CLÉS DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS -----	17
II-MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION-----	18
2.1 RÉUNION DE PRÉPARATION ET DE CADRAGE DE L'ÉVALUATION -----	18
2.2. REVUE DOCUMENTAIRE -----	18
2.3. ELABORATION DES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES -----	18
2.4. COLLECTE DES DONNÉES SUR TERRAIN (RDC ET AU BURUNDI)-----	19
2.4. 1. Entretiens individuels :-----	19
2.4. 2. Focus groups -----	19
2.4. 3. Ateliers de réflexion -----	19
2.4. 4. Diagnostics organisationnel et institutionnel avec l'outil scan-----	20
2.4. 5. Échantillonnage et tenue d'enquêtes et de focus groups sur les adhérents et non adhérents des mutuelles et sur leurs motivations à adhérer, à quitter ou à ne pas être membres de mutuelles de santé-----	20
2.4. 6. Synthèses et les restitutions à chaud avec les acteurs-----	21
2.4. 7. Les interactions avec les représentants de SolSoc -----	21
2.5. PHASE D'ÉLABORATION DU RAPPORT PROVISOIRE-----	21
2.5.1. Traitement et analyse des données collectées -----	21
2.5.2. Élaboration du rapport provisoire -----	21
2.6. VALIDATION ET FINALISATION DU RAPPORT D'ÉTUDE -----	21
2.6.1. Restitution -----	21
2.6.2. Finalisation du rapport -----	21
2.7. LIMITES DE L'ÉTUDE ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES -----	22
III. RESULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'AXE MUTUELLE EN RDC-----	22
3.1. ÉLÉMENTS DU CONTEXTE DU PAYS -----	22
3.1.1. Le système de santé et la place des mutuelles de santé dans la politique de protection sociale ; -----	22
3.1.2. Les lois qui encadrent le système de protection du pays -----	23
3.1.3. Les facteurs qui bloquent le développement et la promotion de la protection sociale et des mutuelles de santé du pays ;-----	25
3.1.4. Les changements et évolution du contexte et les rôles joués par les mutuelles de santé et les partenaires de Solsoc dans ce changement-----	26
3.2-DESCRIPTION DU PROGRAMME APPUYÉ PAR SOLSOC EN RDC -----	27
3.2.1 Contexte de la mise en œuvre des programmes en RDC -----	27

3.2.2 Rappel des objectifs du programme DGD et résultats attendus du volet mutualiste-----	28
3.2.3. Bénéficiaires directs du volet mutualiste -----	28
3.2.5. Cadre institutionnel et organisationnel du programme -----	29
3.2.6. Budgets, durée et zones couvertes par le programme -----	29
3.3. RÉSULTATS DES RÉFLEXIONS SUR LE VOLET MUTUALISTE DU PROGRAMME RDC DE SOLSOC-----	30
331. LONALO/CRAFOP -----	30
332. MUSCAP/CENADEP-----	40
IV RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION DE L'AXE MUTUELLE AU BURUNDI -----	60
4.1. ÉLÉMENTS DU CONTEXTE DU BURUNDI-----	60
4.2-DESCRIPTION DE DU PROGRAMME APPUYÉ PAR SOLSOC AU BURUNDI -----	63
4.2.1 Contexte de la mise en œuvre des programmes au Burundi -----	63
4.2.2 Rappel des objectifs et résultats attendus du programmes DGD au Burundi -----	64
4.2.3. Bénéficiaires directs -----	64
4.2.4. Cadre institutionnel et organisationnel des programmes au Burundi -----	64
4.2.5. Budgets des programmes -----	64
4.2.6. Durée des programmes et zones couvertes -----	65
4.2.7. Partenaires terrain des programmes-----	65
4.3. RÉSULTATS DES RÉFLEXIONS SUR LE VOLET MUTUALISTE DU PROGRAMME DGD BURUNDI DE SOLSOC	65
431. ADISCO/FEMUSCABU/PAMUSAB-----	65
4.3.2. EVALUATION DU PROGRAMME MASMUT 2014-2016-----	88
V- CONCLUSION -----	89
ANNEXES -----	90

Liste des sigles et abréviations

ADISCO	Appui au Développement Intégral et la Solidarité sur les Collines
AG	Assemblée générale
AGDM	Assemblée Générale des Délégués de Membres
AGR	Activités génératrices de revenus
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
AS	Aire de santé
BIF	Francs burundais
BPS	Bureau provincial de la santé
CA	Conseil d'administration
CAD	Comité d'aide au Développement
CAM	Carte d'Assistance Médicale
CC	Comité de contrôle
CD	Comité Directeur
CENADEP	Centre National d'Appui au Développement et à la Participation Populaire
CGAT	Centre de Gestion et d'accompagnement Technique des Mutuelles de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CNAC	Confédération Nationale des Associations des Caféculteurs du Burundi
CoCo	Comités de contrôle
CONAPAC	Confédération Nationale de Producteurs du Congo
CORDAID	Coordination d'aide au développement
CRAFOP	Comité de Réveil et d'Accompagnement des Forces Paysannes
CS	Centre de santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTAMS	Cellule technique d'appui aux Mutuelles de santé
CV	Curriculum vitae
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DIOBASS	Démarche de recherche action qui tire son nom d'une vallée du Sénégal
DPS	Division provinciale de la santé
ECOSOL	Economie solidaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FEBUTRA	Fédération Burundaise des Travailleurs et travailleuses de l'Alimentation et des branches connexes
FEMUSCABU	Fédération des Mutuelles de Santé des Caféculteurs du Burundi
FNPSS	Fonds National de Promotion et de Service Social
FOSA	Formation sanitaire
FSRDC	Fonds Social de la République Démocratique du Congo
FVS	Famille pour Vaincre le SIDA
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
HP	Hôpital provincial
IESS	Initiative d'économie sociale et solidaire
IPS	Inspection provinciale de la santé
LONALO	Loboko na loboko (La main dans la main)
MASMUT	Plateforme belge Micro-assurance santé Mutuelles de Santé
MEMISA	Medical Missionary Action
MFP	Mutuelle de la fonction publique

MS	Mutuelle de santé
MSAG	Mutuelle de Santé de l'Archidiocèse de Gitega
MUNASA	Mutuelle Nationale de Santé
MUSAFY	Mutuelle de Santé AFYA YETU
MUSCABU	Mutuelles de Santé des Caféculteurs du Burundi
MUSQUAP	Mutuelle des Quartiers populaires de Kinshasa
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PAMAC	Plateforme des Acteurs Mutualistes d'Afrique Centrale
PAMUSAB	Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé du Burundi
PEV	Programme élargi de vaccination
PNPS	Politique Nationale de protection sociale
PNPMS	Programme National de Promotion des mutuelles de santé
POMUCO	Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo
PRODDDES	La Promotion de la démocratie et des droits économiques et sociaux
PS	Protection sociale
<i>PSN-CSU</i>	<i>Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle</i>
PV	Procès-verbaux
RDC	République Démocratique du Congo
REMUSACO	Réseau des Mutuelles de Santé du Congo
RI	Règlement intérieur
RSE	Responsabilité sociale des entreprises ou responsabilité sociétale des entreprises
SE	Secrétariat Exécutif
SEP/CNPS	Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de Protection Sociale
Solsoc	Solidarité Socialiste
SSP	soins de santé primaires
TDR	Termes de référence
UCODE	Union pour la Coopération et le Développement
UDS	Union de District
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UHACOM	Union Haguruka des coopératives multi-filières
UPH	Université Populaire Haguruka
UVSQ	Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines
VIH-SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
WBI	Wallonie Bruxelles International
WSM	<i>We Social Movements (Solidarité Mondiale)</i>
ZS	Zone de santé

RESUME EXECUTIF

L'évaluation à mi-parcours de l'axe mutualiste du programme quinquennal (2017-2021) DGD de Solsoc concerne deux pays aux contextes différents : la République Démocratique du Congo (RDC) et le Burundi. Cette évaluation avait un objectif général et devait répondre à quatre questions clés. Elle a été réalisée par un consortium de deux bureaux d'études : **Yifmenga Consulting et Sira Conseil** et conduite par une équipe de trois consultants : **Parfait SAKA** (consultant principal), assisté de TIAWARA Yemalé, Vital CISHIMBI et de quatre enquêteurs. Après une phase de préparation, de collecte des données en RDC et au Burundi, une analyse et un traitement des données, les consultants sont parvenus à des résultats suivants selon les questions posées et l'objectif principal de la mission :

République Démocratique du Congo (RDC)

Question 1 : Dans une approche de gestion des risques, quelles sont les raisons qui poussent certaines personnes à adhérer aux mutuelles de santé et quelles sont les causes actuelles à l'origine de l'arrêt d'adhésion ou de l'absence d'adhésion ? Ces relations de cause à effet sont-elles d'origine anciennes, récentes, structurelles ou conjoncturelles ?

De façon générale et sur le plan institutionnel, lorsqu'on observe les deux organisations mutualistes du programme DGD de Solsoc de la République Démocratique du Congo (RDC), on se rend que LONALO est bien structurées du niveau central jusqu'à la base. On constate également que les rôles et tâches des responsables sont bien définies. Cependant, si la structure est bien visible et distincte dans les sections, il est difficile de l'extérieur de faire la distinction entre LONALO et CRAFOP au siège.

Pour ce qui concerne la MUSQUAP, les investigations montrent qu'elle dispose d'organes centraux mais qui n'ont pas encore montré leurs capacités à bien piloter l'organisation. Les sections doivent être opérationnalisées dans les quartiers populaires de Kinshasa car elles manquent de membres. En poursuivant l'analyse institutionnelle, on constate que la MUSQUAP apparait comme une mutuelle des agents et partenaires de CENADEP dans la mesure où plusieurs postes dirigeants sont occupés par des agents de CENADEP et ses partenaires. En tant que structure d'appui, cela peut laisser penser à un conflit d'intérêt.

Au niveau du fonctionnement des organes de ces mutuelles : Le diagnostic organisationnel qui a été effectué sur les deux organisations mutualistes a montré qu'elles ont surtout des problèmes de contrôle interne. Les responsabilités financières ne sont pas suffisamment partagées entre les membres du personnel, les écritures de caisse ne sont pas systématiquement et périodiquement vérifiées, les mutuelles ne font pas les différents rapprochements qu'il faut (solde du livre de caisse rapproché du relevé bancaire et solde du livre de caisse rapproché du montant en espèce etc.). C'est pourquoi des axes de plans de renforcement ont été proposés mettant l'accent sur le renforcement des capacités de gestion et plus précisément sur la formation pour améliorer le contrôle interne. L'outil scan a été préconisé pour le suivi et l'évaluation périodique des plans de renforcement des capacités.

Sur le plan de la professionnalisation, LONALO dispose d'outils de gestion harmonisés et utilisés par les organes jusqu'au niveau décentralisé. Il y a eu une tentative d'informatisation, mais un travail de renforcement des capacités doit se faire au niveau de l'utilisation des logiciels de base : Word et Excel. Il est attendu que LONALO se dote d'un logiciel de gestion spécifique et qu'il renforce les capacités des utilisateurs dans la manipulation et la maîtrise de tous les outils de gestion. Tout un travail doit être fait les outils concernant la MUSQUAP car la seule banque de données observées est un document Excel, difficile à lire et qui renseigne très peu sur les informations clés qui devraient permettre une analyse complète de la MUSQUAP. Le partage de l'outil de gestion des risques de la PAMUSAB en phase d'expérimentation pourrait aider les deux organisations de la RDC.

L'adhésion aux mutuelles est généralement ouverte. L'appartenance à une religion, à une ethnie ou à une minorité n'est pas un handicap pour l'adhésion. Au contraire, LONALO intègre les minorités visibles comme les pygmées. Les deux mutuelles n'ont pas institué de frais d'adhésion et c'est le

paiement de la totalité de la cotisation qui permet de devenir membre. Les cotisations sont de 45 dollars pour la section de Mbandaka et 30 dollars pour les autres sections et pour LONALO, de 54 dollars, 36 dollars et 200 dollars par an et par personne suivant le paquet de soins pour MUSQUAP. Les cotisations sont payables par tranche. Ces cotisations ne couvrent pas toujours les frais de prestations des soins. On constate qu'à LONALO, s'il y a des réserves pour les sections à l'intérieur, la ville de Mbandaka est déficitaire. Les cotisations couvrent la plupart des maladies sauf les maladies chroniques. Pour faire les prestations de soins, les mutuelles contractualisent avec des formations sanitaires étatiques, confessionnelles et privés. Généralement ce sont les formations sanitaires confessionnelles et privés qui reviennent chers aux mutuelles. Si en général, les adhérents ne se plaignent pas de la qualité des soins offerts dans les formations sanitaires, certains demandent le traitement de certaines maladies qui ne sont pas dans le paquet de soins. Ils demandent des spécialités ou ne veulent pas utiliser des produits génériques. En analysant les données des enquêtes, on se rend compte que diverses raisons poussent en général à adhérer aux deux mutuelles. On peut noter les motivations suivantes qui poussent les populations à adhérer :

- On adhère parce qu'on est soucieux d'améliorer sa santé ;
- On adhère parce que les cotisations sont abordables et satisfaisantes ;
- On adhère parce que l'on est soucieux de protéger la famille même lorsque le chef de famille est absent ;
- On adhère parce qu'on est souvent malade ;
- D'autres raisons interviennent comme : la volonté d'entraide entre personnes de même zone.

En poussant l'analyse des données plus loin, on constate que ceux qui adhèrent ont déjà eu des difficultés pour payer les cotisations et que c'est grâce à la vente d'un bien ou un emprunt auprès d'un ami qu'ils ont pu résoudre le problème. Les adhérents sont en générale des personnes qui tirent leur premier revenu de l'agriculture, leur seconde source de revenu de l'élevage et mènent des activités en dehors de l'agriculture, l'élevage et le commerce qui leur procure leur troisième source de revenus. Les résultats de l'enquête montrent que la fidélisation à une mutuelle dépend des raisons suivantes :

- Bonne qualité des services offerts par la mutuelle ;
- Bonne organisation de la mutuelle ;
- Solidarité entre les membres ;
- Transparence dans la gestion de la mutuelle ;

Pour les adhérents qui cessent de cotiser, selon les résultats des enquêtes les raisons sont liées au fait qu'ils trouvent qu'au bout d'un certain temps que leur santé ne s'est pas améliorée, ou qu'aucun membre de la famille n'est tombé malade. Certains mutualistes, malgré l'adhésion à la mutuelle rencontrent toujours des difficultés financières en cas de maladie. Les conflits avec les dirigeants de mutuelles ont amené certains à démissionner.

Quant à l'absence d'adhésion, les facteurs d'ordre contextuels jouent. L'absence d'adhésion serait dû à la pauvreté et au manque de culture de prévoyance en général en Afrique. Quand on suit le cas de la RDC, on se rend compte que dans les mentalités, s'inscrire à une mutuelle « c'est s'attirer des maladies et même sa propre mort ». Les malades ont aussi tendance à recourir aux tradithérapeutes et aux maisons de prières aux conséquences désastreuses. Avec la tendance à la généralisation de la protection sociale et l'engagement des gouvernements, on constate que des discours politiques et des hommes d'affaire véreux trompent les populations rendant difficile la sensibilisation et la mobilisation sociale. Cette situation est aggravée par la concurrence de sociétés d'assurance. Si le manque de culture de prévoyance est une cause ancienne et structurelle, l'impact des maisons de prière, des politiques et la crise économique sont selon les consultants des causes conjoncturelles. Quand on se réfère aux résultats des enquêtes, on se rend compte que la plupart des personnes qui n'adhèrent pas estiment :

- Qu'ils n'ont pas reçu d'informations pertinentes sur la question ou ne sont pas intéressés par ce type d'initiatives ;
- Qu'ils n'ont pas les moyens pour payer les cotisations.

Pour plus d'informations sur les résultats des enquêtes, se référer aux fiches de dépouillement en annexe 2.

Question 2 : Quel est le poids d'influence du contexte externe dans l'émergence et le développement des mutuelles de santé au Burundi et en RD Congo ? Quelle est la sphère d'influence des partenaires de Solsoc et les plateformes dont ils sont membres sur le contexte externe ? Quelles sont les pistes et les leviers conduisant à une influence accrue sur le contexte externe ?

Pour ce qui est du poids de l'influence du contexte externe dans **l'émergence et le développement des mutuelles de santé**, il faut noter qu'en RDC que 74% de la population congolaise vit sous le seuil de pauvreté et que le PIB est de moins de 500 \$ par habitant par an alors que plus de 95 % des dépenses de santé sont à sa charge. Le pays connaît un redémarrage économique après un ralentissement entre 2009 et 2018. Les facteurs contextuels qui pèsent sur l'émergence et le développement des mutuelles sont les pesanteurs socio-culturelles et politiques (manque de culture de prévoyance, recours aux tradithérapeutes, aux maisons de prière, politiciens et affairistes véreux etc.), la concurrence des sociétés d'assurance, des mutualités des fonctionnaires, la méfiance entre mutualistes, les programmes d'indigence, les programmes de gratuité pour enfants et pour les femmes enceintes. Depuis quelques années cependant, le contexte a fortement évolué marqué par la volonté des pouvoirs publics congolais de mettre en place la Couverture Sanitaire Universelle, comme mécanisme de financement de la santé solidaire et équitable, à travers l'Assurance Maladie Obligatoire. L'objectif essentiel de la Couverture Sanitaire Universelle est d'assurer à tous l'accès à des soins de santé adéquats à un prix raisonnable. Ce changement s'est traduit par l'adoption en 2016 d'une Politique Nationale de Protection Sociale, d'un Programme de Promotion des Mutuelles de santé et des principes fondamentaux de la mutualité (Loi organique N° 17/002) promulguée par le chef de l'État en février 2017. Cette évolution en RDC est liée au travail effectué par la POMUCO qui a mené des actions de plaidoyer et qui a participé à la formation aussi bien des agents de l'état que des mutualistes. Elle a aussi permis une concertation entre acteurs mutualistes. L'évolution est aussi due au travail quotidien et de proximité des partenaires d'appui et des organisations mutualistes soutenues par Solsoc sur le terrain. La poursuite du plaidoyer et de la formation des mutualistes par POMUCO, les stratégies de consolidation des mutuelles dans leurs zone d'intervention et leurs stratégies de mise à l'échelle sont des leviers qui vont permettre d'amplifier ce travail (voir l'exemple de LONALO).

Question 3 : Est-ce que les stratégies actuellement mises en œuvre par Solsoc et ses partenaires pour contribuer à pérenniser les mutuelles de santé (stratégies d'appui, budget, compétences, acteurs, autonomisation, adhésion à des plateformes, actions vis-à-vis de l'offre de soins, plaidoyer, etc.) sont efficaces pour atteindre à moyen terme les résultats visés (les changements décrits dans l'incidence) ?

Pour apprécier l'efficacité des stratégies mises en œuvre plusieurs aspects ont été passés en revue :

- **L'approche de partenariat utilisée par Solsoc est bien appréciée par tous les partenaires.** Elle consiste à identifier les programmes lors d'ateliers, à faire deux suivis annuels et une évaluation programmation de la mise en œuvre avec la participation de tous les acteurs. La méthodologie de la cartographie des incidences est jugée efficace par les partenaires car elle met l'accent sur des changements concrets au lieu des résultats. Solsoc a développé également des synergies internationales entre partenaires du programme dans différents pays ;
- Si l'on se réfère aux feuilles de suivi des incidences des partenaires du volet mutualiste de Solsoc notamment LONALO et MUSQUAP des marqueurs avaient été identifiés pour apprécier le niveau de changement. En faisant un bilan, au regard des critères fixés dans l'étalonnage, à l'an 3 de la

mise en œuvre (2019), on se rend compte que les différents programmes **ont atteint un niveau moyen, ce qui est relativement satisfaisant**. Nous notons que les critères sont tellement exigeant que malgré des progrès, les organisations peuvent rester au même niveau.

- Une analyse effectuée sur les stratégies utilisées dans la mise en œuvre des programmes des partenaires de Solsoc et pour le volet mutualiste montre que **les stratégies utilisées ont été en général efficaces**. Cependant au regard de certaines difficultés rencontrées et des résultats atteints, les consultants ont estimé que quelques stratégies ont eu néanmoins une efficacité limitée et qu'il faut les revoir ou les renforcer au niveau des quatre partenaires mutualistes.
- **Au niveau de l'adéquation entre les stratégies et le moyens utilisés (budget mis à disposition)** : Selon les deux partenaires, beaucoup de stratégies ont été handicapées par l'insuffisance des moyens mis à la disposition du programme. Il est probable que lors de la conception du programme, que les budgets n'aient pas été bien estimés ou qu'il y a eu des réductions budgétaires qui ont affecté la mise en œuvre. Il est difficile de se prononcer si une évaluation précise rubrique par rubrique n'est pas effectuée. Mais il est évident que certaines stratégies n'ont pas abouti par insuffisance de moyens.
- **Une approche multi acteur a été utilisée dans la mise en œuvre du volet mutualiste**. Des acteurs divers ont participé aux progrès enregistrés dans les programmes appuyés par Solsoc pour les deux partenaires mutualistes, ce qui peut provoquer un effet multiplicateur à terme et consolider les bases des programmes. Malgré les apports du programme dans le renforcement des capacités des acteurs, on constate que des besoins existent encore : besoins en renforcement des capacités déduit des diagnostics et besoins pour la mise en œuvre des programmes (issus des évaluations des programmes).
- **L'adhésion aux plate formes** : les consultants ont constaté que c'est exclusivement les promoteurs des mutuelles qui sont les membres de POMUCO. Une des raisons qui limitent l'efficacité de certaines stratégies de cette plate -forme réside dans cette composition. Les structures les mieux habilités à défendre les questions de protection sociales devraient être aussi les mutuelles et leurs faitières. Nous avons senti ce désir de se positionner par LONALO. Il faut corriger cette lacune.
- **La question de l'autonomie se pose au niveau de toutes les organisations mutualistes rencontrées**. Pour MUSQUAP, il s'agit de mobiliser d'abord des membres et progressivement résoudre la question de l'autonomie et pour LONALO, il s'agit de faire reconnaître l'organisation, d'avoir un compte bancaire, d'avoir une visibilité comme organisation à part entière en déménageant dans sa section de Mbandaka
- **L'offre de soins** : les mutualistes ne se plaignent pas trop de la qualité des soins. Ils réclament souvent que des maladies non prévues dans le paquet de soins et désirent souvent des spécialités en ce qui concerne les médicaments. Il est bon de diversifier les paquets de soins avec les types de cotisations et améliorer en général l'offre de soin;
- **Le plaidoyer** est bien porté par POMUCO avec une forte implication de la société civile. Il doit être renforcé pour l'adoption de la CSU. (Loi d'application sur la mutualité en RDC, études à finaliser au Burundi).

Question 4 : Le rapport final du programme MASMUT 2014-2016 donnait dans ses perspectives une quinzaine d'axes de travail pour renforcer les acteurs mutualistes et les autorités nationales, **quels sont les axes qui restent prioritaires actuellement pour renforcer les plateformes nationales et leurs membres dans leur travail d'harmonisation des pratiques et de plaidoyer politique ?**

Pour répondre à cette question qui semblait à priori la plus facile, les consultants ont noté que la plupart des acteurs mutualistes rencontrés n'en avait aucune idée ou qu'ils n'avaient que des informations éparées. Nous avons eu des difficultés à rassembler les informations au niveau de POMUCO car semble-t-il, un rapport final n'a pas été fait et le programme est fini, il y a déjà quelques

années. Néanmoins pour identifier les axes qui restent prioritaires, nous avons en fonction des axes du rapport essayé de dégager ce qui a été réalisé au cours du programme Masmut 2014- 2016 et dans POMUCO jusqu'en 2019. Sur cette base, nous avons identifié, ce qui reste à réaliser par axe prioritaire (voir tableau ci-après pour POMUCO)

Tableau N°1 : Axes prioritaires pour renforcer POMUCO

Axes de travail qui restent prioritaires	Travail qui reste à faire par axe
Mise en place d'un système de gestion adapté aux réalités des mutuelles et à leurs niveaux de structuration qui tient compte de toutes les fonctions (adhésion, cotisation, gestion des risques etc.)	Harmonisation des outils de gestion, des bases des données des musa, Validation des outils et bases de données harmonisés et mise en application par les organisations membres
Montée en compétence, formation des formateurs	Publication des mesures d'application de la loi sur la mutualité
Transmission des connaissances pour la gestion des mutuelles par le pool d'experts	Donner un contenu à l'étude de faisabilité tel que stipulé par la loi sur la mutualité en appliquant la loi demandant d'octroyer des appuis aux mutuelles en fonction de leurs membres
Mise en place d'un accompagnement harmonisé à l'instar du volet l'UEMOA	Rechercher des mécanismes innovants pour le financement de la CSU
Contribution de la Plate - forme nationale des mutuelles du Congo aux activités du Centre des connaissances pour la santé au Congo	Donner un contenu à l'étude de faisabilité tel que stipulé par la loi sur la mutualité
Etudes en vue de s'articuler avec les contextes ou les mutuelles ne sont pas soutenus	Appui à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle
Elargissement de l'assise des plate -Forme et l'implication des mutuelles dans les échanges sur la CMU et PS	Recherche des mécanismes innovants pour le financement de la CSU, notamment étendre l'expérience du REMSACO qui concerne l'administration des soins à domicile et palliatifs aux personnes de 3ième âge dans d'autres provinces du pays.
Soins indépendamment des lieux de résidence (portabilité des soins)	Veiller à la mise en application des notions reçues pendant la formation sur la protection sociale.

Quant à l'objectif général de l'évaluation, dans les TDR, il s'agissait de déterminer **les conditions à remplir et les stratégies à adopter par les mutuelles de santé accompagnées par Solsoc** d'un point de vue de leur institutionnalisation, leur gouvernance, leur gestion, leur professionnalisation et leur passage à l'échelle, **pour qu'elles soient en capacité de participer à la réalisation de la couverture santé universelle**. Pour cette objectif, nos conclusions sont les suivantes :

→ **Sur le plan institutionnel et de la gouvernance**

- Procéder à une séparation claire et nette entre les deux mutuelles et leurs structures d'appui. Un important travail doit être fait au niveau de la MUSQUAP, un peu moins au niveau de LONALO ;
- Renforcer l'autonomie et la visibilité des deux organisations mutualistes ;
- Repenser ou renforcer la représentation des organisations mutualistes au sein de POMUCO ou le travail en synergie.

→ **Sur le plan de la gestion et de la professionnalisation**

- Le renforcement de certaines fonctions est indispensable. Il faut par exemple séparer la fonction de comptable et de caissier au niveau de LONALO et mettre à niveau les deux organisations mutualistes en matière de gestion et plus particulièrement sur le plan du contrôle interne ;
- Renforcer la formation de base en informatique, opérationnaliser l'utilisation des outils de gestion des risques et partager les expériences entre organisations mutualistes ;
- Mettre en œuvre les axes des plans de renforcement des capacités en s'inspirant des informations recueillies lors des diagnostics et des analyses des programmes et périodiquement évaluer le trajet de renforcement des capacités avec l'outil scan ;

- Les deux organisations mutualistes ont besoin de plans, de matériels et d'équipements de sensibilisation et de mobilisation sociale.

→ **Sur le plan de la mise à l'échelle**

- Il faut consolider l'action des mutuelles dans leurs zones d'intervention en renforçant la mobilisation sociale à la base, la synergie avec les initiatives d'économie sociale ;
- Répliquer si possible, l'expérience dans des zones plus importantes si ces zones ne sont pas occupées par d'autres mutuelles.

Burundi

Question 1 : Dans une approche de gestion des risques, quelles sont les raisons qui poussent certaines personnes à adhérer aux mutuelles de santé et quelles sont causes actuelles à l'origine de l'arrêt d'adhésion ou de l'absence d'adhésion ? Ces relations de cause à effet sont-elles d'origine anciennes, récentes, structurelles ou conjoncturelles ?

Sur le plan institutionnel, les composantes de la Fédération des Mutuelles des Caféculteurs du Burundi (FEMUSCABU) notamment la fédération, les unions et les mutuelles sont bien structurées du niveau central à la base. Dans la structuration cependant, les consultants ont noté la nécessité de clarifier le rôle entre les CA et les comités de surveillance qui ne semblent pas bien comprendre leurs rôles. Ils ont noté des défis institutionnels que la mutuelle doit relever comme par exemple le renouvellement des organes, la faiblesse dans la gestion financière et plus particulièrement en matière de contrôle interne, la gestion de l'information etc. Il faut noter que si l'organisation a des défis sur lesquels elle travaille, on constate néanmoins une séparation institutionnelle nette entre elle et sa structure d'appui qui est ADISCO.

En ce qui concerne la professionnalisation, FEMUSCABU a des outils de gestion harmonisés et utilisés par les organes jusqu'au niveau décentralisé. Il y a eu une tentative d'informatisation, mais un travail de renforcement des capacités doit se faire au niveau de l'utilisation des logiciels de base : Word et Excel. Un logiciel de gestion a été développé au niveau de PAMUSAB. Il est en phase d'expérimentation chez les acteurs. Certains ont commencé à l'utiliser comme la FEMUSCABU mais pas encore de manière systématique et uniforme. Il serait bon de voir l'opérationnalisation de cet outil et partager avec les autres mutuelles de la RDC. Dans la professionnalisation, il serait aussi utile de renforcer les capacités des gérants des unions de la FEMUSCABU.

L'adhésion aux mutuelles est généralement ouverte : L'appartenance à une religion, à une ethnie ou à une minorité n'est pas un handicap pour l'adhésion. Les frais d'adhésion à la FEMUSCABU sont de 1000 FIB par ménage adhérent. Les frais de cotisation, sont de 22 500 BIF par an et pour un ménage ne dépassant pas 6 personnes, 25.000 BIF pour un ménage dépassant 6 personnes et 15.000 BIF pour un célibataire qui n'a pas de personne à charge. Il faut noter qu'en réalité ces frais d'adhésion et de cotisation ont été harmonisés par la PAMUSAB et pour tous les promoteurs de mutuelles qui sont en son sein. Les cotisations des mutuelles de la FEMUSCABU ne couvrent pas toujours les prestations de soins. A cet effet, il faut noter que lors des investigations, les consultants ont noté des déficits importants des Unions et de la Fédération. Les cotisations servent surtout à faire face aux prestations de soins, à l'hospitalisation et à contribuer au produit cercueil lors des décès. Les cotisations couvrent la plupart des maladies sauf les maladies chroniques. Pour faire les prestations de soins, les mutuelles contractualisent avec des formations sanitaires étatiques, confessionnelles et privés. Généralement ce sont les formations sanitaires confessionnelles et privés qui reviennent chers aux mutuelles. Si en général, les adhérents ne se plaignent pas de la qualité des soins offerts dans les formations sanitaires, certains demandent le traitement de certaines maladies qui ne sont pas dans le paquet de soins. Ils demandent des spécialités ou ne veulent pas utiliser des produits génériques. En analysant les données des enquêtes, on se rend compte que diverses raisons poussent les populations à adhérer aux

mutuelles. On peut noter les motivations suivantes qui ont poussé les populations à adhérer à la FEMUSCABU :

- On adhère parce qu'on est soucieux d'améliorer son état de santé (100%) ;
- On adhère parce que (i) On a des amis dans la mutuelle, (ii) On désire participer à une action d'entraide avec les personnes de la même zone, (iii) La mutuelle a une bonne réputation, (iv) On a confiance dans les animateurs de la mutuelle, (v) La période de paiement de la cotisation est bonne. Chacun de ces aspects a été souligné par 57% des personnes interrogées.
- D'autres raisons interviennent comme le désir d'améliorer la qualité des soins (28,60%) et de ne pas plus avoir des difficultés financières en cas de maladies (28,60%).

En poussant l'analyse des données plus loin, on constate que ceux qui adhèrent ont déjà eu des difficultés pour payer les cotisations et que c'est grâce à un emprunt auprès d'un ami ou de la famille qu'ils ont pu résoudre le problème. Les adhérents sont en générale des personnes qui tirent leur premier revenu de l'agriculture, leur seconde source de revenu de l'élevage et c'est le commerce qui leur procure leur troisième source de revenus. Les résultats de l'enquête montrent que la fidélisation à une mutuelle dépend des raisons suivantes :

- Bonne organisation de la mutuelle (87,50%) ;
- Bonne qualité des services offerts par la mutuelle (62,50%) ;
- Transparence dans la gestion de la mutuelle (37,50%).

Pour les adhérents qui cessent de cotiser, selon les résultats des enquêtes les raisons sont liées au fait qu'ils trouvent au bout d'un certain temps que leur santé ne s'est pas amélioré ou qu'aucun membre de la famille n'est tombé malade. Certains malgré l'adhésion à la mutuelle rencontrent toujours des difficultés financières en cas de maladie. Les conflits avec les dirigeants de la mutuelle ont amené certains à démissionner.

Quant à l'absence d'adhésion, les facteurs d'ordre contextuels jouent. L'absence d'adhésion serait dû à la pauvreté et au manque de culture de prévoyance en général en Afrique. Au Burundi, la pauvreté est un facteur qui a été aggravée par la crise socio-économique de 2015. Les prix des produits ont été multipliés, réduisant du coup le pouvoir d'achat des populations. La CAM est aussi un facteur qui a beaucoup freiné et qui limite les adhésions aux mutuelles. Ceci est aggravé par la concurrence de sociétés d'assurance. Mais lorsqu'on analyse les résultats des enquêtes deux raisons fondamentales expliquent l'absence d'adhésion aux mutuelles :

- Les personnes enquêtées estiment n'avoir pas reçu d'informations pertinentes sur la mutuelle (71,40%) ;
- Elles n'ont pas reçu d'informations pertinentes sur aucune des mutuelles qui existent (66,70%) ;
- L'adhésion à une mutuelle ne les intéressent pas (33, 30%).

Si le manque de culture de prévoyance est une cause ancienne et structurelle, l'impact de la CAM, la crise économique sont selon les consultants des causes conjoncturelles. Toutes les informations sur les enquêtes sur l'adhésion ou non sont détaillées dans les fiches de dépouillement en annexe 2.

Question 2 : Quel est le poids d'influence du contexte externe dans l'émergence et le développement des mutuelles de santé au Burundi et en RD Congo ? Quelle est la sphère d'influence des partenaires de Solsoc et les plateformes dont ils sont membres sur le contexte externe ? Quelles sont les pistes et les leviers conduisant à une influence accrue sur le contexte externe ?

Pour ce qui est du poids de l'influence du contexte externe dans **l'émergence et le développement des mutuelles de santé**, il faut noter que pour le Burundi, on note qu'au plan économique, la rareté des devises, les inondations de la saison C, la déprivation de la filière café sans stratégie précise et les retards de paiement des caféiculteurs, la contrainte de participation au budget de l'Etat n'a fait que

qu'aggraver l'état de pauvreté dans laquelle se trouve les populations. Plusieurs autres facteurs limitent l'émergence et le développement des mutuelles parmi lesquelles nous pouvons citer :

- L'adhésion volontaire et les niveaux de cotisation/prestation qui ne permettent pas d'atteindre rapidement un seuil de viabilité (taux de pénétration) des mutuelles ;
- La persistance d'une concurrence entre mutualistes qui ne permet pas d'aller conquérir de nouveaux espaces ;
- L'apparition récente des assureurs privés qui ne s'intéressent qu'aux ménages solvables laissant les mutuelles de santé communautaires sans possibilité d'attirer à leur sein les ménages avec un revenu stable et intéressant ;
- La présence de la CAM qui coûte moins cher que la cotisation des mutuelles de santé;
- La gratuite de prise en charge des enfants de moins de 5 ans et les accouchements dont les membres des mutuelles de santé ont besoins sans que la mutuelle de santé ne puissent les assurer, ce qui ne rend pas les mutuelles attrayantes,
- On note aussi au niveau des mutuelles, une politique des plaintes faible, le couple cotisation/prestation en déséquilibre permanent, la gestion des risques dans les mains de personnes peu compétentes et en nombre insuffisant avec des possibilités de fraude.

Malgré cette situation quelques avancées s'amorcent pour la protection sociale. Un nouveau Ministre de la Santé a été nommé, plus ou moins ouvert sur les mutuelles de santé. Au mois de septembre, lors d'un discours, le Ministre de la santé a déclaré que la stratégie de CSU devrait se baser sur les mutuelles de santé. Il a également déclaré à l'Assemblée Nationale que le système de la CAM est fonctionnel, mais n'est viable à terme et qu'il faut le revoir. Cette prise de conscience qu'il faut revoir la CAM et aller vers la CSU est d'ailleurs généralisée dans le pays. Les changements de contexte sont dus à l'action des acteurs mutualistes dont Solsoc et ses partenaires. Parmi les actions qui ont contribué à ce changement, on peut citer :

- La concertation entre les promoteurs des mutuelles de la santé au sein de la PAMUSAB et l'harmonisation sur diverses questions de la mutualité. Cela a outillé les mutuelles, renforcé les capacités et donné plus de crédibilité aux mutuelles de santé sur terrain et auprès des autorités;
- L'étroite collaboration entre les structures mutualistes via la PAMUSAB et les autorités à travers le SEP/CNPS. Cette collaboration a renforcé la compréhension et a permis aux mutuelles de participer à la définition de la politique de protection sociale. La PAMUSAB a par exemple proposé le schéma d'architecture de l'AMU au Burundi notamment la stratégie de promotion des mutuelles de santé. Aujourd'hui la PAMUSAB est devenue, un acteur incontournable dans la politique de protection sociale du Burundi.
- Toutes les actions conduites à travers les mutuelles (FEMUSCABU) et les structures d'appui comme ADISCO.

Pour amplifier l'influence sur ces facteurs contextuels au Burundi, il faut renforcer le travail des mutuelles et des Plateformes. Il faut renforcer les appuis sur le plan institutionnel, sur le plan de l'autonomisation, de la professionnalisation, de la mise à l'échelle etc. comme nous l'avons recommandé pour la FEMUSCABU.

Question 3 : Est-ce que les stratégies actuellement mises en œuvre par Solsoc et ses partenaires pour contribuer à pérenniser les mutuelles de santé (stratégies d'appui, budget, compétences, acteurs, autonomisation, adhésion à des plateformes, actions vis-à-vis de l'offre de soins, plaidoyer, etc.) sont efficaces pour atteindre à moyen terme les résultats visés (les changements décrits dans l'incidence) ?

Pour apprécier l'efficacité des stratégies mises en œuvre plusieurs aspects ont été passés en revue :

- **L'approche de partenariat utilisée par Solsoc est bien appréciée par tous les partenaires.** Elle consiste à identifier les programmes lors d'ateliers, à faire deux suivis annuels et une évaluation programmation de la mise en œuvre avec la participation de tous les acteurs. La méthodologie de la cartographie des incidences est jugée efficace par les partenaires car elle met l'accent sur des

changements concrets au lieu des résultats. Solsoc a développé également des synergies internationales entre partenaires du programme dans différents pays ;

- Si l'on se réfère aux feuilles de suivi des incidences des partenaires du volet mutualiste de Solsoc au Burundi notamment FEMUSCABU et PAMUSAB, des marqueurs avaient identifiés pour apprécier le niveau de changement. En faisant un bilan, au regard des critères fixés dans l'étalonnage, à l'an 3 de la mise en œuvre (2019), on se rend compte que les différents programmes **ont atteint un niveau moyen, ce qui est relativement satisfaisant**. Nous notons que les critères sont tellement exigeant que malgré des progrès, les organisations peuvent rester au même niveau.
- Une analyse effectuée sur les stratégies utilisées dans la mise en œuvre des programmes des partenaires de Solsoc et pour le volet mutualiste montre que **les stratégies utilisées ont été en général efficaces**. Cependant au regard de certaines difficultés rencontrées et des résultats atteints, les consultants ont estimé que quelques stratégies ont eu néanmoins une efficacité limitée et qu'il faut les revoir ou les renforcer au niveau des quatre partenaires mutualistes.
- **Au niveau de l'adéquation entre les stratégies et les moyens utilisés (budget mis à disposition) :** Selon la plupart des partenaires, beaucoup de stratégies ont été handicapées par l'insuffisance des moyens mis à la disposition du programme. Il est probable que lors de la conception du programme, que les budgets n'aient pas été bien estimés ou qu'il y a eu des réductions budgétaires qui ont affecté la mise en œuvre. Il est difficile de se prononcer si une évaluation précise rubrique par rubrique n'est pas effectuée. Mais il est évident que certaines stratégies n'ont pas abouti par insuffisance de moyens.
- **Une approche multi acteur a été utilisée dans la mise en œuvre du volet mutualiste.** Des acteurs divers ont participé aux progrès enregistrés dans les programmes appuyés par Solsoc pour les partenaires mutualistes, ce qui peut provoquer un effet multiplicateur à terme et consolider les bases des programmes. Malgré les apports du programme dans le renforcement des capacités des acteurs, on constate que des besoins existent encore : besoins en renforcement des capacités déduit des diagnostics et besoins pour la mise en œuvre des programmes (issus des évaluations des programmes).
- **L'adhésion aux plate formes :** les consultants ont constaté que c'est exclusivement les promoteurs des mutuelles qui sont les membres des Plateformes au Burundi. Une des raisons qui limitent l'efficacité de certaines stratégies de cette plate -forme réside dans cette composition. Les structures les mieux habilités à défendre les questions de protection sociales devraient être aussi les mutuelles et leurs faitières. Nous avons senti ce désir de se positionner par FEMUSCABU. Cette composition explique en partie des difficultés d'appropriation de certains travaux de PAMUSAB. Il faut corriger cette lacune.
- **La question de l'autonomie se pose au niveau de toutes les organisations mutualistes rencontrées.** Pour FEMUSCABU un plan d'autonomisation a été adopté et est en cours et il nécessaire de le matérialiser comme prévu en 2021 en travaillant à l'appropriation du plan par la FEMUSCABU et éventuellement en actualisant le calendrier de travail.
- **L'offre de soins :** les mutualistes ne se plaignent pas trop de la qualité des soins. Ils réclament souvent que des maladies non prévues dans le paquet de soins et désirent souvent des spécialités en ce qui concerne les médicaments. Il est bon de diversifier les paquets de soins avec les types de cotisations et améliorer en général l'offre de soin;
- **Le plaidoyer** est bien porté par les Plate -formes des deux pays avec une forte implication de la société civile. Il doit être renforcée pour l'adoption de la CSU. (Loi d'application sur la mutualité en RDC, études à finaliser au Burundi).

Question 4 : Le rapport final du programme MASMUT 2014-2016 donnait dans ses perspectives une quinzaine d’axes de travail pour renforcer les acteurs mutualistes et les autorités nationales, **quels sont les axes qui restent prioritaires actuellement pour renforcer les plateformes nationales et leurs membres dans leur travail d’harmonisation des pratiques et de plaider politique ?**

Pour répondre à cette question qui semblait à priori la plus facile, les consultants ont noté que la plupart des acteurs mutualistes rencontrés n’en avait aucune idée ou qu’ils n’avaient que des informations éparses. Même dans les plateformes, les personnes qui connaissaient ce programme ou qui l’avait vécu n’était pas nombreux. Cependant au Burundi les dirigeants de PAMUSAB ont fait l’effort de nous remettre les documents importants et aider à analyser la situation.

Pour identifier les axes qui restent prioritaires, nous avons en fonction des axes du rapport essayé de dégager ce qui a été réalisés au cours du programme Masmut 2014- 2016 et dans les Plateformes jusqu’en 2019. Sur cette base, nous avons identifié par axe, ce qui reste à réaliser. Le tableau ci-après présentent les axes qui restent prioritaires au Burundi notamment dans le cadre de PAMUSAB :

Tableau N°2 : Axes prioritaires pour renforcer PAMUSAB

Axes de travail qui restent prioritaires	Travail qui reste à faire par axe
Mise en place d’un système de gestion adapté aux réalités des mutuelles et à leurs niveaux de structuration qui tient compte de toutes les fonctions (adhésion, cotisation, gestion des risques etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Equiper les mutuelles de santé d’outils informatiques ; - Recruter du personnel compétent pour l’utilisation effective du logiciel ; - Renforcer les compétences en gestion des mutuelles de santé.
Montée en compétence, formation des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Former un noyau de formateurs de la PAMUSAB pour améliorer les performances des mutuelles et élargir à d’autres compétences (Formations sur : Mécanismes d’extension de la protection sociale, la gestion des mutuelles de grandes tailles, la réalisation des études et recherches en protection sociale, la digitalisation des données, la gestion de l’Assurance Maladie et les différents modèles d’organisation de l’AMU).
Transmission des connaissances pour la gestion des mutuelles par le pool d’experts	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des séances de formations pour les thèmes ci-haut cités pour la transmission des connaissances pour la gestion des mutuelles.
Mise en place d’un accompagnement harmonisé à l’instar du volet l’UEMOA	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une confédération nationale de toutes les mutuelles qui conventionnerait avec l’Etat pour la gestion de l’AMU ; - Mettre en place un médecin conseil qui va servir tous les acteurs ; - Mettre en place un fond de garantie ; - Poursuivre la restructuration des MUSA selon le schéma de l’AMU.
Etudes en vue de s’articuler avec les contextes ou les mutuelles ne sont pas soutenues	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser l’étude de faisabilité pour revoir le paquet de service et la cotisation ; - Rechercher des financements pour la deuxième phase du projet

Quant à l’objectif général de l’évaluation, dans les TDR, il s’agissait de déterminer **les conditions à remplir et les stratégies à adopter par les mutuelles de santé accompagnées par Solsoc** d’un point de vue de leur institutionnalisation, leur gouvernance, leur gestion, leur professionnalisation et leur passage à l’échelle, **pour qu’elles soient en capacité de participer à la réalisation de la couverture santé universelle**. Pour cette objectif, nos conclusions sont les suivantes :

→ **Sur le plan institutionnel et de la gouvernance**

- Dans la gouvernance interne, il faut clarifier les rôles entre les organes de la mutuelle. Un travail doit être fait au niveau des unions de la FEMUSCABU entre les CA et les Coco ;
- Renforcer l’autonomie de FEMUSCABU à travers la mise en œuvre du plan d’autonomisation qui a été élaboré ;
- La représentation des organisations mutualistes au sein de PAMUSAB ou le travail en synergie devrait être repensée ou renforcée.

→ **Sur le plan de la gestion et de la professionnalisation**

- Le renforcement de certaines fonctions est indispensable. Il faut par exemple renforcer les capacités des gérants des unions de la FEMUSCABU, mettre à niveau l’organisation en matière de gestion et plus particulièrement sur le plan du contrôle interne ;

- Renforcer la formation de base en informatique, opérationnaliser l'utilisation des outils de gestion des risques et partager les expériences entre organisations mutualistes ;
- Mettre en œuvre les axes du plan de renforcement des capacités en s'inspirant des informations recueillies lors des diagnostics et des analyses des programmes et périodiquement évaluer le trajet de renforcement des capacités avec l'outil scan ;
- FEMUSCABU a besoin de plan, de matériels et d'équipements de sensibilisation et de mobilisation sociale.

→ **Sur le plan de la mise à l'échelle**

- Il faut consolider l'action de FEMUSCABU dans sa zone d'intervention en renforçant la mobilisation sociale à la base (ancrage à la base), la synergie avec les initiatives d'économie sociale ;
- Répliquer si possible, l'expérience dans des zones plus importantes si ces zones ne sont pas occupées par d'autres mutuelles. Il faut le faire en se conformant au schéma de promotion des mutuelles proposé par PAMUSAB.

De façon générale, à la lumière de toute cette étude, on peut dire que :

- Les chantiers de l'autonomisation et de la professionnalisation restent à construire/renforcer ;
- Les approches d'appui avec les AGR n'ont pas marché, elles peuvent être efficaces si on revoie les démarches utilisées et si ces démarches sont associées à un travail de sensibilisation, voire de marketing social ;
- L'approche cartographie des incidences est bien appréciée, les démarches d'ateliers de réflexion, de diagnostic avec l'outil scan peuvent éviter que les organisations mutualistes tombent à un moment donné dans la monotonie.

I. Introduction

1.1. Contexte de l'étude

Cette évaluation à mi-parcours concerne l'axe mutualiste du programme quinquennal (2017-2021) DGD de Solsoc pour la République Démocratique du Congo (RDC) et le Burundi. Elle concerne deux pays au contextes différents avec une ancienneté de projet différents.

En RDC, la politique nationale de protection sociale prévoit que chaque citoyen adhère à une mutuelle de santé de son choix. La loi déterminant les principes fondamentaux de la mutualité (Loi organique N° 17/002) a été adoptée en mai 2016 et promulguée par le chef de l'État en février 2017. Malheureusement, les mesures d'application ne sont pas encore rédigées. Solsoc appui le volet mutualiste en RDC à travers trois (3) partenaires limitrophes : LONALO, MUSQUAP et MUSAFY. Ces partenaires sont eux-mêmes appuyés par deux structures d'appui ou partenaires associés qui sont CRAFOP et CENADEP. Le développement des mutuelles est confronté à des facteurs contextuels qui ont conduit à en faire un sujet d'évaluation et décider de la suite à donner au volet.

Au Burundi, au-delà du fait que le document de Politique Nationale de Protection Sociale prévoit la mise en place d'une assurance-maladie universelle pour tous les burundais, on observe une compétition entre le Ministère de la santé et celui en charge de la protection sociale qui pénalise le développement des mutuelles de santé. Le Ministère de la santé subsidie la Carte d'Assistance Médicale (CAM) qui fait une concurrence féroce aux mutuelles de santé car elle est beaucoup moins chère (3000 BIF contre 22500 BIF pour une cotisation aux mutuelles) et accessible à tous les Burundais. Ces deux systèmes se confrontent et les mutuelles de santé peinent à maintenir leurs effectifs. Au Burundi, Solsoc appui la FEMUSCABU dans les cinq régions caféicoles et la PAMUSAB. Elle appuie également ADISCO qui accompagne FEMUSCABU.

1.2 Rappel des objectifs et des questions clés de l'évaluation à mi-parcours

L'objectif général de l'évaluation est de déterminer les conditions à remplir et les stratégies à adopter par les mutuelles de santé accompagnées par Solsoc d'un point de vue de leur institutionnalisation, leur gouvernance, leur gestion, leur professionnalisation et leur passage à l'échelle, pour qu'elles soient en capacité de participer à la réalisation de la couverture santé universelle. L'évaluation à mi-parcours est beaucoup plus qualitative que quantitative. Elle cherche à répondre à quatre questions clés qui sont :

Question 1 : Dans une approche de gestion des risques, quelles sont les raisons qui poussent certaines personnes à adhérer aux mutuelles de santé et quelles sont causes actuelles à l'origine de l'arrêt d'adhésion ou de l'absence d'adhésion ? Ces relations de cause à effet sont-elles d'origine ancienne, récente, structurelles ou conjoncturelles ?

Question 2 : Quel est le poids d'influence du contexte externe dans l'émergence et le développement des mutuelles de santé au Burundi et en RD Congo ? Quelle est la sphère d'influence des partenaires de Solsoc et les plateformes dont ils sont membres sur le contexte externe ? Quelles sont les pistes et les leviers conduisant à une influence accrue sur le contexte externe ?

Question 3 : Est-ce que les stratégies actuellement mises en œuvre par Solsoc et ses partenaires pour contribuer à pérenniser les mutuelles de santé (stratégies d'appui, budget, compétences, acteurs, autonomisation, adhésion à des plateformes, actions vis-à-vis de l'offre de soins, plaidoyer, etc.) sont efficaces pour atteindre à moyen terme les résultats visés (les changements décrits dans l'incidence) ?

Question 4 : Le rapport final du programme MASMUT 2014-2016 donnait dans ses perspectives une quinzaine d'axes de travail pour renforcer les acteurs mutuellistes et les autorités nationales, quels sont les axes qui restent prioritaires actuellement pour renforcer les plateformes nationales et leurs membres dans leur travail d'harmonisation des pratiques et de plaidoyer politique ?

Au-delà des réponses cherchées sur les questions clés, on se rend compte que le commanditaire a des attentes sur la tenue de l'évaluation notamment :

- Orienter les stratégies à mettre en œuvre au cours des deux dernières années du programme et renforcer les besoins en expertise locale (contexte de l'évaluation) ;
- Fournir des informations permettant de donner une suite à l'axe mutualiste du programme DGD (page 3 contexte spécifique de la RDC).

II-Méthodologie de l'évaluation

2.1 Réunion de préparation et de cadrage de l'évaluation

C'est une étape qui a été mise en œuvre le 17/10/2019 par Skype et qui a permis au consortium de Bureaux d'étude (Sira Conseil et Yifmenga Consulting international) et au commanditaire de :

- Faire des commentaires sur l'offre du consortium de bureaux d'étude et de clarifier certains aspects méthodologiques. C'est ainsi qu'il est ressorti que cette évaluation n'a pas pour but de faire une analyse selon les critères CAD, qu'il n'est pas forcément nécessaire que Solsoc soit présente sur terrain lors de l'évaluation, que le cadre logique n'est pas l'outil principal mais bien la démarche de la cartographie de l'incidence ;
- Ne pas évaluer en tant que tels les résultats de PGM, mais se baser sur les résultats pour faire les analyses indispensables pour la mission. La réunion de cadrage a pris également l'option que l'échantillonnage doit être fait avec les partenaires sur terrain pour ce qui concerne les membres et les anciens membres des mutuelles. D'autres options ont été prises comme privilégier les focus groups et s'inspirer de la démarche Diobass. Pour le diagnostic institutionnel, il a été convenu de bien le mettre en lien avec la question 3 et avec les compétences d'accompagnement.
- Echanger sur l'offre financière, les questions de billets et de visas ;
- Inventorier les documents à transmettre à l'équipe.

Il était prévu qu'en cas de besoin, un second Skype pouvait avoir lieu. A défaut d'organiser ce Skype, des demandes d'informations par email ont été adressées à Solsoc qui a fourni les informations recherchées. Trois personnes au niveau du consortium de bureaux d'études étaient présentes lors de cette réunion (Parfait SAKA, TIAWARA Yemalé et Adama TIEMTORE) et trois autres au niveau du commanditaire Solsoc (Sylvie Demeester, Stephan Regnard, Stéphanie Lecharlier).

2.2. Revue documentaire

La recherche documentaire, a été une étape importante de la méthodologie. Elle a consisté en une collecte et à l'exploitation des documents disponibles auprès de Solsoc, des partenaires terrain et complété par des documents généraux recherchés par les consultants eux-mêmes. La collecte et l'analyse des documents a permis de disposer de données secondaires et d'avoir une meilleure connaissance des programmes des partenaires de Solsoc en RDC et au Burundi, de mieux comprendre les deux contextes, les mécanismes/stratégies de mise en œuvre et du suivi ainsi que des résultats du volet mutualiste dans les deux pays. La collecte et l'analyse des documents se sont poursuivies de façon itérative tout au long de la mission notamment par la récupération et l'analyse des documents de stratégie sectorielle, les études de faisabilité, des documents de politiques générales, les conventions de partenariat, les budgets des partenaires de Solsoc et les institutions d'appui aux mutualistes. Le volume des informations à analyser fait qu'une partie sera judicieusement exploitée au cours de l'analyse des données et même lors de la rédaction des rapports.

2.3. Elaboration des outils de collecte de données

Sur la base des échanges avec le commanditaire, des résultats de la revue documentaire analytique (revue), l'équipe de consultants a élaboré les outils de collecte des données en tenant compte du champ de l'évaluation. De façon générale, ils ont estimé que les données à collecter sont de nature qualitative. Cependant ils ont trouvé nécessaire que sur la question des adhérents et leurs motivations

à se fidéliser ou non aux mutuelles, il faut des données statistiques. Pour la collecte de données qualitatives, les consultants ont estimé que c'est la saturation de l'information qui détermine l'arrêt des échanges. En partant de ces principes, ont été élaborés et utilisés des outils suivants :

- **Des guides d'entretiens individuels** pour la collecte de données auprès des responsables des partenaires d'exécution de Solsoc, les services techniques partenaires (formations sanitaires, ONG), les autorités locales ;
- **Des guides d'animation des focus groups** : pour des entretiens avec les membres d'organisations mutualistes (fédération, unions, mutuelles), les équipes techniques, des groupes de mutualistes, des agents de Plate-formes (POMUCO, PAMUSAB) ;
- **Des guides d'animation d'ateliers de réflexion** : qui ont servi pour des réflexions de plus longues durées (une journée ou deux) avec les membres d'organisations mutualistes pour l'approfondissement des thématiques de l'évaluation ;
- **Le Scan ou outil de diagnostic organisationnel et institutionnel** : utilisé pour évaluer les capacités administratives, organisationnelles, de gouvernance, les capacités techniques, de gestion financière et comptable des organisations mutualistes ;
- **Des Fiches d'enquêtes** : utilisées pour comprendre les raisons qui poussent les hommes et femmes à adhérer aux mutuelles de santé et les raisons qui sont à l'origine de l'arrêt d'adhésion ou de l'absence d'adhésion. Ces fiches ont permis de faire des enquêtes individuelles en RDC et des enquêtes collectives au Burundi.
- **L'équipe a également utilisé des photographies** pour immortaliser les moments importants de l'évaluation à mi-parcours.

2.4. Collecte des données sur terrain (RDC et au Burundi)

2.4. 1. Entretiens individuels :

Sur la base des outils et de l'option opérationnelle retenue, les experts ont animé des entretiens individuels ciblés. Ces entretiens ont concerné les responsables en charge de l'axe mutuelle de santé du programme DGD de Solsoc, les autorités locales et institutionnelles, les professionnel(le)s de la santé (responsables des formations sanitaires), les membres des plateformes. Ils ont permis de passer en revue les principales questions de l'évaluation. En général, un accent particulier a été mis sur les questions de politique, de stratégies d'appui et d'accompagnement, même si les autres questions de l'évaluation ont été aussi abordées. Pour les professionnels de la santé, un accent particulier a été mis sur les soins et la qualité des soins.

2.4. 2. Focus groups

Les informations recueillies au niveau des entretiens individuels ont permis d'identifier les questions à approfondir. Ces questions ont été traitées au cours de focus groups. Ces focus groups ont concerné les organisations mutualistes (fédération, unions, mutuelles), les équipes techniques, des groupes de mutualistes, des agents des ONGD d'appui, des Plate formes d'appui aux mutualistes (POMUCO, PAMUSAB). Ils ont permis d'aborder les questions techniques de mise en œuvre, de comprendre la perception des acteurs sur les approches, les stratégies de mise en œuvre et sur les résultats atteints.

2.4. 3. Ateliers de réflexion

Les consultants ont trouvé opportun de tenir des mini ateliers de réflexions thématiques inspirés de la démarche Diobass¹. Ceci dans le but d'avoir un plus large consensus sur les questions discutées, de

¹ La démarche Diobass est une approche de communication et de recherche action qui permet de valoriser et socialiser les connaissances et savoirs de tous les acteurs impliqués. Elle se déroule au cours d'ateliers ou des groupes de travail réfléchissent sur des thématiques, les approfondissent et restituent de façon très concrètes les résultats de leurs réflexions. La dynamique de recherche continue après les ateliers et débouche sur des innovations des participants au processus de recherche. Lire au besoin « Ecole au champs » de Monsieur Hugues DUPRIEZ.

préciser les problématiques de l'axe mutuelle DGD de Solsoc et de trouver des solutions adaptées et partagées par une grande partie des acteurs. Ces ateliers étaient aussi des approfondissements des questions discutées au préalable. C'est pourquoi, ils ont été construits de façon itérative sur la base des résultats de la revue documentaire, des entretiens individuels et des focus groups. Ces ateliers ont concerné des dirigeants et responsables de tous les organes des structures mutualistes, mais surtout des membres à la base. Ainsi trois ateliers ont été facilités : un avec LONALO, un second avec MUSQUAP et un troisième avec l'Union du grand nord de la FEMUSCABU. Il faut noter qu'en dehors de la collecte des données, ces cadres de réflexion ont vraiment permis de valoriser, socialiser et capitaliser les connaissances des acteurs sur les questions mutualistes et déclencher des dynamiques de réflexion sur les thématiques abordés. Nous avons recommandé aux organisations concernées de poursuivre les réflexions sur les défis soulevés au-delà de la mission d'évaluation à mi-parcours. Chaque atelier ayant varié entre un à deux jours.

2.4. 4. Diagnostics organisationnel et institutionnel avec l'outil scan

La démarche autour de l'outil scan a permis aux organisations mutualistes, elles-mêmes, d'évaluer leurs propres capacités fonctionnelles, organisationnelles, de gouvernance, les capacités techniques, les capacités en gestion financière et comptables. Les dynamiques de réflexions en commissions autour des questions posées et les consensus obtenus sur les cotations ont permis de déceler les faiblesses et de proposer des plans ou trajets de renforcement des capacités. Là aussi trois scans ont été organisés sur les mêmes structures mutualistes. Comme un membre d'une organisation mutualiste l'a reconnu « avec le scan, on rit, on pleure, on s'énerve, mais c'est la réalité, elle vous réveille sur vos problèmes, vos défis et vous forme ». Nous avons recommandé que le scan serve d'outil d'évaluation chaque année pour les organisations l'ayant expérimenté. Nous avons même échangé avec les partenaires d'appui sur le contenu pour qu'ils puissent accompagner les organisations mutualistes dans l'utilisation de l'outil scan.

2.4. 5. Échantillonnage et tenue d'enquêtes et de focus groups sur les adhérents et non adhérents des mutuelles et sur leurs motivations à adhérer, à quitter ou à ne pas être membres de mutuelles de santé

La problématique des adhésions et des démissions dans les mutuelles est prévue pour être élucidée au niveau de la question 1 de l'évaluation. Comme recommandé dans les TdR, les échantillons pour les enquêtes ont été mis en place au fur et à mesure par l'équipe en concertation avec les structures mutualistes. L'idée a été de voir auprès de combien de personnes pouvait enquêter pour refléter la réalité compte tenu du temps disponible. C'est une définition d'échantillon qualitatif même si cela était basé sur des chiffres disponibles.

Chaque fois qu'un consensus s'est dégagé sur l'échantillon, l'équipe de consultants s'est attelé, à partir des listes disponibles, à faire des tirages de personnes à enquêter. Les fiches d'enquêtes avaient été au préalable enregistré sur des tablettes et c'est à l'aide de ces outils que la collecte des données devait se faire. Pour conduire les opérations, des enquêteurs ont été à chaque fois recrutés et formés et les listes avec les contacts leur ont transmis. Quatre catégories de personnes ont été touchées par ces enquêtes : les adhérents cotisants, les adhérents non cotisant (démissionnaires), les nouveaux adhérents et les non adhérents.

Une des difficultés majeures dans la constitution des échantillons a été l'état des données statistiques des partenaires. Pour certains partenaires comme MUSQUAP, il n'y avait pratiquement pas de données statistiques claires. Les chiffres communiqués variaient progressivement et sur terrain, il a été difficile de trouver les personnes ciblées. Il fallait perpétuellement changer les personnes visées. Si à l'Union du grand nord, il y avait des chiffres, les statistiques n'indiquaient pas clairement leurs lieux de résidence et leurs contacts si bien que l'enquêteur était obligé de recourir aux dirigeants de la mutuelle pour faire son travail. A LONALO, on a noté que quelques adresses et numéros de contacts n'ont pas été actualisées ou complétées. Mais le travail était beaucoup plus aisé car les données statistiques

étaient mieux tenues. Les différents échantillons sur lesquels ont travaillé les enquêteurs figurent dans l'annexe 1 du rapport.

2.4. 6. Synthèses et les restitutions à chaud avec les acteurs

Des synthèses ont été régulièrement effectuées par les experts suite à des rencontres individuelles, des rencontres de groupes, des ateliers ou après les diagnostics. Ces synthèses ont permis à la fin de toutes les rencontres, de présenter un état des lieux et des propositions et recommandations à l'ensemble des partenaires. Ainsi trois (3) restitutions à chaud ont été effectuées pour les partenaires CRAFOP LONALO, CENADEP et MUSQUAP et ADISCO, PAMUSAB et FEMUSCABU.

2.4. 7. Les interactions avec les représentants de SolSoc

Quelques interactions ont eu lieu avec les responsables de SolSoc pour la RDC et le Burundi pendant l'étude et à la fin de la mission. Même si elles n'étaient pas nombreuses, elles nous ont permis d'ajuster notre méthodologie. Au Burundi avec le contexte, il a fallu l'intervention de SolSoc pour que les partenaires comprennent mieux notre démarche et l'adapter au contexte. Nous pensons que le rôle de SolSoc a permis de réduire la peur que certains partenaires ont des évaluations externes en RDC. Nous avons aussi fait un travail de proximité dans la transparence qui a permis un engagement total de tous les partenaires dans la réalisation de l'évaluation.

2.5. Phase d'élaboration du rapport provisoire

2.5.1. Traitement et analyse des données collectées

Le traitement et l'analyse des données ont consisté en l'organisation des informations collectées pour répondre aux besoins de l'analyse. Ainsi les données quantitatives et qualitatives issues de la réunion de cadrage, de la revue documentaire et de la collecte de données terrain ont été rapprochées pour affiner les analyses. A partir de ces analyses des données, de grandes questions auxquelles l'évaluation est censée apporter des réponses ont été traitées.

2.5.2. Élaboration du rapport provisoire

L'élaboration du rapport provisoire a été basée sur les données collectées et analysées. Les consultants ont pris en compte le plan de rapportage contenu dans les TDR et ont proposé un plan plus détaillé au commanditaire pour validation avant la rédaction du rapport provisoire. Sur la base du plan validé et des précisions demandées, l'équipe de consultants a pu rédiger et soumettre le rapport provisoire.

2.6. Validation et finalisation du rapport d'étude

2.6.1. Restitution

La version provisoire du rapport a fait l'objet d'une restitution à SOLSOC et à ses partenaires mutualistes à Bruxelles. Cette restitution a consisté à faciliter un atelier d'apprentissage pour : (I) Présenter les principaux Résultats/conclusions/recommandations de l'évaluation, (ii) Recueillir les commentaires sur les conclusions et dégager un consensus sur les recommandations ; (iii) Élaborer/affiner en atelier les leçons apprises et les améliorations proposées pour l'avenir. La restitution a permis aux différents participants de formuler une ou deux propositions d'amélioration du document.

2.6.2. Finalisation du rapport

Il faut noter qu'après la restitution, SolSoc a envoyé par la suite des questions d'éclaircissement, des commentaires et d'autres amendements. Sur base de l'ensemble des amendements, les consultants ont produit un rapport définitif qui sera soumis à SolSoc.

2.7. Limites de l'étude et difficultés rencontrées

Les consultants ont trouvé l'évaluation très ambitieuse. Il y a deux contextes très différents avec des dynamiques et des niveaux d'organisations très différentes. L'étude devait évaluer l'axe mutuelle dans sa globalité, mais aussi étudier les programmes qui sont appuyés par Solsoc. Le temps imparti devait être consacré à une analyse qualitative, mais à côté, il fallait disposer de données quantitatives pour illustrer. D'autre part, il fallait travailler sur le programme DGD en cours et avoir un regard sur le programme MASMUT finalisé depuis 2016. La multiplicité des dimensions demande une extrême concentration des consultants.

Une des grandes difficultés rencontrées c'est l'état des statistiques des partenaires qui a compliqué la conduite des enquêtes en RDC et des focus groups sur les adhérents et non adhérents. Un appui particulier devait être donné aux partenaires sur la question. On peut noter également que la finalisation a pris du temps compte tenu des restrictions dans le travail imposé par la situation de la pandémie du Corona Virus.

III. RESULTATS DE L'EVALUATION DE L'AXE MUTUELLE EN RDC

3.1. Eléments du contexte du pays

3.1.1. Le système de santé et la place des mutuelles de santé dans la politique de protection sociale ;

L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. La politique nationale de la santé, adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires (SSP). L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la zone de santé (ZS)². C'est au niveau de la ZS que toutes les interventions sont intégrées dans les structures de base de soins de santé primaires et communautaires. Avec une moyenne comprise entre 100.000 et 200.000 habitants, chaque ZS est subdivisée en aires de santé (AS) d'environ 5.000 à 10.000 habitants selon le milieu, desservies par un centre de santé.

L'organisation du système de santé congolais est pyramidale à trois (3) niveaux :

- Le **niveau central** : il est constitué du Cabinet du Ministre de la Santé, du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les programmes spécialisés, l'inspection générale de la santé ainsi que les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. Ce niveau définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.
- Le **niveau intermédiaire** : il est subdivisé en divisions Provinciales de la Santé et de Bureaux de District de Santé. Le niveau provincial est composé du Cabinet du Ministre provincial en charge de la santé, d'une division provinciale de la santé (DPS), d'une inspection provinciale de la santé (IPS), de l'hôpital provincial (HP) et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies et politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des ZS.

- Le **niveau périphérique** : socle de la pyramide sanitaire, il est le niveau opérationnel et d'exécution des stratégies nationales des soins de santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des SSP. Il est constitué des zones de santé, d'un Bureau central, d'un Hôpital général de référence et d'une constellation de centres de santé liés à ce dernier par la relation de référence et de contre référence. Le niveau périphérique comprend 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et 8 504 aires de santé (AS) planifiées dont 8 266 disposent d'un Centre de Santé (CS).

3.1.2. Les lois qui encadrent le système de protection du pays

Le cadre juridique et institutionnel de la protection sociale en RDC

La base juridique de la protection sociale, y compris celle des mutuelles de santé comprend des instruments juridiques supra nationaux d'une part et des textes juridiques nationaux d'autre part.

→ **Au titre des conventions internationales ratifiées par la RDC, on peut noter :**

- La déclaration universelle des droits de l'homme et des peuples et divers autres instruments sur les droits économiques et sociaux ;
- La charte africaine des droits de l'homme et des peuples qui consacre plusieurs droits sociaux fondamentaux, à savoir le droit à la protection de la santé, le droit à la protection de la maternité, le droit aux allocations familiales, le droit aux prestations de vieillesse (articles 16-18) ;
- La convention n° 102 du BIT relative au socle de protection sociale qui mentionne parmi ses quatre garanties l'accès aux soins de santé. La RDC a ratifié 5 des 9 prestations prescrites par la convention ;
- La Déclaration de Philadelphie (1944) reconnaît l'obligation solennelle pour l'Organisation Internationale du Travail (OIT) de contribuer à réaliser (...) l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets.

→ **Au plan national, les textes législatifs et réglementaires qui encadrent la protection sociale et les mutuelles de santé en RDC sont les suivants :**

- La constitution de la RDC qui définit les droits fondamentaux en ses articles 42, 47, 48 et 49. L'article 47 définit le droit à la santé comme un des droits fondamentaux de tout citoyen congolais ;
- La loi 015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du travail qui fait obligation aux employeurs de prendre en charge les dépenses de santé de leurs travailleurs ainsi que des membres de leur famille ;
- La loi n°16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de sécurité sociale en RDC ;
- La loi 017/002/ du 8 février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité en RDC. Dans cette loi le chapitre 5 est consacré aux principes applicables aux mutuelles de santé. Cette loi vient remplacer le décret du 15 avril 1958 qui réglementait les associations mutualistes en RDC ;
- La loi N°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Cette loi institue en son article 41 un système de couverture sanitaire universelle fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins et de protection financière pour tous ;
- Dans le secteur de la santé également, 8 arrêtés ministériels et deux ordonnances instituent 10 programmes verticaux qui confèrent la gratuité de certains services de santé aux populations dans le domaine des maladies transmissibles ; des maladies tropicales négligées

(filariose lymphatique) ; du programme élargi de vaccination ; de la santé de la reproduction ; de la nutrition et de la santé scolaire et universitaire³.

Par ailleurs, divers instruments juridiques concernent spécifiquement la protection sociale des personnes vulnérables ou des indigents. Ces mesures visent l'équité dans l'accès des plus nécessiteux aux services sociaux de base ; ainsi que leur insertion socioéconomique.

Quoique de grandes avancées soient notées, le cadre juridique reste encore insuffisant, notamment sur les aspects suivants :

- L'absence des décrets et arrêtés d'application de la loi 17 sur la mutualité ;
- L'absence d'une loi sur la couverture sanitaire universelle qui clarifie le cadre institutionnel, la nature de l'organisme de gestion, le type de régime, les principes directeurs applicables au panier de soins et les cotisations, le type d'organisme de gestion délégué et les fonctions pouvant être déléguées ;
- La carte d'indigent ne donne pas accès aux services de santé médico techniques (Laboratoire, radiologie, pharmacie) et il n'existe pas de critères formels consensuels adoptés au plan national pour la sélection des indigents.

Toutefois, les échanges de l'équipe des évaluateurs avec le Secrétaire Général de la Prévoyance sociale et avec des acteurs mutualistes de premier rang comme POMUCO, attestent que les réformes du secteur de la protection sociale entamées depuis 2015 se poursuivent de façon soutenue avec les nouvelles autorités politiques. En effet le processus d'élaboration des textes d'application de la loi sur la mutualité et la loi sur la CSU est en cours et augure de bonnes perspectives pour pallier à court terme les insuffisances du cadre juridique. De même une grande campagne de sensibilisation de la population sur la CSU est envisagée par le gouvernement dans toutes les provinces.

→ **Le cadre institutionnel de la protection sociale, qui est encore en construction, se compose d'institutions dont certaines ne sont pas encore fonctionnelles dans la pratique.**

Au niveau central :

- La tutelle technique de la protection sociale est assurée par le Ministère du travail et de la prévoyance sociale. Au sein de ce Ministère, il existe une direction des assurances et des mutuelles dont la mission est d'apporter un appui à la promotion des mutuelles et des assurances ;
- Le Programme National d'appui à la Protection sociale mis en place par Décret présidentiel (Ordonnance) n°05/176 du 24 novembre 2005 ;
- Un conseil du programme national d'appui à la protection sociale a été mis en place pour orienter le PNPS ;
- Au niveau du Ministère de la santé, un programme national de promotion des mutuelles de santé (PNPMS) a été mis en place pour apporter un appui technique aux mutuelles ;
- *Un Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle (PSN-CSU) a été élaboré et présenté par le chef de l'Etat (qui assure le pilotage du Plan) à l'Assemblée Générale des Nations Unies qui s'est tenue du 23 au 28 septembre 2019 à New York.* Le PSN-CSU définit la vision de l'Etat pour la santé des Congolais qui consiste à mettre en place des services de santé de qualité pour chaque individu dans un esprit d'équité et de solidarité. Le cadre institutionnel de mise en œuvre est placé sous l'autorité du chef de l'Etat, la coordination est assurée par le Premier Ministre et le secrétariat exécutif par le ministère de la santé publique. La mise en œuvre sera assurée de concert avec la société civile.

Au niveau provincial :

La loi sur la mutualité a créé des commissions provinciales de la mutualité dans chaque province mais ; celles-ci ne sont pas encore mises en place (article 89 et suivants).

³ Les ordonnances concernent ; le PEV et le programme national de nutrition. Les maladies transmissibles concernent ; le paludisme ; le VIH/SIDA ; la tuberculose ; la lèpre ;

Au niveau de la société civile, il existe plusieurs types d'acteurs parmi lesquelles : les mutuelles, les structures d'appui au nombre de cinq regroupées au sein de la POMUCO qui constitue leur faîtière. Dans le domaine des institutions de financement, il existe divers fonds dont le Fonds National de Promotion et de Service Social (FNPSS) et le Fonds Social de la République Démocratique du Congo (FSRDC).

3.1.3. Les facteurs qui bloquent le développement et la promotion de la protection sociale et des mutuelles de santé du pays ;

Les pesanteurs socio-culturelles et politiques

De l'entretien avec les acteurs mutualistes, on peut noter qu'il y a plusieurs pesanteurs ou facteurs socio culturels, religieux et politiques qui bloquent la promotion des mutuelles de santé en RDC.

Comme dans beaucoup de pays Africains, il n'existe pratiquement pas une culture de prévoyance maladies. Si l'entraide existe pour beaucoup de problèmes sociaux, les hommes et les femmes n'ont pas la culture de prévoyance surtout pour les maladies. D'ailleurs, pour beaucoup de Congolais, s'inscrire dans une mutuelle, c'est programmer d'éventuelles maladies et sa propre mort. Beaucoup de Congolais et de Kinois en particulier ont recours aux tradithérapeutes car les soins y sont moins coûteux. Mais finalement, faute de diagnostiquer de façon adéquate les maladies dont ils souffrent, ils se retrouvent souvent avec des problèmes graves de santé comme les problèmes rénaux et hépatiques. Cette situation est souvent aggravée par le phénomène des chambres de prière dans les églises évangéliques, endroits où des pasteurs, au lieu de faire soigner les malades dans les formations sanitaires, demandent que l'on prie pour eux, ce qui occasionne souvent des morts.

Avec la politique de protection qui prend de l'ampleur dans presque tous les états et avec l'engagement du chef de l'état de la RDC de parvenir à une couverture sanitaire universelle, il y a de plus en plus des discours politiques qui font miroiter aux populations qu'avec très peu de moyens on peut assurer la couverture sanitaire aux populations. Généralement ce sont des discours tenus par des politiciens véreux qui disparaissent au bout d'un certain temps avec les moyens récupérés auprès de citoyens qui se font abuser. Ces politiciens proposent souvent un dollar pour se faire soigner toute l'année. Le problème avec ce genre de discours et de pratiques, c'est qu'il faut perpétuellement reprendre les efforts de sensibilisation des populations pour adhérer aux mutuelles.

La concurrence des sociétés d'assurance

En dehors des facteurs socio culturels, le contexte de la RDC est marqué par une place importante qu'occupe les sociétés d'assurance dans la politique de protection sociale. Dans la mesure où la loi fait obligation aux employeurs d'assurer la couverture sanitaire de leurs employés, la plupart des sociétés au lieu d'aller vers les mutuelles de santé ont recours à leurs propres sociétés d'assurance. C'est le cas des stations d'essence, des sociétés de transport, des hôtels, des boulangeries, des banques, des sociétés d'état, des sociétés privées. Cette ruée vers les sociétés d'assurance est facilitée par le fait que le mouvement syndical y est faible et ne permet pas au personnel organisé de réfléchir sur le type d'assurance santé qui lui est favorable. Le patronat affine le personnel dans n'importe quelle société d'assurance proche ou moins cher, même si les prestations de soins ne sont pas des plus performantes. Cette situation, surtout dans la ville de Kinshasa, réduit considérablement la population qui aurait pu adhérer aux mutuelles de santé.

Le Rôle joué par certaines mutuelles de santé obligatoires

Ce sont des modèles d'assurance obligatoire comme celui des enseignants du Ministère de l'éducation nationale et de l'université protestante de Kinshasa. Ces mutuelles regroupent beaucoup de membres et ont de gros moyens. Très souvent ce sont des moyens récupérés à la source accompagnés par des subventions notamment dans la mise à disposition de bâtiments et d'équipements etc. La population a tendance à prendre comme référence ces types de mutuelles qui sont des contre modèles dans la situation actuelle car d'office un enseignant recruté est membre et les frais d'adhésion et de cotisation

sont prélevés à la source. Ce qui est fondamentalement différent des mutuelles que les partenaires de Solsoc sont en train de promouvoir basés sur le volontariat.

La Méfiance entre acteurs mutualistes

Bien qu'il ait la POMUCO, les mutuelles n'ont pas une réelle collaboration sur terrain. Des divisions factuelles, même des conflits et des problèmes de leadership existaient entre différents types de mutuelles suivant les sources de financement. Cette division qui était très marquée à l'origine, a été réduite avec les efforts de concertation enclenché par le programme MASMUT et qui a vu la naissance de POMUCO. Même si la Plateforme permet aux mutuelles de se concerter sur des sujets d'intérêts communs dans le réseau, en dehors, il n'existe pratiquement pas sur terrain une véritable collaboration permettant aux mutuelles de mutualiser leurs efforts. Cela aurait pu être une force.

Les critères d'indigence ne sont pas encore clairement définis :

Les critères d'indigence n'ont pas été encore clairement définies, si bien que n'importe qui peut se faire attribuer une attestation d'indigence et bénéficier des avantages qui vont avec ce statut. Même si cela n'a pas pris l'ampleur comme au Burundi, ici, des personnes qui auraient pu adhérer aux mutuelles peuvent aussi bien se procurer de cette attestation et ne pas être dans une mutuelle de santé.

3.1.4. Les changements et évolution du contexte et les rôles joués par les mutuelles de santé et les partenaires de Solsoc dans ce changement

- **Concertation entre structures mutualistes dans le cadre d'une Plateforme : POMUCO** : Sous l'impulsion des organisations du nord, cinq (5) organisations mutualistes : CENADEP, PRODES, CGAT, LONAO se sont mis ensemble, renforcent les capacités de leurs membres et font des plaidoyers politiques. Cette concertation qui a commencé grâce à l'appui du programme MASMUT se poursuit dans le cadre de la POMUCO et avec l'appui de Cordaid. Ce cadre de concertation limite les problèmes de leadership et de conflits entre les organisations mutualistes.
- **Amélioration du niveau de compréhension des acteurs sur la protection sociale et sur les mutuelles de santé en général**. La POMUCO et ses membres ont fait un travail de renforcement des capacités des acteurs mutualistes qui a contribué à faire connaître et à mieux comprendre la protection sociale. C'est ainsi que par exemple, la POMUCO a formé les chefs de division provinciales de la prévoyance sociale sur des thématiques comme : Qu'est-ce que c'est que la protection sociale ? Quels sont les instruments juridiques de la protection sociale en RDC ? Quels sont les attributions des chefs de division en matière de protection sociale ? Qu'est-ce que c'est qu'une mutuelle de santé etc. Elle a également formé les acteurs sur comment faire une étude de faisabilité. Les médecins conseils ont été également renforcés en matière de gestion des risques. La POMUCO a œuvré également pour la mise en place d'un réseau de journaliste. Le renforcement des capacités des acteurs et la mise en place du réseau des journalistes ont permis de mieux sensibiliser les populations et les autorités et véhiculer plus largement et de façon plus professionnelle les idées sur la protection sociale via les mutuelles de santé.
- **Reconnaissance du rôle des mutuelles de santé grâce à l'adoption de la loi 2017 sur les mutuelles de santé** : POMUCO et les organisations de la société civile ont fait un plaidoyer politique qui a permis d'avoir la loi sur les mutuelles de santé. Avant cette loi, les mutuelles devaient se faire agréer comme toute autre association de droit en RDC. L'année 2016 a été une année importante pour le travail de plaidoyer de POMUCO. Le plaidoyer a été fait au niveau du SENAT, de l'Assemblée Nationale Congolaise jusqu'à l'adoption de la loi article par article dans les deux chambres. La loi a été ensuite envoyée à la présidence de la république le 08 février 2017 pour promulgation par le chef de l'Etat. Il reste les mesures d'application qui n'ont pas été encore adoptées. Là POMUCO participe avec la société civile dans une commission mis en place à cet effet. Quatorze (14) avant projets ont été produits à cet effet.

→ **Agrandissement de l'espace protection sociale grâce au travail de proximité des organisations mutualistes et des partenaires d'appui accompagnées par Solsoc**

Solsoc soutien des organisations d'appui en RDC qui sont CENADEP et CRAFOP qui font un travail d'accompagnement des mutuelles. Ainsi, ces partenaires ont mis en place des mutuelles comme la MUSQUAP, LONALO et MUSAFU. Malgré des difficultés d'implantation, on constate que des mutuelles comme LONALO commencent sérieusement à élargir leurs bases, à faire un travail de proximité. A Mbandaka et plus précisément dans les zones où elle intervient, c'est une organisation qui commence à compter et peut être une alternative dans sa zone pour la couverture sanitaire universelle. Un travail de dynamisation, de sensibilisation et de structuration de MUSQUAP doit être encore poursuivie pour que cette organisation puisse aussi jouer son rôle à Kinshasa.

→ **Amélioration des prestations de soins dans les formations sanitaires conventionnées**

Là où les structures de formation sanitaires sont conventionnées, les critiques des mutualistes et les échanges avec les dirigeants vont que progressivement, il y a une amélioration des prestations de soins.

3.2-Description du programme appuyé par SOLSOC en RDC

En RDC, Solsoc accompagne :

- CRAFOP : à l'Équateur, dans les Territoires de Bikoro et Ingende et dans la ville de Mbandaka ; le CRAFOP accompagne la mutuelle de santé LOBOKO NA LOBOKO « LONALO ». La LONALO a 5 sections (Wendji Secli, Bompoma / Widjifake, Ingende, Kalamba et Mbandaka).
- CENADEP : à Kinshasa, le CENADEP appuie la mise en place de la Mutuelle des Quartiers populaires de Kinshasa (MUSQUAP) qui est depuis début 2019 officiellement agréée comme mutuelle de santé et à Lubumbashi, la mutuelle AFYA YETU « MUSAFY » dans 3 communes, Katuba, Lubumbashi et Ruashi.

CEPENDANT, POUR LA PRÉSENTE MISSION D'ÉVALUATION, LA MUTUELLE DE SANTÉ D'AFYA YETU « MUSAFY » SITUÉE A LUBUMBASHI A ÉTÉ EXCLUE DU CHAMP DE L'ÉVALUATION.

3.2.1 Contexte de la mise en œuvre des programmes en RDC

La République Démocratique du Congo (RDC) est le deuxième plus grand pays du continent africain avec une superficie de 2.345.410 km². Elle partage ses frontières avec neuf (9) pays voisins et se trouve au carrefour de cinq (5) communautés économiques régionales (CER). Il est, par ailleurs, le troisième pays le plus peuplé de l'Afrique subsaharienne avec 84 millions d'habitants (Banque mondiale, 2018). La répartition spatiale de la population montre que la RDC est encore un pays majoritairement rural, 61,2% des habitants résident dans les campagnes (Enquête Pauvreté 2012). La province de Kinshasa regroupe 11,7% de la population et le reste du milieu urbain 27,1%. En outre, 74% de la population congolaise vit sous le seuil de pauvreté et le PIB est de moins de 500 \$ par habitant par an alors que plus de 95 % des dépenses de santé sont à sa charge. Enfin, le réseau routier est quasiment inexistant.

Sur le plan économique, le pays connaît un redémarrage économique après un ralentissement entre 2009 et 2018. En effet, le taux de croissance économique est passé de 9,5 % en 2014 à 2,4 % en 2016, pour remonter à 4,3 % pour 2018. Les indicateurs macro-économiques se sont détériorés en 2009, en raison de l'impact de la crise financière internationale sur le prix des matières premières, qui a touché de plein fouet l'industrie minière (cuivre, cobalt, zinc, diamants), un des principaux vecteurs de croissance de la RDC.

Au plan politique, à l'issue d'un processus électoral marqué par plusieurs reports, Félix Tshisekedi est devenu en janvier 2019 le nouveau chef de l'Etat congolais, succédant à Joseph Kabila qui dirigeait la RDC (République démocratique du Congo) depuis 18 ans. Toutefois, des tensions subsistent dans de nombreuses régions du pays. Les conflits internes et la crise humanitaire qui ont suivi constituent de

véritables défis, non seulement pour le gouvernement, mais aussi pour ses donateurs internationaux. La RDC est l'un des pays les plus pauvres du monde. Selon les estimations de l'OIT, le taux de chômage dans le pays était de 3,7% en 2018.

Au plan sanitaire, la situation épidémiologique du pays est marquée par la recrudescence des épidémies et le taux d'utilisation des services s'établit à 0.4 contact par an et par habitant. Selon les résultats de l'EDS près de 60% des enfants de moins de cinq ans n'ont pas accès aux traitements de base (EDS, 2013-2014) et le ratio de mortalité maternelle reste élevé avec 846/100.000 naissances vivantes ; avec un accès au personnel qualifié qui constitue toujours un défi majeur.

Le contexte est fortement marqué par la volonté des pouvoirs publics congolais de mettre en place la Couverture Sanitaire Universelle, comme mécanisme de financement de la santé solidaire et équitable, à travers l'Assurance Maladie Obligatoire. L'objectif essentiel de la Couverture Sanitaire Universelle est d'assurer à tous l'accès à des soins de santé adéquats à un prix raisonnable. La Vision de cette Politique est de « garantir à toutes les couches de la population une couverture de Protection Sociale efficace d'ici 2030, d'une part, en réduisant la vulnérabilité des populations face aux risques économiques et sociaux et, d'autre part, en même temps, en transformant le fonctionnement de la société congolaise qui produit ou entretient ces risques ».

Pour sa mise en œuvre, la protection sociale privilégie les mécanismes de péréquation et de mutualisation et pose le principe de solidarité à la fois comme fondement et comme mode opératoire de la Protection Sociale. La politique Nationale de Protection Sociale prévoit que chaque Congolais ait l'obligation d'adhérer à une mutuelle de santé de son choix.

3.2.2 Rappel des objectifs du programme DGD et résultats attendus du volet mutualiste

Selon les termes de références (TdR), l'objectif spécifique du programme 2017-2021 pour la République Démocratique du Congo est : « Des plates formes d'organisations de citoyens, des organisations mutualistes, des initiatives d'économie sociale et solidaire et leurs réseaux, avec l'appui du programme, se structurent, se renforcent et sont en capacité d'impulser un engagement citoyen fort en faveur du respect de la Constitution et des lois de la République, d'œuvrer pour l'amélioration de l'accès à des moyens de subsistance durables, de participer à l'élargissement de la protection sociale des communautés qu'elles représentent, en particulier les jeunes et les femmes et qui en sont exclues, d'influencer les politiques dans le cadre de la lutte pour la promotion et la vulgarisation des droits au travail décent des populations et l'accès durable à des services sociaux de base de qualité et ce dans le respect de l'environnement et de l'égalité hommes-femmes en République Démocratique du Congo ».

Le résultat attendu de l'axe mutuelles de santé du Programme en République Démocratique du Congo (RDC) est les suivants : « **La LONALO, la MS AFYA et la MUSQUAP** sont en condition d'améliorer leurs performances, leur professionnalisme et leur autonomisation ».

3.2.3. Bénéficiaires directs du volet mutualiste

Les bénéficiaires directs du volet mutualiste des programmes DGD en République Démocratique du Congo (RDC) sont les organisations suivantes :

- Le CENADEP Kinshasa et la Mutuelle de santé MUSQUAP à Kinshasa ;
- Le CENADEP Lubumbashi et la Mutuelle de santé MUSAFY à Lubumbashi ;
- La CRAFOP et la Mutuelle de santé LONALO à Mbandaka dans la province de l'Equateur.

Suivant les documents de base, le programme cible directement 1224 membres des trois (3) mutuelles et leur famille (LONALO : 624 ; MUSQUAP : 380 ; AFYA : 220).

3.2.5. Cadre institutionnel et organisationnel du programme

3.2.5.1 Organes chargés de l'exécution du programme

Les structures chargées de la gestion du projet sont le CENADEP et les Mutuelles de santé MUSQUAP à Kinshasa et CRAFOP et la mutuelle LONALO à Mbandaka. A côté de ces structures, d'autres organisations interviennent pour le volet plaidoyer (lobbying politique) et les formations thématiques. Ce sont la Plateforme des Organisations promotrices des Mutuelles de Santé du Congo (POMUCO) et le réseau de "Promotion de la démocratie et des droits économiques et sociaux (PRODDDES)", toutes deux basées à Kinshasa. Sont membres du réseau PRODDDES entre autres les organisations suivantes : CENADEP, DIOBASS et CRAFOP.

Une convention de partenariat couvrant la période allant du 01/09/2017 au 31/12/2021 et portant sur un montant total de 35 200 euros existe entre le CENADEP et la MUSQUAP. Selon les termes de cette convention, chaque année, le CENADEP met à la disposition de MUSQUAP une partie de ce montant en fonction des activités retenues selon le plan de Travail discuté entre les deux parties et approuvé par la Direction Générale du CENADEP. Les fonds sont versés par le CENADEP sur le compte ouvert au nom de la MUSQUAP. Toute demande de fonds est accompagnée du rapport narratif et financier de la tranche précédente accompagnée des pièces justificatives. Pour l'exécution du programme, un Comité Local d'Orientation du programme est mis en place de commun accord entre les deux parties. MUSQUAP désigne deux personnes qui sont les interlocuteurs du CENADEP. Les plans d'actions consensuels sont exécutés conformément à un manuel de procédures dans lequel les procédures organisant les dépenses budgétaires, les reportages sur ces dépenses, les reportages d'activités, le dispositif de suivi, le contrôle, l'engagement des dépenses, etc. sont décrites.

A Mbandaka, la situation des organes intervenant dans la gestion du Programme est moins explicite et il y a une confusion entre CRAFOP et LONALO. Cela se traduit par le fait que LONALO en tant qu'organisation juridiquement distincte de CRAFOP n'a pas de compte bancaire en son nom propre pour recevoir les financements destinés à mettre en œuvre ses activités. Ceux-ci sont logés dans un compte bancaire de CRAFOP. Cependant, il existe une convention entre CRAFOP et LONALO qui a été signée le 29/04/2017. La situation pourrait évoluer les mois à venir lorsque LONALO va finaliser sa reconnaissance juridique auprès de l'administration.

3.2.5.3 Organes chargés du suivi

A Kinshasa, les activités du programme sont suivies par le coordonnateur du PGM au CENADEP (Freddy Muyla), le Directeur Général (Danny Singoma), le Conseil d'administration de MUSQUAP (composé en majorité d'employés du CENADEP) et aussi par les équipes techniques desdites structures. Plus spécifiquement au sein du CENADEP, le suivi du programme est assuré par la Chargée du suivi des Mutuelles de Santé, Madame Gertrude NGENI.

A Mbandaka, au sein du CRAFOP, le suivi des activités du programme est assuré aussi par la Coordination Générale de CRAFOP et le Conseil d'administration de LONALO et par la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé (CTAMS) composée d'un Conseiller technique (Serge ISHOMBA) et d'un Médecin-conseil (Dr Jeannette KILUNDU).

3.2.6. Budgets, durée et zones couvertes par le programme

Le montant alloué aux partenaires pour les 5 ans du PGM est de **2. 676. 910 Euros**. Ce montant est reparti de la façon suivante :

-CENADEP : 1.701. 927.94 euros (financement du fonctionnement du CENADEP, de l'accompagnement de tous les partenaires limitrophes dont les deux mutuelles, de l'appui institutionnel à une Fédération (CONAPAC) et d'un programme d'un programme multi-acteurs, le PASPOR). De ce montant, 160. 381 euros constitue le montant du financement alloué par CENADEP à la MUSQUAP (fonctionnement et prise en charge des salaires du médecin-conseil, de la gestionnaire et de l'encodeur) à Kinshasa sur l'ensemble de la période 2017-2021. Le montant prévu pour être octroyé à MUSQUAP jusqu'en fin

2019 étant de 77.309 Euros. Tous les frais d'accompagnement de la MUSQUAP et de la cellule d'accompagnement des MS sont à charge du budget du CENADEP.

- **CRAFOP** : a eu un financement de 370.562,00 Euros dont 177. 484 Euros pour 2017-2021 pour LONALO. Jusqu'en Fin 2019, LONALO bénéficie de 117. 484 Euros.

La durée des programmes est donc de 5 ans (2017 à 2021), avec des plans d'action annuels. Les zones couvertes sont :

- CRAFOP et LONALO interviennent dans la Province de l'Equateur ;
- La MUSQUAP intervient principalement dans la zone de Kinshasa ;
- Le CENADEP, en tant qu'organisation d'appui, intervient à Lubumbashi.

3.3. Résultats des réflexions sur le volet mutualiste du programme RDC de Solsoc

331. LONALO/CRAFOP

3.3.1.1. État des lieux du volet mutualiste LONALO

→ **Structuration de la mutuelle**

LONALO est une organisation bien structurée du niveau central jusqu'à la base. Ces organes centraux sont : l'Assemblée Générale (AG), le Conseil d'Administration (CA), la Commission de Contrôle (Coco) et le Secrétariat Exécutif (SE). Les rôles et les tâches des responsables centraux sont bien définies. En dehors des organes centraux, il y a les sections au niveau décentralisé. Les sections ont aussi des AG, des Comités Directeurs et des Coco. Mais la section est dirigée par un chef de section qui a une sentinelle. Lors de l'évaluation, un diagnostic organisationnel, technique, opérationnel, financier et comptable a été réalisé et a permis de faire un plan de renforcement des capacités de LONALO (confère axes de renforcement des capacités en annexe). Les échanges avec les responsables ont permis de définir les axes qui vont conduire l'organisation au renforcement de ses capacités. Ces axes sont partis intégrantes des propositions.

→ **Adhésion**

L'adhésion à la mutuelle est ouverte. L'appartenance à une religion, à une ethnie ou à une minorité n'est pas un handicap pour l'adhésion. Au contraire, la mutuelle intègre les minorités visibles comme les pygmées. Leurs cotisations étant fixées à 25 000 Francs Congolais contre 50 000 francs ou au plus pour les autres. Pour adhérer à la mutuelle, il faut avoir 18 années. La mutuelle n'a pas institué des frais d'adhésion, mais c'est le paiement de l'ensemble de la cotisation qui permet à un candidat de devenir membre à part entière et de bénéficier des avantages de la mutuelle. Cependant une période d'observation de trois (3) mois est obligatoire pour les nouveaux membres avant de bénéficier de soins. En observant les statistiques tenues par la mutuelle, on se rend que l'année 2018 a vu le nombre de mutualistes baisser de façon considérable du fait de la gratuité des soins dans les zones dites affectées par l'épidémie Ebola ou zones dites « Ebola ». On constate également qu'au cours de l'année mutualiste, que certains ménages ajoutent de nouveaux membres sur la liste des bénéficiaires. Ces cas doivent être suivis avec beaucoup d'attention afin d'éviter à la mutuelle la sélection adverse.

→ **Cotisations**

Les cotisations sont de 75 000 Francs Congolais, soit 45 dollars pour la section de Mbandaka et 50 000 Francs Congolais soit 30 dollars pour les sections de Wendji Secli, Widjifake et Kalamba. Ces cotisations sont payables par tranche. Pour les personnes que LONALO ne connaît pas bien, elle préfère récupérer la totalité de la cotisation en une tranche. Les cotisations sont en général payées en espèce. Les périodes de paiement ont été fixées en tenant compte des multiples problèmes que rencontrent les ménages. Ainsi, en tenant compte des problèmes scolaires, des problèmes de fin d'année etc. l'année mutualiste a été fixée du mois de mai d'une année au mois d'avril de l'année suivante. Cette période où les cotisations sont payées convient bien aux membres (confirmé par les enquêtes). Une analyse

des cotisations montre qu'elles ne couvrent pas toujours toutes les charges de santé des mutualistes. Si les sections de Wendji Secli et Widjifake ont des réserves, les autres sections sont déficitaires. La capacité à payer la cotisation conditionne la fidélisation ou non à la mutuelle. Pour les mutualistes, l'environnement peut beaucoup influencer la fidélité à la mutuelle de santé. Les messages contradictoires sur la mutuelle peuvent décourager ou non l'attachement à une mutuelle.

→ ***Ticket modérateur, plafonds***

Il y a un ticket modérateur de 20% que les mutualistes paient sur les consultations et sur les produits pharmaceutiques. Ce ticket ne pose pas de problème pour les mutualistes. Le nombre de fois que le mutualiste doit aller vers les centres de santé pour se soigner n'est pas limité. Il y a une tarification pour chaque type de maladies.

→ ***Soins et qualité des soins***

Les produits offerts par la mutuelle à ses membres sont les prestations de soins, l'hospitalisation et le décès avec le produit cercueil. Le paquet de soins comprend une vingtaine de maladies sauf les maladies chroniques, les interruptions volontaires de grossesse, les maladies transmissibles, les coups et blessures volontaires, la chirurgie esthétique, l'impuissance sexuelle et le désir de maternité. La mutuelle ne prend pas en charge les maladies chroniques, mais leurs complications qui nécessitent une hospitalisation.

Pour déterminer le paquet de soins, les mutualistes ont eu des échanges sous forme de focus groups. Des AG ont été ensuite organisées pour valider le paquet de soins adopté. Malgré ce dispositif de participation les mutualistes ne sont pas toujours satisfaits du paquet des soins nécessitant des explications et des sensibilisations régulières. La mutuelle prévoit des ajustements dès que le besoin se fait sentir.

L'accès aux soins des bénéficiaires n'est pas plafonné. Ceci pourrait conduire à la surconsommation au regard des cotisations faibles. La qualité des soins offerts aux bénéficiaires est suivie par le médecin-conseil qui valide les factures des formations sanitaires qui sont conventionnées avec la mutuelle. Le médecin conseil entretient de bons rapports avec les formations sanitaires. Les prestataires de soins demandent souvent pour les traitements des malades des spécialités et non des médicaments génériques. Ils demandent souvent aussi d'avoir accès à des médecins spécialistes. Lors des échanges avec la mutuelle, les consultants ont eu l'impression que la sinistralité et la sélection adverse ne sont pas bien maîtrisées. Il y a lieu de faire attention à des personnes qui savent qu'elles sont malades et qui viennent s'adhérer. La mutuelle doit mettre en place un mécanisme contre de tels cas. Il faut également faire attention aux adhérents qui surconsomment.

Selon les centres de santé visités, les mutualistes ne se plaignent pas de la qualité des soins. Cependant pour certains mutualistes comme à Wendji Secli centre, le fait qu'il y ait un seul centre conventionné fait que le prestataire n'améliore pas beaucoup ses prestations même si elles sont déjà bonnes. Une concurrence avec un autre centre améliorerait le standard et la qualité des soins. L'accès aux médicaments semble poser problème dans les régions visitées au point que les FOSA comptent sur l'approvisionnement de la MS. La qualité des médicaments ne nous a pas assez rassurés, tant la source d'approvisionnement, les modes de stockage et l'exposition à des températures élevées laissent à désirer (Widjifake).

Selon les mutualistes, les formations sanitaires sont payées dans les délais raisonnables, ce que ces derniers confirment eux-mêmes. Les retards de paiement des formations sont dus à elles-mêmes qui par manque de temps, n'envoient pas les factures dans les délais. Les plaintes des adhérents sur les soins de santé sont déposées aux bureaux des sections et communiquées au médecin-conseil et peuvent prendre trois (3) à quatre (4) jours pour être traitées. La proposition a été faite de mettre en place un mécanisme clair et rapide de gestion des plaintes. Il faut noter aussi une volonté de LONALO et de son partenaire de mettre en place au besoin des cadres de concertations opérationnels, thématiques pour traiter des questions de qualité de soins avec tous les acteurs concernés.

→ ***Sensibilisation, mobilisation sociale et plaidoyers***

LONALO utilise l'éducation populaire comme moyen pour mobiliser et sensibiliser les populations à adhérer aux mutuelles. Après les sensibilisations, il y a un suivi des sensibilisées, mais ce suivi n'est pas effectué systématiquement, si bien que les adhésions et les paiements des cotisations peuvent s'en ressentir. LONALO évoque le problème de la mobilité comme handicap à la sensibilisation. Ce problème de mobilité limite l'implication des dirigeants dans la mobilisation sociale. D'ailleurs leur démarche de faire en sorte que chaque mutualiste soit un sensibilisateur, bien que véhiculé dans l'organisation, n'est pas opérationnel. La sensibilisation devait se poursuivre auprès des démissionnaires qui sont influencés souvent par leurs environnements et qui prouvent que la prise de conscience et la fidélisation ne sont pas totales. On se demande aussi si ce n'est pas nécessaire d'impliquer les formations sanitaires conventionnées dans la sensibilisation et la mobilisation sociale. LONALO paraît un peu isolée sur le plan du plaidoyer. C'est son partenaire CRAFOP qui est dans les plates formes comme POMUCO et PRODDDES. Mais directement, LONALO n'est donc pas directement impliquée dans une plateforme et surtout mutualiste. Dans la mobilisation sociale, LONALO a pris l'option que des synergies soient développées avec des initiatives d'économie sociale et solidaire. Ces initiatives seraient accompagnées par le partenaire CRAFOP qui veillera à ce qu'elles soutiennent et adhèrent à LONALO. LONALO dispose déjà de gadgets de sensibilisation (dépliants en langue locale et en français, chansons, tee shirts, slogans, émissions etc.) mais, il n'existe pas de plan de sensibilisation comportant des publics cibles et les messages adaptés. La mutuelle entend faire la sensibilisation porte-à-porte avec des thèmes, former des mobilisateurs, utiliser les médias, les églises et les écoles. Mais tout cela doit être inscrit dans un plan de sensibilisation/mobilisation social plus élaboré avec des stratégies, des publics cibles et des messages bien adaptés.

→ **Partenariat**

Le partenariat avec les formations sanitaires est formalisé par des conventions d'octroi de soins. Ces formations sanitaires sont choisies par les membres et validées par le médecin-conseil au regard de la qualité de leur plateau technique. Le choix des formations sanitaires à conventionner avec la mutuelle peut rencontrer des problèmes structurels tels que la faiblesse du plateau technique, la faible qualité du personnel, la mauvaise gouvernance publique, etc., mais aussi la faible influence de la mutuelle sur les services de santé du fait de sa petite taille. Le partenariat avec les formations sanitaires conventionnées est bien apprécié. Les relations entre les dirigeants des centres de santé et le médecin conseil sont bonnes. LONALO a très peu de contacts avec d'autres mutualistes dans la zone. On a noté les contacts avec la mutuelle de santé accompagnée par CGAT, Congo Dorpen et MESP. LONALO a fait une identification des initiatives qu'elle veut accompagner. La visibilité du Secrétariat Exécutif de LONALO est limitée. On la confond à CRAFOP, il y a un désir et une envie d'exister comme organisation à part entière même si elle veut garder le partenariat avec CRAFOP.

→ **Autonomisation**

L'idée de l'autonomisation ne semblait pas claire lors de l'atelier. La proposition de 25 années montre que ce n'est pas pour demain la veille. Mais les travaux dans les sections ont clarifié. En prenant l'exemple sur la vie d'un homme, les participants ont pu en donner un contenu. L'autonomie pose la question de la visibilité, la question de l'accompagnement des initiatives d'économie sociale et solidaire par CRAFOP pour les faire participer à l'œuvre mutualiste. Elle fait intervenir des aspects de sensibilisation, de mobilité, de gérer des activités comme les pharmacies et des centres de santé de LONALO etc.

→ **Professionnalisation/renforcement des capacités**

La professionnalisation d'une mutuelle de santé sous-entend les capacités de celle-ci à remplir correctement la fonction pour laquelle elle a été créée, c'est-à-dire la fonction d'assurance au profit de ses membres. Cela implique que la mutuelle soit en mesure de développer toutes les activités liées à l'adhésion et à la réalisation des engagements contractuels entre elle et l'adhérent. Pour ce faire, la mutuelle doit non seulement disposer d'outils de gestion performants mais aussi de personnel

compétent. La situation observée à LONALO a révélé que celle-ci dispose d'un minimum d'outils de gestion : différents registres d'enregistrement, reçus, et même un tableau de bords existe, même si certains comportent des insuffisances (reçus à feuillet unique). Les gérants de sections (Widjifake par exemple) disposent d'outil informatique (Excel et Word) sans être suffisamment formés dans le domaine. Mais, dans une perspective de mise à l'échelle et d'autonomisation, LONALO devra se doter d'un logiciel de gestion spécifique et renforcer les capacités des utilisateurs (les chefs de sections) dans sa manipulation et dans la maîtrise de tous les autres outils de gestion. Dans le même ordre d'idée, le plan de sensibilisation/mobilisation sociale est aussi un outil de gestion qui révèle le degré de professionnalisme d'une entreprise ; LONALO, à l'instar de toutes les autres mutuelles visitées dans le cadre de la présente évaluation, n'en dispose pas un de digne. En ce qui concerne la compétence du personnel, beaucoup d'activités de renforcement des capacités ont été réalisées avec l'appui de CRAFOP. Mais à la suite du diagnostic, un renforcement des capacités est indispensable.

→ **Mise à l'échelle**

La mise à l'échelle est selon LONALO la capacité de consolider les acquis dans la mutuelle dans les zones où elle intervient déjà notamment dans les trois territoires dont Mbandaka. Elle est aussi vue comme la capacité à s'étendre et à répliquer les expériences développées dans la zone traditionnelle d'intervention et dans les autres territoires de la province et avec l'appui des partenaires. Des propositions sont faites dans ce sens.



Rencontre avec des membres de la Section Wendji Secli



Rencontre avec des membres de la Section Widjifake



Rencontre avec des membres de la Section Wendji Secli

3.3.1.2. Bilan de la mise en œuvre des changements prévus dans le programme DGD LONALO/CRAFOP

En termes de bilan, à part quelques marqueurs, LONALO/CRAFOP ont un bilan de réalisation assez appréciables. Ils ont à une cotation moyenne. Les stratégies adoptées pour la mise en œuvre du programme semblent appropriées et adaptées, mais nécessitent que les efforts soient poursuivis. Les moyens utilisés semblent être limités au regard des ambitions qui sont celles du programme, il y a une décroissance des moyens. Les capacités de planification, de suivi évaluation ne semblent pas avoir été développées pour permettre à LONALO de prendre son propre envol. CRAFOP ne semble pas dans le passé avoir renforcé les capacités d'autonomisation au plan juridique et de la gestion de LONALO. Finalement le dossier de reconnaissance juridique de LONALO au niveau national a été envoyé à POMUCO pour les démarches au niveau du ministère national de la Prévoyance sociale.

→ **Bilan de la mise en œuvre**

CRAFOP avait prévu de travailler sur quinze (15) marqueurs de progrès pour les changements qu'elle attendait. En faisant un bilan par rapport au niveau atteint par la mise en œuvre au regard des critères fixés dans l'étalonnage, à l'an 3 de la mise en œuvre (2019), le programme a atteint un niveau moyen. Nous avons enregistré en effet sur les quinze (15) marqueurs que dix (10) ont atteint le niveau moyen tandis que cinq (5) sont à un niveau faible (Voir annexe).

→ **Efficacité des Stratégies utilisées**

Pour chaque marqueur, une stratégie a été adoptée afin d'atteindre les changements souhaités. Ainsi on peut noter (dans le tableau reconstitué).

Tableau N°3 : Efficacité des stratégies adoptées par LONALO

Marqueurs	Stratégies	Difficultés	Appréciation de l'efficacité par les consultants
Les animateurs accompagnateurs et les gestionnaires des antennes de la MS LONALO rentrent mensuellement des rapports détaillés et fiables sur les activités de la mutuelle (1).	Former des Formateur de gestionnaires des quatre (4) antennes de la MS LONALO à l'utilisation des outils spécifiques de gestion des MS (gestion des risques)	- En 2017, chaque section a utilisé son propre canevas de rapport. Ce qui a rendu l'exploitation et la consolidation difficiles - Non-respect des échéances de dépôt des rapports. Ce qui retarde la production des synthèses au niveau du Secrétariat. - Le canevas de rapport non encore maîtrisé par certaines sections	La stratégie est assez efficace car sur 48 rapports attendus chaque année, en 2019, 40 rapports sont rentrés. Il faut la renforcer.
Le secrétariat exécutif et le CA de la LONALO disposent de synthèses des données de gestion fiables et complètes (nombre de bénéficiaires, les cotisations, les prestations,) (2)	Renforcer les compétences et connaissances des animateurs-accompagnateurs et gestionnaires des antennes	- La non maitriser de l'utilisation du canevas de rapport par certaines sections rend difficile la production des synthèses; -Faible qualité d'informations contenues dans les rapports de certaines sections influence la fiabilité des synthèses.	Stratégie jugée efficace car les données existent et sont exploitables (constitution de l'échantillon pour les enquêtes individuelles). Il faut la renforcer.
Les MS ont des statuts et règlements intérieurs adaptés conformément à la loi en vigueur sur les mutuelles de santé en République Démocratique du Congo dans lesquels les mécanismes de gouvernance démocratique sont clairement définis et appliqués (3).	Appui de la vie institutionnelle de la mutuelle de santé LONALO par la facilitation de l'adaptation des Statuts et ROI de la MS LONALO conformément à la nouvelle loi sur les MS en RDC.	Les mécanismes de gouvernance démocratique ne sont pas correctement appliqués surtout en ce qui concerne le choix des animateurs (CA, COCO, Comités directeurs des sections)	Stratégie à renforcer même si dans le choix des animateurs (CA, Coco, Comités de directeurs des sections) elle ne semble pas efficace. Il nous semble que c'est une question de volonté des parties prenantes. On a beau avoir tous les meilleurs textes juridiques et démocratiques du monde, si on ne les respecte pas ils ne serviront à rien.
Les mutuelles ont mis en place un système de suivi mensuel de gestion des risques maladie et de contrôle efficace de la qualité des soins (4).	Rendre opérationnel le système de suivi de gestion des risques maladie et du contrôle efficace de la qualité des soins et services de santé	- L'implication des comités directeurs et des chefs de sections dans la gestion des risques continue à rester faible et les préposées aux pharmacies utilisées n'ont pas de prérequis en matière	Stratégie peu efficace au regard des difficultés rencontrées par LONALO par rapport aux déficits dans certaines sections et par rapport aussi aux plaintes des adhérents

		<p>des médicaments en vue de déceler certains cas de fraudes au niveau des prescriptions médicales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de transparence au niveau des formations sanitaires conventionnées en ce qui concerne la gestion interne des fonds payés par la MS LONALO. Ce qui rend une partie du personnel soignant moins enthousiaste à recevoir les mutualistes. - Le personnel soignant prescrit des médicaments de spécialité sans consulter le médecin-conseil. - Il n'existe pas un système cohérent de gestion de risque - Le budget du programme 2017-2021 n'a pas suffisamment tenu compte de la gestion du risque, par exemple la faisabilité des cartes des bénéficiaires n'est pas prise en compte annuellement. 	<p>sur la qualité des soins et de l'accueil dans les formations sanitaire conventionnées avec la mutuelle. Il faut la renforcer.</p>
<p>Les dirigeants élus de la MS LONALO rendent compte de leur gestion devant les membres de la mutuelle réunis en Assemblée Générale des Délégués de Membres (AGDM), au Conseil d'Administration, aux assemblées générales des antennes et aux réunions des comités directeurs des antennes (5).</p>	<p>Appuyer la vie institutionnelle de la mutuelle de santé LONALO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La faible expérience des élus ne rend pas facile l'analyse des données 	<p>Stratégie efficace au regard de la fréquence des réunions des membres des organes qui commencent à être respectée conformément aux textes de base.</p>
<p>Les mandataires ont les compétences nécessaires pour honorer efficacement leur mandat (idée du leadership capable de comprendre les propositions, de prendre les décisions, ...) (6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers de formation initiale et de recyclage des leaders formés. - Les attributions de chacun des organes (AG, CA, CC, SE et CD des sections) ont été clarifiées à l'intention de tous lors des ateliers et des soirées paysannes. 	<p>La mise en application et la maîtrise des connaissances acquises restent relativement faibles à cause du mauvais choix de certains membres des organes.</p>	<p>Stratégie efficace mais qu'il faut renforcer par d'avantage de formation à l'endroit des dirigeants de la mutuelle.</p>
<p>Les décisions de gestion dans les MS sont prises sur base des synthèses fiables (7).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un atelier échanges avec les prestataires pour qu'ils conjuguent plus d'efforts pour éviter des prescriptions abusives des produit de spécialité et des antibiotiques et de respecter la liste des médicaments disponibles à la Pharmacie. - Versement des cotisations et des bénéfices des pharmacies à RAWBANK sur le compte de CRAFOP. 	<p>Certaines informations fournies par les sections ne sont pas toujours fiables</p>	<p>Stratégie efficace, mais il nous parait plus efficace de trouver un cadre opérationnel d'échange permanent avec les formations sanitaires conventionnées.</p>
<p>Le nombre d'adhésions aux mutuelles augmente (8).</p>	<p>Renforcer l'information, l'éducation et la communication (IEC) pour une culture de prévoyance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible capacité contributive des ménages ; - Moyens et outils de conscientisation insuffisants ; - Les canaux de sensibilisation (les radios) ont un faible rayon d'écoute ; - Les églises offrent un espace de sensibilisation réduit - La culture de prévoyance en matière de santé pas assez intégrée dans le vécu quotidien des populations. 	<p>Stratégie à efficacité limitée car elle ne s'inscrit pas dans un plan de mobilisation/sensibilisation plus élaborée avec des publics cibles et des messages adéquats aux différents publics cibles.</p>

Le taux de renouvellement des cotisations augmente (9)	Développer les capacités de fidélisation et de mobilisation des cotisations des MS	<ul style="list-style-type: none"> - Faible capacité contributive à cause des coûts élevés des soins de santé en RDC - Recours à la médecine traditionnelle - Recours à la médecine ambulante. - Absence de la culture de prévoyance. 	Idem que pour le marqueur 8
Le taux de recouvrement des cotisations augmente (10)		<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect des échéances de paiement et des conventions avec les associations traditionnelles et autres - Faible mobilité des chefs de sections 	Idem que pour le marqueur 9
Les mutuelles bénéficient de services de qualité de la cellule technique d'appui et de gestion des risques maladies (11)	Rendre opérationnelle la cellule technique d'appui et de gestion des risques	Les discussions sur la question de la mise en place de la cellule technique au niveau PRODDDES ont commencé au niveau du Secrétariat Permanent du Réseau.	Stratégie peu efficace
La LONALO est dotée de fonds de réserve stables et suffisants, proportionnels au nombre de leurs adhérents (12)	Constituer la caisse de réserve et de solidarité en faveur de la Mutuelle de santé LONALO	<ul style="list-style-type: none"> - La non-uniformisation de la tarification des soins au niveau des formations sanitaires étatiques par l'autorité de régulation ; - Les formations sanitaires privées fixent librement leur tarification des soins ; - Le nombre des adhésions est insuffisant pour dégager les réserves. - L'absence d'une méthode de suivi de risque systématisée qui compromet parfois l'espoir de dégager les réserves. 	Stratégie peu efficace, puisque LONALO connaît des déficits au niveau de certaines sections. Cette stratégie doit être renforcée à travers le développement d'activités génératrices de revenus.
Les représentants des MS participent à des synergies locales avec d'autres acteurs pour qu'elles soient impliquées dans la mise en œuvre de la couverture santé universelle et protection sociale pour tous (13)	Participation aux AG des autres mutuelles et vis-versa (6 AG) et participation de la Mutuelle de santé LISANGA (MUSALI) accompagnée par CONGODORPEN à l'AG de la LONALO	Absence des Mutuelles de santé au niveau de la Province.	L'efficacité de cette stratégie est limitée mais à renforcer dans la mesure du possible
La LONALO utilise un logiciel de gestion adapté (14)	LONALO n'a pas de logiciel adapté, mais utilise plusieurs outils de gestion produit par le CGAT.	Les utilisateurs (chefs de sections) éprouvent encore des difficultés dans la manipulation du matériel informatique	Il faudra d'avantage former les animateurs des secteurs sur la manipulation du matériel informatique pour rendre la stratégie plus efficace. Sinon l'efficacité de cette stratégie est pour le moment limitée.
La MS augmente son autonomie financière et diminue la part de financements externes dans son fonctionnement (15)	Une partie couverte par les pharmacies de la LONALO au niveau de certaines sections.	<ul style="list-style-type: none"> - Faible taux d'adhésion et de recouvrement. - Faible taux de cotisations - Faible capacité contributive 	Stratégie encore peu efficace qui doit être renforcée avec un budget conséquent.

Pour LONALO, par la voix de son Secrétaire Exécutif, toutes les stratégies sont efficaces et sont adaptées pour réaliser les changements prévus. Il estime que c'est la planification qui a montré ses limites du point de vue efficacité. L'option, selon lui, était de mettre l'accent sur la sensibilisation et la gestion du risque en lieu et place des investissements en formations et réformes. Pour les consultants, ce point de vue peut être justifié au regard de la jeunesse de LONALO qui, pour être visible doit rendre plus fort son membership. Cependant, la formation ne doit pas être négligée puisqu'elle conditionne les résultats probants sur le terrain. En effet, il faut que toutes les équipes (dirigeants, personnel

exécutant dont les sensibilisateurs) soient bien formées pour bien jouer leur rôle. Il n'est donc pas superflu que des moyens soient également affectés à la formation.

→ **Adéquation des moyens utilisés**

Au niveau de l'adéquation des moyens, beaucoup de stratégies ont été handicapées par l'insuffisance des moyens mis à la disposition du programme. Il semble qu'à LONALO, le budget ne prévoit pas les frais de fonctionnement tels que le carburant, la communication, les entretiens, les assurances et taxes, la consommation bureau etc. pour réaliser une stratégie. La LONALO utilise le budget affecté à la stratégie en intégrant toutes les charges de fonctionnement précitées. Ce qui réduit significativement l'efficacité de la stratégie à mener.

Mais, nous, consultants, pensons aussi que certaines stratégies étaient limitées dans leur efficacité parce qu'elles étaient mal conçues. C'est le cas de la sensibilisation/mobilisation sociale. En effet, la sensibilisation/mobilisation sociale dans le contexte d'une entreprise sociale comme la mutuelle de santé, est elle-même un projet planifié qui à partir d'une étude des cibles à sensibiliser ou mobiliser, propose des stratégies de sensibilisation, des canaux de sensibilisation, des messages adaptés à chaque cible, une équipe de sensibilisation et un budget propre. Sans être exhaustif, nous avons noté quelques thématiques avec lesquels, les spécialistes pourraient construire ce plan :

- Les conséquences néfastes du recours aux maisons de prière pour des malades ;
- Les discours des hommes politiques véreux qui profitent de la protection sociale ;
- La concurrence des sociétés d'assurance ;
- L'impact de l'environnement dans la fidélisation ou non aux mutuelles de santé ;
- Les déficits occasionnés par les pratiques peu orthodoxes de consommation de soins par certains mutualistes ;
- Expliquer la différence entre le générique et les spécialités ;
- L'affiliation du personnel des sociétés à des mutuelles de santé qui n'en sont que de nom (plaidoyer) ;
- La catégorisation des populations pour bien cibler les personnes qui sont indigentes (plaidoyer) ;
- Etc.

→ **Acteurs et facteurs qui ont contribué à la réalisation**

Divers acteurs ont contribué aux changements. Ces sont :

- Les animateurs du CRAFTOP et de la CTAMS
- Les animateurs du Secrétariat Exécutif de la LONALO ;
- Les mutualistes ;
- Les membres des instances politiques et de contrôle de la LONALO ;
- Les animateurs et gestionnaires des Sections ;
- Les membres des associations traditionnelles à caractère social ;
- Solidarité socialiste (Solsoc) ;
- Les autorités politico-administratives ;
- La Division du Travail et de la Prévoyance sociale ;
- Les responsables des formations sanitaires conventionnées.

Les facteurs les plus déterminants qui ont contribué aux changements sont les suivants :

- Les fréquents échanges entre les animateurs du CRAFTOP, du S.E, des Comités directeurs et Chefs des sections.
- Le feedback auprès des gestionnaires et animateurs des sections après exploitation des rapports mensuels.
- La possibilité accordée par la convention aux organisations de payer 60 % des cotisations avant de bénéficier de la prise en charge et le reste à liquider après trois mois.
- La qualité de la sensibilisation en langue locale et dont le contenu a été modifié par les chansons, les danses, les proverbes populaires, les échanges par jeu des questions – réponses, les messages, les engagements, ...
- Les témoignages des anciens membres
- L'implication du personnel des formations sanitaires dans la sensibilisation et son adhésion à la LONALO comme membre.
- La conscientisation des ménages par les anciens membres.
- La concertation avec les prestataires.
- L'appropriation des sections par les mutualistes
- L'existence des tableaux de bord tenus à jour et du fichier sinistre.
- Les séances de restitution des résultats des missions de suivi à l'intention des mutualistes et Comités Directeurs.

3.3.1.3. Propositions et recommandations sur le volet mutualiste LONALO /CRAFOP

Sur le plan de l'autonomie de la mutuelle

Plusieurs actions peuvent être menées notamment :

- ❖ Rendre plus visible LONALO en la dotant d'un siège, d'une reconnaissance juridique et d'un compte bancaire. Nous sommes d'avis que dans une phase transitoire, elle doit avoir une co-signature avec CRAFOP pour faciliter le transfert de compétences et le contrôle de la gestion. Cette transition est nécessaire pour rassurer toutes les parties sur la faisabilité d'une telle proposition ;
- ❖ Amplifier les sensibilisations à travers un plan de mobilisation sociale et renforcer l'idée selon laquelle chaque mutualiste est sensibilisateur dans son milieu. La sensibilisation pourra être portée plus loin en disponibilisant dans les sections, une personne en plus (points focaux) qui viendrait en appui aux chefs de sections qui doivent faire la sensibilisation au quotidien et suivre les personnes qui sont sensibilisés ;
- ❖ Améliorer la mobilité des membres de la mutuelle. Actuellement, la mutuelle n'a qu'une moto. Il faut donc des moyens pour suivre les personnes sensibilisées et pour faire une sensibilisation de proximité.
- ❖ Renforcer la synergie avec les initiatives d'économie sociale et solidaire (tontines, petites activités du secteur informel etc.). Les consultants proposent que ces initiatives soient mieux identifiées et qu'elles soient accompagnées. Il s'agit de trouver des porteurs qui sont en activité et qui ont leurs propres capitaux. Il faut faire en sorte que ces initiatives deviennent des activités prospères qui génèrent des revenus et qui emploient d'autres personnes. Ce travail d'accompagnement reviendra à CRAFOP qui veillerait à ce que chaque initiative paie un petit ticket pour démarrer l'accompagnement et que les membres adhèrent dans la mutuelle dès que l'initiative fonctionne mieux. Il est évident que ce travail d'accompagnement se fera de concert avec un important travail de sensibilisation pour que la synergie soit efficace. Ce travail se ferait à la demande et sur validation de LONALO. Il permettra à CRAFOP d'avoir des activités autre que la mutuelle. Pour rendre opérationnelle et efficace CRAFOP, des questions comme sa mobilité pourraient être mis sur la table.
- ❖ Revenir sur l'idée d'avoir des pharmacies et des centres de santé qui peuvent alimenter des réserves et rendre l'organisation plus forte. A la différence d'un ou deux cas de pharmacies qui existent et qui ne semblent pas être bien rentabilisées, il s'agit ici de bien viabiliser et de rentabiliser, de faire en sorte que chaque unité puisse permettre de mettre en place une autre unité. Dans la gestion de telles unités, il faut punir sévèrement les cas de détournement des fonds (prisons et remboursement des sommes volées) pour ne pas être complice et dissuader.

Sur la professionnalisation de la mutuelle

- ❖ Il y a eu l'introduction de l'outil informatique, mais il faut continuer pour que les utilisateurs aient la maîtrise. Il est bon de renforcer la formation en Excel et en Word. L'informatisation peut se poursuivre avec un petit accès à internet pour permettre aux Secrétariat et aux sections d'échanger des données via internet. Il faut aussi doter progressivement le SE et les sections de logiciels pour stocker les données mais aussi pour faire les différentes analyses à savoir sortir les différents taux : pénétration, renouvellement des cotisations etc. Il faut un logiciel pour les données sur les adhésions et les cotisations, un logiciel pour la gestion financière et un logiciel pour analyser la rentabilité des initiatives d'économie sociale comme les pharmacies et les centres de santé, s'ils sont mis en place.
- ❖ Il est bon d'échanger avec les autres mutualistes sur leurs expériences. Le partage d'expérience peut être effectué sous forme de visites d'échanges ou sous forme de participation à des ateliers de réflexions sur des thématiques sur des questions mutualistes. Les membres de LONALO qui participent aux séances d'échanges devront avoir l'obligation de restituer et en fonction des

réflexions, décider en commun de ce qui pourrait être valorisé au sein de la LONALO avec les conseils de CRAFOP si nécessaire. Là, les expériences de Bwanmada, de CGAT et des enseignants au plan national pourraient être ciblées. S'il existe des moyens, pourquoi ne pas voir les expériences du Burkina et d'ailleurs.

- ❖ Le renforcement des capacités de LONALO via les formations est important. S'il existe des possibilités de formations, que les dirigeants de la LONALO puissent participer, renforcer les compétences et favoriser l'ouverture vers l'extérieur. L'organisation étant un peu isolée. D'autre part avec le diagnostic qui a été effectué, il faut mettre l'organisation à niveau avec des formations sur la gestion financière et le contrôle interne, sur la planification, le suivi et l'évaluation des activités et faire du coaching sur des aspects de gestion (voir axes du renforcement des capacités de LONALO en annexe).
- ❖ Pour être professionnelle, LONALO a besoin de petits équipements en matériels de sensibilisation et de mobilisation sociale. Il faut mieux outiller les sections pour faire une mobilisation sociale de proximité, suivre les personnes sensibilisées et même des membres qui démissionnent.
- ❖ La cellule d'Appui technique à la mutuelle devra mieux coordonner ses interventions avec le SE de la LONALO pour être plus efficace. Les instructions à donner aux sections doivent passer par le Secrétariat Exécutif qui doit garder la coordination de toutes les interventions au niveau de ces sections.
- ❖ La cellule devra garder son rôle car dans la décentralisation et dans la mise à l'échelle, elle va accompagner les formations sanitaires (infirmiers et médecins conseils que l'état pourrait mettre à la disposition de LONALO). Cela doit se faire en intelligence avec le SE et par le SE.

Sur le plan de la mise à l'échelle

Consolidation/couverture totale des trois territoires dans lesquelles LONALO se trouve (BIKORO, INGENDE et la ville de Mbandaka)

- ❖ Pour atteindre cet objectif, il faut développer un système de planification, suivi évaluation orientée vers le travail que le secrétariat et les sections doivent faire vis-à-vis de leurs membres. Nous avons vu des programmes, mais ils ne sont pas élaborés et mis en œuvre systématiquement. LONALO doit pouvoir faire aussi sur base de ce programme et des difficultés relevées dans les rapports mensuels, une auto-évaluation des actions menées au cours d'une période. Ce qui n'existe pas pour le moment.
- ❖ Sur base d'un plan de mobilisation sociale, il faut amplifier les sensibilisations dans les sections qui existent avec l'aide des membres et des chefs de sections qui sont dans les antennes. Il serait utile de repérer une ou deux personnes en plus dans les sections pour la mobilisation et la sensibilisation. Avant de telles compétences ont été appelées points focaux. Il s'agit non seulement de faire la sensibilisation, mais aussi de suivre ceux qui ont été sensibilisés et qui sont susceptibles d'adhérer. Dans cette lancée, il serait bon de faire un suivi des démissionnaires pour les conforter dans la prise de conscience et pour un retour vers la mutuelle de santé ;
- ❖ S'il y a des adhésions importantes, LONALO doit voir dans quelle mesure ouvrir de nouvelles sections qui doivent continuer dans la même dynamique que la première section. Cette stratégie doit aller de pair avec l'installation de pharmacies et de centres de santé. LONALO souligne le fait que Solsoc avait disponibilisé des fonds pour le siège et pour un centre de santé. Mais le projet initial a été changé par le CA de LONALO. L'idée était que chaque centre de santé ou de pharmacie puisse permettre la mise en place d'une nouvelle unité. Sur ce plan, la pharmacie de Wendji Secli est encourageante.
- ❖ Lorsqu'on regarde le fonctionnement des sections, on voit que Wendji Secli et Widjifake ne consomment pas la totalité des cotisations dans la prise en charge des malades. Il y a des réserves que ces deux sections font. Par contre les autres sections, surtout Mbandaka sont déficitaires. Ce

qui veut dire qu'en termes de stratégie, il faut d'abord mettre l'accent sur les zones rurales et faire des réserves avant de venir vers les centres urbains.

- ❖ Si les partenaires rendent disponibles les moyens, LONALO pense qu'au bout de trois (3) années avec l'appui de CRAFOP pour l'accompagnement des initiatives, elle pourrait couvrir un peu mieux les trois (3) territoires où elle est notamment : BIKORO, INGENDE et la ville de Mbandaka.

Mise à l'échelle au niveau provincial

- Si le travail de consolidation est bien fait dans les trois (3) territoires, LONALO risque d'être sollicité par les autres territoires. En ce moment, elle donnera des réponses favorables aux demandes des administrateurs des autres territoires notamment celles de BASAMKUSU, de BOLOMBA, de MAKAMZA, de LUKOLELA et de BONONGO. LONALO dupliquera progressivement ce qui a été fait dans les sections des trois premiers territoires. Cette duplication doit se faire en tenant compte du contexte local. Ici nous avons des territoires qu'on ne peut accéder qu'à travers des cours d'eau. Pour mettre en œuvre cette stratégie, il faut que LONALO se considère elle-même comme une entreprise qui investit. Elle doit bien gérer ses fonds de réserve, faire des bons placements en banque pour faire fructifier les fonds. Il faut cependant faire attention de jouer sur les marchés avec les fonds de la mutuelle.
- En dehors de LONALO qui se positionne comme son propre bailleur pour investir dans ces nouveaux territoires, l'ouverture vers de nouveaux partenariats techniques et financiers seraient utiles. Il faut aussi s'ouvrir aux services de la santé qui peuvent conseiller, mais aussi mettre à disposition des infirmiers, voir des médecins conseils. Il faut renforcer la collaboration avec POMUCO qui a de bonnes idées et est efficace sur le plaidoyer au niveau national. LONALO doit se saisir des opportunités de renforcement des compétences qu'offrent la POMUCO.

La question de la cellule technique d'appui à la mutuelle

- Le rôle joué par la cellule technique est très bien apprécié par tous les acteurs. On trouve la cellule compétente et les deux agents très engagés. L'équipe des consultants confirme cela. Le rôle de la Cellule technique ne devrait pas fondamentalement changer. Juste que les modes de collaboration avec le SE devraient un peu changer. Il est un peu difficile que la collaboration de la cellule soit directe avec les sections. Il est peut-être bon que pour certains aspects non urgents que la Cellule passe par le Secrétariat Exécutif. Nous avons noté aussi la multiplicité des inventaires sur la pharmacie de Wendji Secli sans que la pharmacienne ne sache elle-même ce qu'elle fait comme gain mensuel. Il faut harmoniser et avoir un mode consensuel pour de tels contrôles.
- Le suivi de la gestion des risques est aujourd'hui assuré par le médecin conseil qui semble du point de vue des consultants surchargé par cette tâche qui devrait en principe revenir à un économiste. Il est peut-être bon que cette fonction soit progressivement transférée au Secrétaire Exécutif de LONALO qui est économiste et qui doit faire des analyses et partager avec les membres des organes et des sections pour prendre des décisions quand il le faut. Si cette question est réglée, la cellule peut rester comme telle et continuer à appuyer LONALO. Peut-être qu'à l'avenir, elle aura progressivement à la base des médecins conseils qui seront appuyés et accompagnés par elle. Il faut dire que le volume des activités devenant important, LONALO arrivera à une situation où elle aura besoin de ressources humaines additionnelles.

332. MUSCAP/CENADEP

3.3.2.1 État des lieux du volet mutualiste MUSQUAP

→ Structuration de la MUSQUAP

La Mutuelle de santé des Quartiers Populaires « MUSQUAP » est née du besoin de faciliter l'accès à la prise en charge des soins de santé de qualité à des coûts justes et contrôlés. Il faut aussi voir dans cette naissance, la volonté des initiateurs de promouvoir au sein des quartiers populaires de Kinshasa, la culture de la prévoyance en matière de santé.

La mise en place de cette initiative a été précédée par une étude de faisabilité qui a abouti grâce à l'implication des agents de CENADEP et d'autres acteurs à la mise en place d'un comité d'initiative. Cette mutuelle, destinée aux populations des quartiers populaires, est vite devenue celle des agents de CENADEP et autres partenaires faute de capacité de mobilisation des populations.

MUSQUAP dispose des textes (Statuts, Règlement Intérieur...) et des organes de gestion (Assemblée générale, Conseil d'Administration, comité Exécutif, et conseil de contrôle) en phase avec la loi sur les mutuelles de santé en RDC et tel que promulgué par le chef de l'Etat en 2017. A la même période, MUSQUAP menaient des démarches pour l'obtention de sa personnalité juridique. Juste avant nos investigations, la mutuelle a procédé au renouvellement de ses organes de gestions où les agents de CENADEP, initiatrice, organe d'appui technique et financier de la mutuelle sont devenus majoritaires. En fait dans les organes mis en place, ils occupent les postes de Président, de Vice-Président et de rapporteur Adjoint. Les responsables élus, qui théoriquement devaient être nos interlocuteurs, ont brillé par leur absence et ne semblaient pas montrer un leadership convaincant pour piloter « leur » mutuelle de santé.

En fonction des quartiers d'origine des membres inscrits, la mutuelle ne s'étend que sur quatre communes à savoir : Massina, Ndjili, Kinkole et Mongafula. Ces communes sont supposées être des sections de la mutuelle. Cependant seules deux de ces sections sont fonctionnelles : Mongafula et Massina. Rien en effet dans la pratique ne prouve qu'il s'agisse bien de section mutualiste (Existence des organes de gestion, un lien avec d'autres sections de la mutuelle, reconnaissance par les membres et la commune comme section mutualiste...). Lors de l'atelier organisé pendant l'évaluation, les interactions et échanges entre les membres ont montré que c'est à l'occasion de la réunion que beaucoup d'adhérents découvraient certaines caractéristiques de leur mutuelle. Il faut souligner que la mutuelle est membre de la POMUCO.

→ **Adhésion, cotisation, tickets modérateurs et plafonds**

L'adhésion à la mutuelle est libre et volontaire. Les personnes qui sont à la MUSQUAP pour leur majorité, Adhèrent à la mutuelle par le simple fait d'entrer, agent de, ou travaillent avec les organisations proches de CENADEP (CONAPAC, Collectif 24, AFYA MAMA). Aucun frais d'adhésion n'est exigé à l'entrée. L'adhésion est soit individuelle, soit familiale, soit par groupe. Cependant l'unité d'adhésion adoptée est le ménage. A Chaque type de cotisation correspond un paquet de soins conséquent.

- Paquet de soins de 54 dollars par an et par personne ;
- Paquet de soins de 36 dollars par an et par personne ;
- Paquet de soins de 200 dollars incluant les maladies chroniques (2 personnes ont souscrit au paquet).

Bien que nous n'ayons pas su dégager la tendance, nos interlocuteurs affirment que le paquet de soins de 36 dollars est beaucoup plus demandé par des maraichers et éleveurs tandis le paquet de 54 dollars beaucoup par les agents des organisations (CENADEP, CONAPAC, Collectif 24, AFYA MAMA). Celui de 200\$US ne concerne finalement que deux personnes comme déjà signalé. Les cotisations peuvent être payées mensuellement, trimestriellement ou annuellement selon les demandes des membres. Ces modalités de paiement semblent convenir aux adhérents actuels et ceux potentiels principalement les mamans maraichères déjà sensibilisées dans leurs champs (champs inondés au moment des investigations ce qui rendait notre rencontre avec elle très difficile selon nos interlocuteurs !).

Lors de l'étude, nous avons eu beaucoup de difficultés pour accéder aux statistiques pour mettre en place l'échantillon pour faire les enquêtes. La mutuelle note que ses difficultés au niveau statistique sont dues au fait qu'elle n'a pas une personne chargée du suivi qui doit être commise à cette tâche. Mais en réalité, si la gestionnaire avait été formée pour cette tâche, elle aurait pu y contribuer de façon efficace. Le médecin conseil qui n'est pas à temps plein essaye tant bien que mal de suppléer à cette tâche. Bien évidemment la gestion des risques à travers un tableau de bord n'est pas encore effectuée.

→ Soins et qualité des soins;

Le ticket modérateur a été fixé à 10 % sur tous les services couverts à l'exception du curetage consécutif à un avortement « criminelle » ou volontaire selon le cas en vue de décourager ces pratiques. Dans ce cas précis, le ticket modérateur passe à 30%.

Les services sont constitués par tous les paquets au centre de santé et à l'hôpital général de référence pour tous les soins nécessaires excepté les maladies chroniques. Ceux qui paient 200\$ par an (Ils ne sont que deux au moment des investigations) sont pris en charge totalement même s'il s'agit des malades chroniques.

Avant tout accès aux soins, tout nouveau membre observe une période de stage ou période d'observation de deux mois (Période pendant laquelle le membre est en ordre de cotisation mais ne peut bénéficier des soins). Une période nécessaire pour limiter les cas de sélection adverse. La mutuelle offre à ses membres, les soins ambulatoires et l'hospitalisation. Elle souhaite réfléchir sur la possibilité plus tard d'introduire des produits de la prévoyance et de la retraite. Pour cela des réflexions vont être conduites en temps opportun. Les soins offerts aux membres sont pratiquement les mêmes pour la cotisation de 36 dollars et/ou de 54 dollars et sans aucun plafonnement (montant limite au-dessus duquel la mutuelle ne saurait rembourser les soins). Ils comprennent : Les consultations ; Le laboratoire ; L'imagerie ; L'hospitalisation dans un délai de 3 à 15 jours ; La petite chirurgie ; L'ophtalmologie, l'ORL, La médecine spécialisée ; Les maladies chroniques non compliquées ; Etc.

Le choix du paquet des soins a été déterminé par l'étude de faisabilité et validé par le médecin conseil en fonction de la direction thérapeutique et les ordigrammes. Le médecin conseil est le garant de la qualité des soins offerts par les structures sanitaires partenaires de la mutuelle de santé. Il gère les plaintes des membres mais aussi ceux des hôpitaux. Il n'existe pas cependant de politique écrite et connue en matière de gestion des plaintes. Une politique qui serait nécessaire pour améliorer la fierté d'appartenir à la MUSQUAP pour les membres ; améliorer les relations avec les structures sanitaires, partenaires stratégiques de la mutuelle de santé. Ce partenariat n'est toujours pas vu de cette façon par les deux parties... Des plaintes sont multiples et chaque partie rejette la responsabilité sur l'autre évitant de regarder en face ses propres limites.

Les formations sanitaires qui sont conventionnés, sont choisis en fonction de leur situation géographique, de l'évaluation du plateau technique, et de l'évaluation des prestations offertes aux malades. La référence et la contre référence se font selon une direction précise : du centre de santé vers le centre hospitalier, du centre hospitalier vers le Centre de santé ; du centre hospitalier vers l'hôpital général de référence. Pour avoir accès aux soins, le mutualiste doit être en possession de sa carte de membre, être en ordre de cotisation, s'adresser à un centre de santé et figurer sur la liste des mutualistes que le centre est habilité à soigner.

Les membres et les instances des mutuelles ne paraissent pas connaître les limites des cotisations au regard de leurs cotisations. Certains membres refusent de consommer les médicaments génériques jugés à tort de faible efficacité mais aussi les structures sanitaires trouvent souvent en la mutuelle de santé une institution riche et lourdement financés par les bailleurs de fonds et donc « une vache à lait à traire au maximum ». Pour plusieurs raisons dont le retard de paiement de soins les membres des mutuelles de santé ne sont pas toujours bien accueillis dans les structures sanitaires, ce qui décourage à y adhérer ou à y fidéliser.

→ Sensibilisation, mobilisation sociale et plaidoyers

Dans la grande ville de Kinshasa aux particularités partagées entre la lutte pour la survie, l'effritement de la solidarité des communautés, les discours contradictoires sur le bienfondé de la prévoyance en matière de santé..., la mutuelle n'a pu mobiliser que les agents de quelques institutions qui gravitent autour de CENADEP. En 2019, seulement 185 ménages étaient membres de la mutuelle soit 309 bénéficiaires. Le taux de pénétration qui ne serait pas loin de 0% quel que soit la base de calcul qu'il serait loisible de prendre. Selon nos interlocuteurs, ce faible taux s'expliquerait par le faible et instable

revenu de la population ; l'insuffisance de prévoyance en matière de santé ; l'insuffisance de la sensibilisation

Dans cette mutuelle, les différents taux sont donc au rouge, le taux de fidélisation, le taux de nouvelles adhésions comparé au potentiel de la ville de Kinshasa. L'idée ici, est de recruter le plus possibles des nouveaux membres mais aussi de fidéliser un plus grand nombre au sein de la MUSQUAP. Nos interlocuteurs attendent pour relancer la mutuelle mener des actions de sensibilisations innovantes notamment l'utilisation accrue des médias, les réseaux sociaux, le théâtre, l'implication des autres organisations de la société civile. Il faut noter qu'il y a un potentiel pour avoir des adhérents. Selon les statistiques de 2015, la ville de Kinshasa compte 12 millions d'habitants avec 17 mutuelles dans la ville. Des scénarii de calcul montrent que pour la mutuelle, le potentiel est élevé. Il faut dès lors développer une stratégie adaptée aux quartiers populaires ciblés.

→ **Partenariat**

MUSQUAP est en partenariat avec CENADEP (Même s'il est difficile de mettre une ligne de démarcation entre les deux partenaires) ; avec Solsoc via CENADEP, le POMUCO via CENADEP ; avec le PNPMS avec les prestataires de soins...

CENADEP est le promoteur de la MUSQUAP et porteur de toute l'action de plaidoyer en faveur de la mutuelle de santé. La chargée de programme de la mutuelle de santé, agent de CENADEP, est le véritable poumon de cette mutuelle. Elle est sur plusieurs fronts et défend bec et ongle la mutualité. Les principaux animateurs des organes de gestion de la MUSQUAP sont aussi agents de CENADEP.

Solsoc est le partenaire technique et financier de la MUSQUAP. Elle met à sa disposition 35 000 Euros par an via CENADEP, un budget jugé faible au regard des ambitions dits de Solsoc (Comme si la MUSQUAP était de Solsoc) dans toutes ses rubriques et particulièrement dans la prise en charge des agents de la mutuelle dont la gestionnaire à laquelle la chargée de programme n'ose pas trop exiger en termes de quantité et de qualité de travail au motif qu'elle ne serait pas bien prise en charge. Une attitude qui coupe avec les exigences de professionnalisme... Durant toute notre mission, nous avons eu à la rencontrer une seule fois. Elle était malade et aucune mesure de doublure n'était possible ni imaginé pour disposer des informations en sa possession ;

POMUCO est le programme de promoteurs des mutuelles de santé communautaire en RDC. MUSQUAP y est représentée par CENADEP pour toutes les questions de plaidoyer et la défense des intérêts des mutuelles de santé. Les structures sanitaires (Centres de santé et hôpitaux) sont partenaires de la MUSQUAP. Nous avons observé une présence quasi-totale si pas encombrant du chargé de programme sur ce sujet, elle ne peut faire que cela dans les conditions de travail de la MUSQUAP qui a un personnel réduit et pas suffisamment rodé sur la mutualité. Un médecin conseil, Dr Serge, joue le rôle de contrôle de la qualité des soins mais comme garant du respect des conventions avec les structures sanitaires. Une redistribution des cartes est nécessaire pour que la chargée de programme des mutuelles joue pleinement son rôle. Madame Gertrude est pleine de bonne volonté et aime bien son travail mais nous semblait submergé par une série des questions auxquelles elle était la seule à trouver les réponses, ce compris les questions liées à la logistique.

Les structures de santé visitées ont une bonne image de la mutuelle mais ce n'est pas le cas pour quelques mutualistes rencontrés qui se plaignent du mauvais accueil et la prescription quasi exclusive des médicaments génériques. La relation avec le Programme Nationale de promotion des mutuelles de santé est bonne. Ce programme qui relève du ministère de la santé participe au plaidoyer en faveur des mutuelles de santé, mais aussi a mis à la disposition de MUSQUAP, un médecin conseil que nous avons rencontré et qui nous a laissé une très bonne impression sur ses connaissances et maîtrise de son sujet. Rien cependant n'indiquait qu'il avait assez de temps pour la mutuelle, obligé d'avoir « sa tête dans la mutuelle et ses pieds ailleurs » pour chercher de moyens complémentaires pour la survie. Ce qui peut mettre la mutuelle en danger si le contrôle n'est pas fait régulièrement ainsi que le suivi du risque qui relève de sa responsabilité. A ce stade, il peut encore combiner le contrôle de la qualité

de soins, la gestion des plaintes, la validation des factures... mais à la longue et avec la croissance de la mutuelle, il faudra qu'il se recentre sur les aspects de la qualité de soins qu'aucune autre personne ne peut faire à sa place. Dès maintenant, commencer à penser à cette éventualité, est une anticipation qui sera bénéfique à la MUSQUAP.

La relation établie avec d'autres mutuelles de santé n'est pas très prononcée sauf avec la Mutuelle loboko na loboko « LONALO », une mutuelle sœur de par le partenaire Solso, mais basée à Mbandaka. Le lien est aussi faible et ne se résumerait que dans une séance d'orientation qui aurait eu lieu, il y a quelques années. Et c'est bien dommage au regard des réalités constatées sur les deux mutuelles de santé sœurs.

→ **Autonomisation**

CENADEP est l'organisation promotrice de la MUSQUAP sensée rassembler les bénéficiaires de ses actions dans une assurance maladie solidaire pour leur faciliter l'accès aux soins de qualité à des coûts juste et contrôlés. A l'évidence et certainement face aux difficultés de mobiliser ses bénéficiaires un choix a été opéré pour convaincre les agents de CENADEP et ceux des organisations partenaires à adhérer à la mutuelle de santé afin de servir d'exemple aux bénéficiaires des actions de CENADEP. Cette stratégie a l'avantage d'exister mais ne peut garantir que les membres actuels feront de leur mieux pour parler de la mutuelle autour d'eux et atteindre les objectifs de départ. Il faut un vrai travail de mobilisation sociale dans les quartiers populaires. Lors de l'atelier organisé avec eux dans le cadre de la présente évaluation, les membres ont démontré leur faible connaissance de la mutuelle. Elle paraissait une obligation de l'employeur que le personnel peut quitter en cas de rupture de contrat de travail.

Parler de l'autonomisation de MUSQUAP à ce stade serait prématuré. Il faudrait à notre sens commencer par séparer clairement la fonction d'appui du CENADEP, de la mutuelle. La Chargée de programme et le Médecin conseil doivent rester dans leur rôle d'accompagnement de la mutuelle. On doit pouvoir distinguer clairement une équipe MUQUAP qui prend la mutualité en main accompagné par une cellule technique et non l'inverse...

Dans le cadre de cette mission, un diagnostic organisationnel a été fait et relevé des besoins énormes en renforcement des capacités. Il faut donc dans un premier temps en plus de clarifier/séparer le rôle de l'équipe technique d'appui, renforcer les capacités du SE de la MUSQUAP. A ce niveau, il serait important chaque année de renouveler le scan pour évaluer le chemin parcouru et ajuster au besoin les demandes en renforcement des capacités. Le renforcement des capacités de leadership est important pour relancer la MUSQUAP.

La MUSQUAP ne tient pas une banque des données adaptées à ses besoins. Nous avons eu du mal à retrouver la vraie source des informations qui sont utilisés dans les différents rapports et la base des décisions qui sont prises pour l'avancement de la mutuelle de santé. Il serait bon d'améliorer la collecte et la gestion de la base de données. Il serait utile de disposer dans l'équipe d'appui de quelqu'un qui a la fonction de suivi évaluation qui collecte, qui analyse et qui transfère les données à la mutuelle. Enfin aussi anecdotique que cela puisse paraître, les participants à l'atelier organisé, ont estimé à 25 ans le temps nécessaire pour une autonomie technique et financière de la MUSQUAP. Ce délai traduit bien l'idée qu'ont les membres de leur évolution sans le CENADEP mais aussi de l'absence d'un plan d'autonomisation dans le chef des responsables de CENADEP.

→ **Professionnalisation/renforcement des capacités**

Dans nos entretiens avec les acteurs rencontrés, il nous semble avoir compris que ce dernier limite la professionnalisation à l'informatisation de la mutuelle de santé. Il y a lieu de noter ici qu'elle va au-delà de cette vision qui n'est qu'une partie de la professionnalisation de structure en termes d'infrastructures dont l'informatisation.

Pour revenir à l'informatisation si chère aux personnes rencontrées, il est possible de poursuivre la réflexion sur un accès à internet via le téléphone par exemple pour permettre aux acteurs concernés

d'échanger les données en temps réels via internet. La seule banque des données observées est un document Excel, difficile à lire et qui renseigne très peu sur les informations clés qui permettent une analyse complète de la MUSQUAP. Exemple, le profil des membres qui permettrait de dissocier les personnes qui adhèrent grâce à l'employeur ou qui adhèrent par eux même, le nombre de recours aux soins par ménages etc... Cela permettrait de mieux cibler les messages de mobilisation sociale et leurs destinataires respectifs

Comme indiqués dans notre démarche méthodologique, et dans la perspective d'un renforcement de capacité de l'initiative évaluée, nous avons procédé à un diagnostic organisationnel de la MUSQUAP. Nous avons, à cette fin, utilisé l'outil Scan que nous avons animé de manière à y faire participer activement les acteurs concernés. Il ressort des résultats de ce diagnostic que tous les domaines liés à la structuration, la gouvernance, la gestion administrative et financière, l'inclusion du genre... sont des nouveaux chantiers identifiés. Quelques actions de renforcement des capacités des gestionnaires ont été adoptés notamment le renforcement sur la tenue des outils de gestion, l'élaboration des plans de trésorerie, des plans comptables, la tenue de livre des caisses. Pour plus de détails, se référer aux axes de renforcement des capacités de MUSQUAP en annexe.

→ **Mise à l'échelle**

La question de mise à l'échelle été évoquée par les membres de MUSQUAP rencontrés. Ces derniers pensent pouvoir toucher d'autres communes partant des lieux de résidence des agents de CENADEP et les autres organisations partenaires. Une proposition qu'il faudra étudier et ne pas précipiter parce que le vrai enjeu de MUSQUAP est sa consolidation et son ouverture aux ménages des quartiers populaires de Kinshasa partant des bénéficiaires des actions de CENADEP dont les mamans maraichères. Ceci est aussi vrai que tantôt les membres potentiels sont identifiés surtout à partir de lieu de leur travail, les maraichers en particulier. La cartographie des membres est dès lors difficile à tracer. Il faut clarifier tout cela avant le passage à l'échelle.

3.3.2.2 Bilan de la mise en œuvre des changements prévus dans le programme DGD MUSQUAP/CENADEP

→ **Bilan de la réalisation des changements prévus**

Si l'on se réfère aux feuilles de suivi des incidences, on se rend compte que le niveau de réalisation des changements prévus est moyen. Sur les 15 marqueurs, 8 sont au moins à un niveau moyen. On constate sur ces marqueurs, que la mutuelle elle-même reconnaît que le nombre d'adhésion n'augmente pas comme prévu. La MUSQUAP était en dessous des 500 membres proposés.

→ **Stratégies utilisées et efficacité de ces stratégies**

Dans le cadre du programme DGD MUSQUAP/CENADEP, quinze (15) marqueurs de progrès étaient suivis. Ces marqueurs sont essentiellement axés sur la viabilité technique, financière et administrative de la mutuelle dans la perspective de sa participation à la couverture santé universelle. Les grandes stratégies utilisées à cette fin sont : la signature des alliances avec d'autres structures qui visent l'augmentation des membres, le renforcement des capacités des instances dans la gouvernance de leur Mutuelle, la mise en place effective des sections et points focaux, l'évaluation des stratégies mises en place, l'appui à la vie institutionnelle de MUSQUAP, le suivi efficace et permanent dans l'accompagnement de MUSQUAP.

A l'évidence et partant du déroulement de l'atelier organisé avec les membres de la mutuelle, en tenant compte des enquêtes de terrain que nous avons pu effectuer et en prenant en compte les renseignements fournis sur les tableaux transmis à MUSQUAP, on peut constater ce qui suit:

Les alliances avec d'autres structures n'ont pas permis l'augmentation des membres, surtout ceux venant des ménages bénéficiaires des actions de CENADEP et ses partenaires. Les objectifs d'adhésions n'étant pas fixés et sans plan de développement connu, on peut constater que la barre de 200 ménages sur les 500 à 700 ménages attendus n'a jamais été atteint et que les membres sont essentiellement les

agents de CENADEP et ses partenaires. L'adhésion est « obligatoire » et répond à l'obligation légale des employeurs à assurer les soins aux employés et leurs dépendants... Selon les statistiques consultées 185 ménages sont membres de la mutuelle soit 309 bénéficiaires. Logiquement la moyenne par ménage est de 2 personnes par ménages.

Le renforcement des capacités des instances dans la gouvernance de leur Mutuelle, le diagnostic qui a été organisé prouve que la stratégie utilisée n'a pas été efficace. Il faut beaucoup d'efforts pour renforcer la gouvernance de la mutuelle.

La mise en place effective des sections et points focaux: cette mise en place devra attendre l'adhésion des ménages des quartiers populaires, bénéficiaires des actions de CENADEP et ses partenaires, leur structuration et la désignation d'un point focal convaincu et acquis à la cause de la mutuelle de santé. Pendant la période de l'évaluation de nombreuses personnes étaient considérés comme membres de la mutuelle sans qu'elles ne soient en ordre de cotisation. Il s'agit de mamans maraichères dont certaines avait payé une adhésion sans jamais concrétiser leur appartenance à la mutuelle en libérant une cotisation.

L'évaluation des stratégies mises en place: Cela suppose que les organes de gestion de la mutuelle sont fonctionnelle, ce qui n'était pas le cas à la période de nos investigations; qu'il existe un système de suivi-évaluation qui permet aux parties prenantes de disposer des informations utiles pour prendre des décisions « intelligentes » et pour orienter efficacement toutes les actions de la mutuelle de manière adaptée.

L'appui institutionnel de MUSQUAP suppose que MUSQUAP jouit d'un budget conséquent grâce à une mobilisations des fonds en interne soutenu par les appuis des partenaires techniques et financiers et des subventions attendues du gouvernement congolais selon l'esprit de la loi actuelle sur les mutuelles de santé. Les interlocuteurs rencontrés se plaignent de la modicité des fonds qu'ils reçoivent actuellement de Solsoc.

Le suivi efficace et permanent dans l'accompagnement de MUSQUAP: les 15 marqueurs de progrès choisis sont déjà très clairs pour que les acteurs rencontrés à savoir le médecin conseil et la chargé des mutuelles au CENADEP puissent disposer d'un plan de suivi efficace et permanent. Cela exige que des fonds adaptés soient mise à disposition de ces acteurs, ce qui ne serait pas le cas selon nos interlocuteurs. Nous n'avons été à mesure de dire comment les accompagnateurs de la MUSQUAP sont évalués et sur base de quels critères de performance convenus.

→ Adéquation des moyens utilisés

Les moyens financiers disponibles ont été jugés insuffisants pas les acteurs rencontrés (35000 euros/an via CENADEP), une affirmation que nous ne pouvons pas ni confirmer ni infirmer étant donné que nous n'avons pas eu l'occasion d'apprécier rubrique par rubrique l'utilisation qui a été faite de ces fonds.

→ Acteurs et facteurs qui ont contribué à la réalisation

La réalisation du programme DGD est le résultat d'initiatives pris par des acteurs et le concours de facteurs importants. Au niveau des acteurs, nous pouvons noter :

CENADEP qui a été l'organisation promotrice de la mutuelle de santé et qui a mis à disposition une Cellule technique d'appui à la mutuelle de santé comprenant un chargé de programme des mutuelles de santé, un médecin conseil et une gestionnaire. POMUCO est la plateforme des promoteurs de mutuelle de santé en RDC et qui joue un grand rôle dans le plaidoyer en faveur des mutuelles de santé en RDC. Il y a aussi PRODESS membre de POMUCO et partenaire de CENADEP; des organisations partenaires de CENADEP qui font adhérer leurs agents aux mutuelles de santé à ses cotés (CONAPAC, Collectif 24, AFYA MAMA). Solsoc est le principal partenaire technique et financier qui libère 35 000 euros par an et mène deux missions d'accompagnement par an en faveur de la MUSQUAP. Son appui technique est fort apprécié par les acteurs rencontrés, ce malgré la modicité des « subsides accordés ».

Il sied enfin de mentionner LONALO, une mutuelle sœur pour avoir partagé son expérience avec les acteurs de la MUSQUAP à leur début et dont elle s'inspire beaucoup jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas pu lire une continuité des échanges entre les deux mutuelles de santé et il nous parut même déceler un climat de méfiance entre les deux acteurs, ce qui est dommageable à leur croissance réciproque et au besoin de complémentarité qui pourrait être nécessaire dans le processus de mise en place de la CSU en RDC.

3.3.2.3 Propositions et recommandations sur le volet mutualiste CENADEP MUSQUAP

- **Ouvrir la mutuelle aux communautés et aux initiatives d'économie sociale et solidaire** : Il est apparu au cours de la réflexion que la mutuelle ne peut être composée exclusivement par les membres de CENADEP et ses partenaires. Il faut ouvrir la mutuelle aux populations des quartiers de Kinshasa et arriver à la mise en place de véritables sections. La MUSQUAP pourrait continuer le travail de mobilisation des maraichers et des éleveurs, mais s'ouvrir aussi aux initiatives d'économie solidaire dans la ville. La MUSQUAP pourrait cibler les initiatives du secteur informel : restauratrices, menuisiers, mécaniciens etc. Un travail d'identification préalable pourrait se faire et réfléchir sur comment approcher chaque cible.
- **Développer de nouveaux produits en fonction de la cible** : Si la mutuelle arrive à diversifier les cibles, ce qui serait attrayant serait aussi les paquets de soins et les cotisations qui pourraient être proposés aux potentiels adhérents. Il nous est apparu que dans les membres actuels de la mutuelle, certains mutualistes cotisent par obligation, mais n'utilisent pas les services de la mutuelle. En fait le paquet de soin ne les intéresse pas. Il faut donc proposer des paquets attrayant de façon à mobiliser de potentiels adhérents.
- **Que l'organisation s'inscrive dans une perspective d'autonomisation** avec une visibilité suffisante pour l'identifier en dehors d'autres organisations : Dans un premier temps, il est bon que parallèlement à la mobilisation sociale pour avoir une base réelle dans les quartiers de Kinshasa, il faut que le SE de la mutuelle prenne de plus en plus de la place et que l'équipe technique laisse un peu plus le leadership au SE. Une fois que les sections seraient opérationnelles avec des bases dans les quartiers, il faudrait que les agents de CENADEP prennent moins de place dans les organes pour réduire le conflit d'intérêt. Il faudrait renouveler les instances et laisser plus de place aux membres des quartiers. Ces réformes doivent aller dans le sens d'une auto prise en charge et d'une distinction claire et nette entre le CENADEP et la mutuelle.
- **Créer des moments de réflexion avec les membres sur le développement de la mutuelle** : Au cours de la mission nous avons noté qu'il n'y avait pas beaucoup d'échanges et d'interaction entre les membres de la mutuelle. Il a fallu l'atelier d'évaluation pour que des débats aient lieu sur certains aspects de la vie de la mutuelle. Il faut à notre avis en plus des réunions régulières des organes, veiller qu'il ait des moments de réflexion sur les aspects de la vie de la mutuelle. Les membres pourraient échanger sur le paquet de soins, sur la qualité des soins, sur la gestion des plaintes, sur les stratégies de mobilisation etc.
- **La mise en œuvre du plan de renforcement des capacités en fonction des résultats du scan** : il faut mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités de la mutuelle. A ce niveau, il faut noter que le scan avait recommandé de renforcer les capacités de gestion en particulier en matière de contrôle interne. Beaucoup de pratiques de gestion devraient être améliorées comme : le contrôle interne, la planification budgétaire etc. (voir détails dans les axes de renforcement des capacités de MUSQUAP). L'outil scan devrait être un outil d'évaluation régulière dans la mise en œuvre du plan de renforcement des capacités. La maîtrise des questions mutualistes peut renforcer les capacités de mobilisation des responsables de la mutuelle.

- **Il faut un plan réaliste de mobilisation sociale orienté vers les communautés, les groupes organisés, des initiatives d'économie sociale et solidaires** : l'évaluation a montré que l'équipe a bien des difficultés pour faire la mobilisation sociale dans les quartiers. Pour aider la mutuelle, il faut élaborer un plan de mobilisation sociale réaliste qui cible avec des thèmes précis les communautés, les groupes organisés et les initiatives d'économie sociale comme les maraichers, les éleveurs, les tontines etc.
- **Les consultants estiment que tout un ensemble de travail doit être fait autour des outils de collecte des données et de la gestion des informations.** Il faut dans le cadre de la synergie avec LONALO et d'autres mutuelles, réévaluer l'ensemble des fiches qui sont utilisés, les adapter aux besoins de la MUSQUAP. Il faut dans un second temps, finaliser le logiciel de gestion des risques en cours d'élaboration en prenant en compte les modifications éventuelles sur les outils adoptés. Il faut vraiment responsabiliser une ressource dans l'équipe d'appui pour collecter, traiter et mettre à la disposition de la mutuelle les données pour prendre des décisions et agir. L'exploitation des données et la collecte des plaintes devait permettre aux dirigeants de juger de l'opportunité d'adapter le paquet de soins. A ce niveau, nous suggérons compte tenu de la complexité à Kinshasa d'analyser, d'évaluer et adapter de façon régulière le paquet de soins aux besoins des mutualistes.
- **Il faut des cadres de concertation opérationnels avec les services de santé** : pour améliorer la qualité des soins, il faut une concertation avec les services techniques de l'état concerné. La recherche action sur les questions des mutuelles de santé dans la ville de Kinshasa peut être une alternative pour avancer sur les questions difficiles.



Groupe de travail aux ateliers MUSQUAP/CENADEP

3.3.2.4 *Plan d'action pour la RDC et pour les volets mutualistes CRAFO/LONALO et CANADEP/MUSQUAP*

Constats sur Contexte de la RDC, recommandations et stratégies

Facteurs à valoriser (par ordre importance):	Recommandations	Stratégies/Commentaires
<p>1- Adoption de la politique nationale de protection sociale prévoyant que chaque citoyen adhère à une mutuelle de santé de son choix ;</p> <p>2- Adoption et promulgation de la loi déterminant les principes fondamentaux de la mutualité (Loi organique N° 17/002) a été adoptée en mai 2016 et promulguée par le chef de l'État en février 2017 ;</p> <p>3- Existence de textes juridiques internationaux sur la protection sociale ratifiés par la RDC : la déclaration universelle des droits de l'homme et des peuples ; la charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; la convention n° 102 du BIT relative au socle de protection sociale ; la Déclaration de Philadelphie (1944) ;</p> <p>4- Existence de textes nationaux encadrant la protection : La constitution de la RDC ; La loi 015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du travail ; La loi n°16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de sécurité sociale en RDC ; La loi 017/002/ du 8 février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité en RDC ; La loi N°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique ; textes juridiques instituant des programmes verticaux dans le secteur de la santé ;</p> <p>5- Au niveau du Ministère de la santé, un programme national de promotion des mutuelles de santé (PNPMS) a été mis en place pour apporter un appui technique aux mutuelles ;</p> <p>6- Volonté des pouvoirs publics congolais à mettre en place la Couverture Sanitaire Universelle, comme mécanisme de financement de la santé solidaire et équitable, à travers</p>	<p>→ Entreprendre des actions de renforcement de la législation sur la protection sociale et la mutualité sociale dans le pays</p>	<p>→ Participer à des rencontres de concertation avec les autorités en charge de la protection sociale et de la mutualité sociale et véhiculer les idées sur le renforcement de la législation sur la protection sociale et la mutualité dans le pays</p> <p>→ Organiser des plaidoyers avec l'appui des structures comme (POMUCO), les mutuelles de santé avec l'accompagnement de la société civile</p>

<p>l'Assurance Maladie Obligatoire : <i>un Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle (PSN-CSU) a été élaboré et présenté par le chef de l'Etat (qui assure le pilotage du Plan) à l'Assemblée Général des Nations Unies qui s'est tenue du 23 au 28 septembre 2019 à New York ;</i></p> <p>7- Une relance économique du pays depuis 2014 : le taux de croissance économique est passé de 9,5 % en 2014 à 2,4 % en 2016, pour remonter à 4,3 % pour 2018.</p>		
Facteurs limitants (par ordre de priorité à corriger :	Recommandations	Stratégies/Commentaires
<p>1- Absence des décrets et arrêtés d'application de la loi 17 sur la mutualité ;</p> <p>2- L'absence d'une loi sur la couverture sanitaire universelle qui clarifie le cadre institutionnel, la nature de l'organisme de gestion, le type de régime, les principes directeurs applicables au panier de soins et les cotisations ; le type d'organisme de gestion délégué et les fonctions pouvant être déléguées ;</p> <p>3- La loi sur la mutualité a créé des commissions provinciales de la mutualité dans chaque province mais ; celles-ci ne sont pas encore mises en place (article 89 et suivants).</p> <p>4- Existence de pesanteurs socio-culturelles et politiques : absence d'une culture de prévoyance maladies, le phénomène des chambres de prière dans les églises évangéliques, le discours démagogique des certains politiques.</p> <p>5- La concurrence des sociétés d'assurance : affiliation obligatoire du personnel de nombreuses entreprises auprès des sociétés d'assurance ;</p> <p>6- La concurrence de certaines mutuelles de santé obligatoires, comme la mutuelle de santé des enseignants ou celle des étudiants de l'Université protestante de Kinshasa ;</p>	<p>→ Entreprendre des actions de plaidoyer en vue de renforcer la législation sur la protection sociale et la mutualité sociale ;</p> <p>→ Entreprendre des plaidoyers en vue de faire adopter la loi sur la couverture sanitaire universelle.</p> <p>→ Elaborer et mettre en œuvre un plan cohérent de mobilisation/marketing sociale</p> <p>→ Elaborer et mettre en œuvre un plan cohérent de mobilisation/marketing sociale</p> <p>→ Développer des synergies d'actions avec les syndicats en vue d'obtenir l'adhésion de nombreux travailleurs aux mutuelles de santé.</p> <p>→ Développer des synergies d'actions entre acteurs mutualistes en vue d'harmoniser les interventions sur le terrain ;</p>	<p>→ Réaliser des plaidoyers auprès des autorités nationales avec l'appui de POMUCO</p> <p>→ Réaliser des plaidoyers auprès des autorités nationales avec l'appui de POMUCO</p> <p>→ Pour l'élaboration d'un plan de mobilisation sociale et de marketing sociale demander l'appui d'un spécialiste. Au niveau national, ce travail peut être porté par POMUCO avec l'appui des mutuelles chacune dans sa zone</p> <p>→ Ce travail doit pouvoir revenir à la POMUCO éventuellement</p> <p>→ Développement de concertations et collaboration entre acteurs mutualistes. Ce travail peut être conduit par POMUCO</p>

<p>7- La méfiance entre acteurs mutualistes due à des problèmes de leadership ;</p> <p>8- Les critères d'indigence ne sont pas encore clairement définis ;</p> <p>9- L'extrême pauvreté de la grande majorité de la population congolaise : 74% de la population congolaise vit sous le seuil de pauvreté ;</p> <p>10- Le réseau routier est quasiment inexistant.</p>	<p>→ Développer des synergies d'actions entre acteurs mutualistes en vue d'harmoniser les interventions sur le terrain</p> <p>→ Entreprendre la caractérisation ou la catégorisation de la population congolaise ;</p> <p>→ Réalisation de plaidoyer interpellant l'Etat congolais sur la réalisation de programmes de lutte contre la pauvreté.</p>	<p>→ POMUCO doit poursuivre le processus d'harmonisation entre acteurs mutualistes en vue d'harmoniser les interventions, entreprendre à l'image de PAMUSAB au Burundi la catégorisation et faire un plaidoyer sur les questions économiques en liant avec la protection sociale.</p>
--	--	---

CRAFOP/LONALO

Thèmes	Constats	Recommandations	Stratégies/Commentaires
<p>Partenariat CRAFOP/ LONALO</p>	<p>Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)</p> <p>1- L'existence d'une convention de partenariat liant CRAFOP et LONALO avec un mécanisme de planification ;</p> <p>2- Le partenariat avec les formations sanitaires est formalisé par des conventions d'octroi de soins et bien apprécié</p>	<p>1- Renforcer le partenariat avec CRAFOP dans le respect strict de la séparation des deux organisations et de l'autonomie de chaque partie ;</p> <p>2- Renforcer le partenariat avec les FOSA conventionnées avec la mutuelle à travers des concertations thématiques qui se mettent en place suivant les problèmes rencontrés</p>	<p>1- Concertation entre les deux organisations sur des sujets de préoccupations communes ;</p> <p>2- Ce travail peut être conduit par le médecin conseil avec l'appui du chargé de programme</p>
	<p>Facteurs limitants (par ordre de priorité)</p>		

	<ol style="list-style-type: none"> 1- La visibilité du Secrétariat Exécutif de LONALO est limitée, on la confond à CRAFTOP, il y a un désir et une envie d'exister comme organisation à part entière même si elle veut garder le partenariat avec CRAFTOP ; 2- LONALO a très peu de contacts avec d'autres mutualistes dans la zone. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Rendre plus visible LONALO en la dotant d'un siège, d'une reconnaissance juridique et d'un compte bancaire ; 2- Développer des relations de partenariat avec d'autres mutuelles de santé de la zone. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- LONALO peut rejoindre le bureau de son antenne de Mbandaka, poursuivre le dossier de reconnaissance juridique et ouvrir un compte bancaire ; 2- Prospection, échanges d'expérience, concertation avec d'autres mutuelles de santé et de partenaires d'appui
<p>Capacités institutionnelles/ liens avec les cellules techniques ou assistant techniques/Autonomie de LONALO</p>	<p>Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Organisation bien structurée du niveau central jusqu'à la base (Structure faitière et sections au niveau local) ; 2- Bonne synergie et échanges régulières entre le SE et le CTAM ; 3- Existence d'activités génératrices de revenus qui peuvent alimenter des réserves (pharmacie et centres de santé) ; 4- Existence de bonnes pratiques de sensibilisation (utilisation de la langue avec chanson, danse, proverbes, témoignage des anciens membres, implication du personnel dans la sensibilisation et son adhésion à la mutuelle de santé, etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Renforcer les capacités des responsables des sections et dirigeants au niveau informatique, dans la gestion des risques et dans la gestion financière ; 2- Renforcer l'appropriation des dirigeants dans la maîtrise du travail du CTAM, revoir les modes de collaboration avec les sections, rediriger la gestion des risques vers un économiste. 3- Poursuivre le développement de ces types d'activités génératrices de revenus 4- Développer un plan de mobilisation sociale et de sensibilisation. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Tenue de formations des responsables des sections et dirigeants sur ces aspects évoqués ; 2- Privilégier l'approche « faire avec » les membres du SE ; Mieux coordonner les interventions de CTAM avec le SE les interventions vers les sections. La gestion des risques peut être transféré vers le secrétaire exécutif 3- Ce travail peut être fait avec l'appui du partenaire ; 4- Les bonnes pratiques actuelles de la sensibilisation pourront être incluses dans un plan global et cohérent de mobilisation sociale
	<p>Facteurs limitants (par ordre de priorité)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Faible autonomie LONALO vis-à-vis de CRAFTOP et visibilité du SE de LONALO limitée ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Rendre visible LONALO en la dotant d'un siège, d'une reconnaissance juridique et d'un compte bancaire propre ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Le SE rejoint l'antenne de MBANDAKA, poursuite du dossier de reconnaissance et de l'ouverture du compte par LONALO ; Concertation entre les parties prenantes sur la période transitoire ;

	<p>2- Fiable mobilité des membres de la mutuelle ;</p> <p>3- Faible niveau de rentabilisation et de viabilisation des AGR</p> <p>4- Faible la synergie avec les initiatives d'économie sociale et solidaire (tontines, petites activités du secteur informel etc.) ;</p>	<p>2- Disponibiliser davantage des moyens de locomotion pour renforcer la mobilisation sociale autour de la mutuelle de santé ;</p> <p>3- Organiser plus périodiquement des contrôles des AGR, partager l'expériences des AGR qui fonctionnent bien et punir sévèrement les cas de détournement des fonds ;</p> <p>4- Renforcer la synergie avec les initiatives d'économie sociale et solidaire (tontines, petites activités du secteur informel etc.) ;</p>	<p>2- Mobilisation de ressources financières et matérielles pour faciliter la mobilité ;</p> <p>3- Faire et respecter des plans de travail de suivi contrôles et de partages de bonnes pratiques (SE) ; prendre des sanctions pour des cas de fraudes (SE) ;</p> <p>4- Identification, accompagnement et mise en relation des IESS avec la mutuelle.</p>
<p>Professionnalisation /Compétences /Méthode de travail (y inclus la sensibilisation)</p>	<p>Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)</p> <p>1- Présence d'outils de gestion de la mutuelle performants (registres d'enregistrement, carnets de reçu, tableaux de bord, introduction de l'outil informatique, etc.) ;</p> <p>2- Personnel compétent grâce à l'accompagnement de CRAFOP ;</p> <p>3- Outils informatique disponible</p>	<p>1- Renforcer les outils de gestion de la mutuelle ;</p> <p>2- Renforcer les compétences des équipes de LONALO ;</p> <p>3- Renforcer les compétences des gérants de LONALO en Excel et Word, voir possibilité d'introduire internet</p>	<p>1- Formation des gestionnaires sur les outils de gestion</p> <p>2- Tenir compte des axes du plan de renforcement des capacités</p> <p>3- Préciser les besoins de formation sur Excel et Word et évaluer les besoins ou non d'introduire Internet</p>
	<p>Facteurs limitants (par ordre de priorité)</p> <p>1- Absence d'un logiciel de gestion spécifique</p> <p>2- Absence d'un plan de mobilisation/marketing sociale</p>	<p>1- Doter LONALO d'un logiciel de gestion performant</p> <p>2- Elaborer un plan de mobilisation/marketing sociale.</p>	<p>1. Mobilisation de ressources financières et matérielles et formation du personnel dans l'utilisation du logiciel ;</p> <p>2. Faire recours à des spécialistes, tout en valorisant les thématiques ressortis dans la présente étude.</p>
	<p>Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)</p> <p>1- Acquis de LONALO dans les trois territoires (Bikoro, Ingende et Mbandaka)</p>	<p>1- Consolider la couverture des trois provinces par le développement d'un système planification suivi évaluation du SE et des sections ; amplifier la</p>	<p>1. Mobiliser des fonds, des partenaires et mobiliser chaque mutualiste pour améliorer le taux d'adhésion et de fidélisation à la mutuelle de santé ;</p>
	<p>Mise à l'échelle</p>		

		sensibilisation, ouvrir de nouvelles sections en privilégiant les sections de l'intérieur	
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	1- Absence de LONALO dans les autres territoires de la province	2- Répliquer le travail de LONALO dans les autres territoires de la province, bien investir, bien gérer les fonds ; 3- Rechercher de nouveaux partenaires et mieux collaborer avec POMUCO pour tirer bien profit des plaidoyers et des possibilités de renforcement des capacités	1. Mobiliser des fonds, des partenaires, les autorités locales et mobiliser chaque mutualiste pour avoir des adhésions et fidéliser à la mutuelle de santé ; 2. Renforcer le partenariat avec CRAFOP qui a le lien actuellement avec POMUCO
Modèle de mutuelle (adhésion, cotisations, ticket modérateur, soins et qualité des soins, sensibilisation, mobilisation sociale et plaidoyer)	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	1- L'Adhésion est ouverte (intégration de minorités comme les pygmées) et facile (sans frais d'adhésion) ; 2- Existence de règles fonctionnement bien accueillies par les membres (cotisations différenciées, ticket modérateur, plafond des soins).	1- Intégrer les avantages des règles de fonctionnement dans le plan de mobilisation/marketing sociale à élaborer ; 2- Intégrer les avantages des règles de fonctionnement dans un plan de mobilisation/marketing sociale.	1. Elaboration du plan de mobilisation/marketing sociale 2. Elaboration du plan de mobilisation/marketing sociale
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	1. Déficit dans certaines sections de LONALO ; 2. Baisse du nombre d'adhérents en 2018 du fait de Ebola ; 3. Impacts négatifs des programmes de gratuité des soins sur les mutuelles de santé (Programme Ebola).	1. Réaliser périodiquement des études de faisabilité pour ajuster la cotisation et le paquet de soins ; 2. Elaboration d'un plan de mobilisation/marketing social ; 3. Mener le plaidoyer en vue de caractériser la population susceptible de bénéficier de la gratuité des soins.	1. Appuyer l'équipe de gestion dans la réalisation des études de faisabilité 2. Appuyer l'équipe de gestion dans l'élaboration du plan de mobilisation sociale ; 3. Implication de POMUCO

CENADEP/MUSQUAP

Thèmes	Constats	Recommandations	Stratégies/Commentaires
Partenariat CENADEP/ MUSQUAP	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'une convention de partenariat liant MUSQUAP et CENADEP ; 2. Le partenariat avec les formations sanitaires est formalisé par des conventions d'octroi de soins et bien apprécié ; 3. Bonne relation de collaboration avec le PNPMS ; 4. Est représenté dans la POMUCO par CENADEP ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer le partenariat avec CENADEP mais dans le respect strict de la séparation des deux organisations ; 2. Renforcer le partenariat avec les FOSA conventionnées avec la mutuelle ; 3. Consolider le partenariat avec le PNPMS 4. Explorer l'idée d'être membre de POMUCO 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concertation permanent entre les deux organisations. 2. Instauration concertations thématiques en fonctions des problèmes rencontrés ; 3. Concertation permanente à développer avec cette structure qui a déjà doté MUSQUAP d'un médecin-conseil ; 4. Echanges et concertations avec POMUCO
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	1- Relations partenariales faibles avec d'autres mutuelles de santé et d'autres partenaires financiers en dehors de Solsoc	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des relations de partenariat avec d'autres mutuelles de santé de la zone ; 2. Diversifier les bailleurs et donateurs de la MUSQUAP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prospection, échanges d'expérience, concertation avec d'autres mutuelles, partenaires et donateurs
Capacités institutionnelles/ liens avec les cellules techniques ou assistant techniques/Autonomie de LONALO	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Structuration et documents de base en phase avec la nouvelle législation en vigueur sur les mutuelles de santé en RDC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parachever la structuration de la MUSQUAP à la base et veiller à ce que les dirigeants jouent leurs rôles, affirment leur leadership dans la direction 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre les résultats de l'étude de faisabilité et appliquer les textes de base de MLUSQUAP
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confusion institutionnelle entre MUSQUAP et CENADEP (MUSQUAP est composée à la base par des agents de CENADEP et de ses partenaires et une grande partie de son CA est dirigé par des agents de CENADEP) ; 2. Faibles capacités en vue de l'autonomie administrative et de gestion de MUSQUAP ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ouvrir la mutuelle aux communautés et aux initiatives d'économie sociale et solidaire ; 2. Travailler sur la fidélisation des membres et à la mobilisation de nouveaux mutualistes dans MUSQUAP ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire une étude de faisabilité ; 2. Elaborer un plan de mobilisation/marketing sociale ;

	3. Méconnaissance de la MUSQUAP par les membres (beaucoup de membres découvraient la MUSQUAP lors de l'atelier d'évaluation).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consolider la structuration à la base en ayant des adhérents dans les quartiers en ouvrant la mutuelle aux communautés et initiatives d'économie sociale et solidaires ; 2. Séparer la fonction d'appui de CENADEP de la MUSQUAP ; 3. S'approprier du travail de l'équipe technique ; 4. Renforcer les capacités du SE de la MUSQUAP et mettre en place une nouvelle direction autonome de CENADEP ; 5. Créer des moments de réflexion sur le développement de la mutuelle avec les membres 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer un plan d'autonomisation qui prend en compte toutes les dimensions du problème de la MUSQUAP. 2. Tenir des ateliers de réflexion sur les problématiques que rencontrent MUSQUAP.
Professionnalisation /Compétences /Méthode de travail (y inclus la sensibilisation)	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un document Excel comme seule base de données sur la mutuelle ; 2. Engagement de certains agents (la Chargée du suivi et le Médecin-conseil) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire tout un travail de conception des outils de collecte et de gestion de l'information 2. Opérer une réforme institutionnelle qui responsabilise désormais les instances de gouvernance de MUSQUAP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'inspirer des travaux d'autres mutuelles y compris LONALO 2. Concertations entre les parties prenantes (MUSQUAP, équipe technique, CENADEP, Solsoc, etc.)
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faibles capacités de gestion de l'équipe MUSQUAP (SCAN) 2. Difficulté de la MUSQUAP à faire la mobilisation sociale dans les quartiers de Kinshasa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre les axes du plan de renforcement surtout son volet gestion financière ; 2. Faire un plan adapté de mobilisation sociale et de sensibilisation qui prennent en compte les thèmes, les publics cibles visés, les canaux de communication etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser les formations en gestion pour les responsables de la mutuelle ; 2. Se faire assister par des spécialistes
	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. La volonté d'ouverture et besoins de s'étendre des membres actuels de la mutuelle aux quartiers populaires de Kinshasa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ouvrir la mutuelle aux communautés et aux initiatives d'économie sociale et solidaire ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il faut un plan réaliste de mobilisation sociale orienté vers les communautés, les groupes organisés, les initiatives d'économie sociale et solidaires ;

Mise à l'échelle		<ol style="list-style-type: none"> 2. Développer de nouveaux produits en fonction de la cible ; 3. Opérer des réformes institutionnelles dans une perspective d'autonomisation de MUSQUAP 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Réaliser une étude de faisabilité ; 3. Mettre en place les sections et les rendre opérationnelles, donner plus de responsabiliser d'avantage le SE ; renouveler les instances en veillant à réduire considérablement la présence des membres de CENADEP
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de mise à l'échelle à établir après l'extension dans les quatre quartiers populaires de Kinshasa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place une stratégie pour répliquer ce qui aurait été fait dans les quatre quartiers populaires initialement prévu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Echanges et concertations entre membres
Modèle de mutuelle (adhésion, cotisations, ticket modérateur, soins et qualité des soins, sensibilisation, mobilisation sociale et plaidoyer)	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cotisation variable en fonction du paquet de soins donnant plusieurs options aux adhérents ; 2. Les différentes modalités d'adhésion conviennent aux adhérents actuels 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A maintenir cette variabilité des cotisations si cela correspond à la volonté et à la capacité à payer des adhérents actuels et potentiels ; 2. Vérifier si les modalités d'actions conviennent toujours aux adhérents actuels et potentiels 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire les focus groups pour réfléchir sur la question au besoin ; 2. Faire les focus groups pour réfléchir sur la question au besoin
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible niveau des adhésions ; 2. Existence de plaintes des adhérents et des prestataires de soins 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmenter le nombre d'adhérents 2. Mettre en place une politique de gestion des plaintes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nécessité de mettre en œuvre un plan de mobilisation/marketing sociale. 2. Documenter toutes les plaintes. 3. Analyse des plaintes

3.3.2.5 EVALUATION DU PROGRAMME MASMUT 2014-2016

Avec les acteurs de terrain rencontrés, nous avons eu du mal à aborder la question liée au programme MASMUT aussi bien en RDC qu'au Burundi. Soit les personnes rencontrées n'en avaient aucune idée soit qu'elles avaient des informations éparses et pas assez claires. C'est au niveau de POMUCO et de PAMUSAB que quelques informations ont pu être données.

Le programme MASMUT a été la base de la création de la plateforme POMUCO en RDC et le renforcement de PAMUSAB au Burundi (Cette plateforme est antérieure au programme MASMUT). Ces plateformes ont eu l'avantage de mettre ensemble des acteurs qui jadis ne se fréquentaient pas et se méfiaient des uns et des autres. Ces acteurs reproduisaient, sciemment ou inconsciemment les mêmes méfiances entre leurs partenaires belges selon qu'ils étaient « chrétiens » « socialistes » neutres etc. Cette situation rendait les initiatives isolées et fragiles. L'avènement de ces plateformes a donné du poids et les résultats de leurs actions sont très significatifs dans les deux pays :

- Reconnaissance des mutuelles de santé comme actrices du financement de la santé au profit des ménages du secteur informelle et dans la construction de la politique de couverture santé universelle dans les deux pays;
- Renforcement des capacités des acteurs en matière de protection sociale, l'acquisition des quelques équipements utiles et nécessaires pour les mutuelles de santé, l'appui à la sensibilisation des masses grâce à la production des quelques outils...

Le programme a eu du mal à fonctionner correctement à cause de la lourdeur administrative. Plusieurs activités prévues dans ce programme n'ont pas été mise en œuvre aux échéances prévues ou l'ont été dans la précipitation totale. Beaucoup de TDR ont été élaborés et les suites ont été soit lentes ou pas du tout données.

En fait dans le cadre de cette évaluation, il nous a été demandé de trouver à travers le rapport général DGD du programme MASMUT 2014-2016 dans les perspectives les axes qui restent toujours prioritaires. En RDC, nos investigations ont donné quelques résultats qui sont synthétisés dans les tableaux ci-après :

Tableau N°5 : Axes prioritaires pour renforcer POMUCO

Axes de travail qui restent prioritaires	Travail qui reste à faire par axe
Mise en place d'un système de gestion adapté aux réalités des mutuelles et à leurs niveaux de structuration qui tient compte de toutes les fonctions (adhésion, cotisation, gestion des risques etc.)	Harmonisation des outils de gestion, des bases des données des musa, Validation des outils et bases de données harmonisés et mise en application par les organisations membres
Montée en compétence, formation des formateurs	Publication des mesures d'application de la loi sur la mutualité
Transmission des connaissances pour la gestion des mutuelles par le pool d'experts	Donner un contenu à l'étude de faisabilité tel que stipulé par la loi sur la mutualité en appliquant la loi demandant d'octroyer des appuis aux mutuelles en fonction de leurs membres
Mise en place d'un accompagnement harmonisé à l'instar du volet l'UEMOA	Rechercher des mécanismes innovants pour le financement de la CSU
Contribution de la Plate - forme nationale des mutuelles du Congo aux activités du Centre des connaissances pour la santé au Congo	Donner un contenu à l'étude de faisabilité tel que stipulé par la loi sur la mutualité
Etudes en vue de s'articuler avec les contextes ou les mutuelles ne sont pas soutenus	Appui à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle
Elargissement de l'assise des plate -Forme et l'implication des mutuelles dans les échanges sur la CMU et PS	Recherche des mécanismes innovants pour le financement de la CSU, notamment étendre l'expérience du REMSACO qui concerne l'administration des soins à domicile et palliatifs aux personnes de 3ième âge dans d'autres provinces du pays.
Soins indépendamment des lieux de résidence (portabilité des soins)	Veiller à la mise en application des notions reçues pendant la formation sur la protection sociale.

IV Résultat de l'évaluation de l'axe Mutuelle au Burundi

4.1. Éléments du contexte du Burundi

Longtemps réservée aux travailleurs salariés du secteur structuré, la protection sociale a été étendue à l'ensemble de la population par le code de la sécurité sociale institué par la loi N°1/010 du 16 juin 1999. Le Burundi s'est doté d'une politique de protection sociale en 2011. A partir de 2015, une stratégie de mise en œuvre a été élaborée. Elle prendra fin et sera évaluée en 2021. Avec la fin en 2021 de la stratégie de mise en œuvre du PNPS, la nouvelle stratégie sera alignée sur le Plan National de Développement que le pays avait pris le soin d'élaborer pour 2018-2027.

→ **Le système de santé et la politique de protection sociale :**

Au Burundi le système de santé est organisé sous forme de pyramide à trois niveaux :

- Le niveau central responsable de la politique sanitaire et élaboration des stratégies d'intervention, la planification, l'administration et la coordination du secteur de la santé, la définition des normes de qualité, leur suivi et leur évaluation;
- Le niveau intermédiaire, composé de 18 bureaux provinciaux de la santé (BPS), qui sont chargés de la coordination des activités sanitaires au niveau provincial, l'appui aux districts sanitaires et aux centres de santé, ainsi que la formation du personnel de santé de son ressort;
- Le niveau périphérique, composé de districts sanitaires au nombre de 46, et d'un réseau d'environ 610 centres de santé réparties dans toutes les communes du pays. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle la plus périphérique du Ministère de la santé publique couvrant une population entre 150.000 et 250.0000 habitants et environ 10 à 15 centre de santé.

L'organisation du système des soins se décline en quatre paliers : le centre de santé qui est le premier contact suivi des hôpitaux de première référence que sont les hôpitaux de districts, puis les hôpitaux de deuxième référence qui sont les hôpitaux de régionaux au nombre de quatre : Gitega, Bururi, Ngozi et Ruyigi et enfin les hôpitaux de référence nationale qui sont les grands hôpitaux de Bujumbura.

Le secteur privé à but non lucratif est essentiellement constitué des centres de santé appartenant aux confessions religieuses. Ces dernières disposent d'un réseau de huit (8) Hôpitaux sur les 42 fonctionnels au niveau national. Ce secteur participe pleinement à la réalisation de la politique nationale de la santé. Il a cependant du mal à appliquer les dispositions qui garantissent la gratuité des soins pour des enfants de 0-5ans et en faveur des accouchements. L'utilisation de la CAM n'y est pas toujours garantie. Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique est essentiellement présent au niveau des centres urbains et plus particulièrement à Bujumbura, mais se développe également à l'intérieur du pays.

Le système de protection sociale au Burundi intègre les aspects suivants :

- **L'Institut Nationale de sécurité sociale** : Il est régi par la loi N°1/011 du 29 novembre 2002 et ses différents textes d'application, en harmonie avec la loi N°1/010 du 16/06/199 portant code de la sécurité sociale. Sont assujettis à l'assurance obligatoire tous les travailleurs soumis au disposition du code de travail, les mandataires publics et politiques liés par un contrat de travail, les militaires, les contractuels de la fonction publique et les collectivités locales, les stagiaires et les apprentis liés par un contrat de travail ou d'apprentissage, les travailleurs Burundais occupés par une entreprise située au Burundi et qui sont détachés sur un territoire d'un autre pays dont le travail n'excède pas six mois, les travailleurs étrangers occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire Burundais et dans les mêmes conditions que les premiers cités.
- **La Mutuelle de la fonction publique** qui est régi par la loi N° 1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance maladie-maternité des agents publics et assimilés. LA MFP couvre

principalement les agents de l'Etat soumis au statut général des fonctionnaires, les agents de l'Etat soumis à un statut spécial ou particulier (magistrats, militaires, policiers), les agents de l'Etat engagés sous contrat, les agents de collectivités locales, les agents, le personnel des sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et personnels politiques de l'Etat.

- **La Carte d'Assistance Médicale (CAM)** qui a été instituée par l'ordonnance ministérielle N° 620/57 du 20 mars 1984 portant création de la CAM. Cette ordonnance a été modifiée par l'ordonnance Ministérielle N° 630/172 du 23 mai 1996 qui régit actuellement ce système.
- **L'assistance sociale** qui est destinée aux groupes vulnérables. Le plan national de protection et de promotion sociale mis en place en 2000 propose les catégories vulnérables suivantes : les enfants en difficulté, les personnes handicapées, les personnes indigentes et les personnes âgées. Une étude proposée par PAMUSAB se penchera sur la catégorisation de la population Burundaise pour trancher définitivement cette question.
- **Le système communautaire de protection sociale via les mutuelles de santé** : Les mutuelles de santé ont été retenues comme mode de financement de la santé pour les populations du secteur informel et rural pour leur caractère volontaire et ce malgré les nombreuses difficultés qu'elles rencontrent. Le Burundi connaît des réelles avancées dans ce domaine au regard de la collaboration que les mutuelles de santé, leurs faitières ainsi que leurs promoteurs entretiennent avec le pouvoir public. Quelques partenaires techniques et financiers s'y investissent depuis quelques années. Il s'agit des ONG belges comme Solso, WSM et Louvain Coopération, elles-mêmes liées à des mutualités telles que Solidaris, l'ANMC et les mutualités libres, ainsi que MEMISA. En 2009, seules deux réseaux des mutuelles existaient (MSAG devenue MUNASA et MUSACABU). Aujourd'hui de nouvelles initiatives sont enregistrées. Il s'agit de l'UCODE, les mutuelles promues par MEMISA et FVS. D'autres acteurs s'investissent avec le label mutuel sans en porter le vrai contenu.

→ **Les lois qui encadrent le système de protection du Burundi**

La législation encadrant la protection sociale au Burundi comprend les instruments normatifs et juridiques suivants :

- La Déclaration universelle des Droits de l'Homme ;
- La Convention 102 et la recommandation 202 de l'Organisation Internationale du Travail ;
- Loi N°1/010 du 16 juin 1999 portant Code de la sécurité Sociale du Burundi
- Le Décret N°100/145 du 21 juillet 2017 portant révision du décret N°1001 63 du 18 mars 2015 portant création, organisation et fonctionnement du fonds d'appui à la Protection sociale (FAPS) ;
- Décret N°100/237 du 22 août 2012 portant Création, Organisation, Missions et Fonctionnement de la Commission Nationale de la Protection Sociale ;
- Décret n°100/84 du 19 mars 2013 portant Création, Organisation, Missions et Fonctionnement du Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de Protection Sociale (CNPS) « SEP/CNPS ».

Le décret n°100/237 du 22 Août 2012 a créé une **Commission Nationale de protection sociale (CNPS)** qui a pour mission la promotion et la régulation des programmes de la Politique nationale de protection sociale. Pour la mise en œuvre de cette Politique les structures suivantes sont prévues :

- La Commission Nationale de Protection sociale du Burundi. Cette Commission est dirigée par le chef de l'Etat lui-même ;
- Le Comité technique, qui est présidé par le ministre des affaires sociales ; PAMUSAB fait partie de ce Comité. Il joue le rôle de Conseil d'administration et se réunit une fois au moins tous les trois mois ;
- Au niveau provincial, il y a les comités provinciaux dirigés par les gouverneurs.
- Au niveau des communes, on a les comités communaux dirigés par les administrateurs communaux.

Tous ces organes sont appuyés techniquement par un **Secrétariat exécutif permanent** (SEP/CNPS), qui est la structure permanente de suivi quotidien et de coordination technique des activités relatives à la mise en œuvre de la PNPS. Il a un représentant dans chaque commune. En plus de son bureau de coordination, le SEP comprend trois directions : la direction technique, la direction de contrôle et suivi-évaluation et la direction administrative et financière.

La Commission Nationale de Protection sociale du Burundi, présidée par le chef de l'Etat est l'AG de la protection sociale. Elle se réunit une fois par an (elle est à sa 5^{ème} AG et le Chef de l'Etat n'a jamais manqué une seule Assemblée). L'AG est tournante dans les provinces.

→ **Les facteurs qui bloquent le développement et la promotion de la protection sociale via les mutuelles de santé au Burundi**

Ces facteurs sont à rechercher aussi bien au niveau externe mais aussi interne :

Au niveau externe

- L'adhésion volontaire empêche d'atteindre un seuil acceptable de viabilité des mutuelles de santé au niveau du taux de pénétration, mais aussi de l'équilibre du couple cotisation/prestations;
- La persistance d'une certaine concurrence entre acteurs promoteurs des mutuelles de santé. Certaines mutuelles n'hésitent pas à aller recruter les membres d'autres au moyen des « appâts » sous forme d'activités génératrices de revenus, des frais de transport;
- Apparition récente des assureurs privés qui portent le label mutuel de santé mais ne s'intéressent qu'aux ménages solvables laissant les mutuelles de santé communautaires sans possibilité d'attirer à son sein les ménages avec un revenu stable;
- La présence de la CAM qui coûte moins cher que la cotisation aux mutuelles de santé. Elle coûte 3000 BIF alors que la mutuelle de santé revient à 22500 BIF pour des services identiques;
- La gratuité de prise en charge des enfants de moins de 5 ans et les accouchements qui peinent à être acceptés dans les structures sanitaires privées et confessionnelles mais dont les membres des mutuelles de santé ont besoin sans que la mutuelle de santé ne puisse les assurer. Les membres sont obligés par nécessité de les soigner à leur compte, ce qui ne rend pas les mutuelles attrayantes pour les personnes en âge de procréation.

Au niveau interne

- Les mutuelles de santé ne développent pas une politique systématique, rapide et adaptée de gestion des plaintes des membres et des structures sanitaires, ce qui met à mal le partenariat entre les mutuelles et les structures sanitaires et n'augmente en rien la fierté d'appartenir aux mutuelles de santé;
- Le couple cotisation/prestation est en déséquilibre permanent, ce qui entraîne le retard dans le paiement des factures des soins et entame la confiance entre les mutuelles et les structures sanitaires qui n'accueillent pas bien les membres des mutuelles de santé;
- La gestion de la mutuelle se fait par des personnes qui ne sont pas en nombre suffisant et qui n'ont pas souvent les compétences qui rassurent au niveau de la saine gestion qui est attendue des mutuelles de santé;
- Les fraudes sont encore possibles, ce qui ne peut stimuler l'adhésion des personnes qui savent qu'elles peuvent accéder aux soins par la fraude.

→ **Les changements et évolution du contexte et les rôles joués par les mutuelles de santé et les partenaires de Solsoc dans ce changement**

- Concertation entre les promoteurs des mutuelles de la santé au sein de la PAMUSAB et harmonisation sur diverses questions de la mutualité;

- Plaidoyer et lobbying a fait que de plus en plus la CAM est devenue dans les mentalités un outil pour la protection des plus vulnérables. Mais une décision claire doit être prise dans ce sens par les autorités politiques;
- Il y a une réelle collaboration entre les structures mutualistes via la PAMUSAB et les autorités de la place via le SEP/CNPS;
- La PAMUSAB est devenue un acteur incontournable dans la politique de protection sociale du Burundi. Elle va bientôt entreprendre l'étude sur la catégorisation qui apportera des précisions sur les différents groupes cibles de la protection sociale. Il faut noter qu'elle a déjà proposé le schéma de la protection AMU (stratégie de promotion des mutuelles de santé au Burundi).

4.2-Description de du programme appuyé par SOLSOC au Burundi

Le programme DGD Burundi vise de façon générale à améliorer les conditions de vie des producteurs et travailleurs de l'agroalimentaire et de leur famille en leur facilitant l'accès à la santé et à des revenus plus décents. Pour le volet mutualiste qui nous intéresse, le Programme de SolSOC, avec l'accompagnement du partenaire local ADISCO, appui depuis 2008 la mise en place et la structuration de mutuelles de santé communautaires dans 5 régions caféicoles du Burundi (provinces de Cibitoke, Bubanza, Muramvya, Mwaro, Kayanza, Ngozi, Kirundo, Muyinga, Gitega, Karusi, Rutana, Bururi et Makamba). Le programme vise la consolidation de 27 mutuelles de santé et de 5 Unions de mutuelles de santé membres de la Fédération des Mutuelles de Santé des Caféculteurs du Burundi (FEMUSCABU). L'autre partenaire de ce volet mutualiste est : PAMUSAB.

4.2.1 Contexte de la mise en œuvre des programmes au Burundi

Au Burundi, après trois mandats du Président Pierre Nkurunziza, des élections se tiendront le 20 mai 2020. L'année 2019 a été marquée par la préparation de la campagne électorale, avec une restriction des espaces d'expression et de revendication et un renforcement important des mesures et dispositifs de sécurité, ainsi qu'un contrôle accru des ONG et des mouvements sociaux. Les relations du pays avec ses voisins et entre ceux-ci sont restées tendues, affectant de manière importante le commerce et les transports. La ville de Gitega a été désignée capitale politique, le Sénat du Burundi a déménagé mais les Ministères sont restés à Bujumbura.

Au niveau économique, la rareté des devises a maintenu des prix élevés pour les produits importés. La modification des billets de banque intervenue au mois d'avril a causé une inflation galopante jusqu'au mois d'octobre. La campagne agricole (2019 B) a été très bonne et les prix des denrées alimentaires ont baissé mais la saison C a été très affectée par une pluviométrie exceptionnelle en décembre ayant causé des inondations. La filière café est dans la tourmente, d'une part à cause de la décision du gouvernement de dé-privatiser la filière et ce sans stratégie précise, d'autre part à cause des cours mondiaux défavorables, d'une production basse, de problèmes de gestion des coopératives, du retard dans le paiement des caféculteurs... La population burundaise, soumise à ces aléas et contrainte de contribuer au budget de l'Etat de multiples façons, continue de sombrer dans l'extrême pauvreté.

En ce qui concerne la protection sociale, quelques avancées s'amorcent. Un nouveau Ministre de la Santé a été nommé, qui a montré des signes d'ouverture sur les mutuelles de santé. Au mois de septembre, lors du discours de clôture de la Conférence Nationale sur la Santé (organisée par l'OMS), le Ministre de la santé a déclaré que la stratégie de CSU devrait se baser sur les mutuelles de santé. Il a également déclaré à l'Assemblée Nationale que le système de la CAM n'est pas rentable à long terme et qu'il faut le revoir.

Cette prise de conscience qu'il faut revoir la CAM et aller vers la CSU est d'ailleurs généralisée dans le pays. Pendant ce temps, la malaria continue de sévir, les prix des actes médicaux et des médicaments restent élevés et il est difficile de s'approvisionner. Les mutuelles de santé subissent des déficits importants et ont des difficultés à trouver de nouveaux affiliés. Arrêt spontané du programme d'appui

des ménages vulnérables géré par les mutuelles de santé. (Le contexte international est favorable à une avancée vers la CSU partout).

Dans le monde du travail, tant que la révision du Code du Travail n'est pas achevée, l'économie informelle reste non reconnue, ce qui empêche la grande majorité des travailleur-euse-s de s'organiser en syndicats et freine leur accès à la protection sociale. Par contre, une place est laissée aux syndicats et au dialogue social par le Ministre et les hauts fonctionnaires en charge de ces questions, ce qui instaure un climat favorable.

4.2.2 Rappel des objectifs et résultats attendus du programmes DGD au Burundi

L'objectif spécifique du Programme DGD au Burundi est « Des Unions/Fédérations d'organisations mutualistes, de syndicats et de coopératives agricoles et leurs membres respectifs, avec l'appui du programme, se structurent, se renforcent et sont en capacité d'améliorer l'accès à des moyens d'existence durables, d'élargir la protection sociale des communautés qu'elles représentent et qui en sont exclues et d'influencer les politiques dans le cadre de la lutte pour la promotion et la vulgarisation des droits au travail décent des populations et l'accès à une protection sociale durable en particulier des jeunes et des femmes, et ce, dans le respect de l'environnement et de l'égalité hommes-femmes au Burundi ». Le programme a aussi pour objectif que la Plateforme des mutuelles de santé du Burundi (PAMUSAB) et les réseaux des mutuelles qui en sont membres, soient renforcés en fin 2021.

Les résultats attendus de l'axe mutuelle de santé du Programme au Burundi sont les suivants :

- La **FEMUSCABU**, les unions et les MS sont renforcées et améliorent leurs performances, leur professionnalisme et leur autonomisation. Les femmes et les jeunes y sont intégrées et épanouies ;
- La **PAMUSAB** et les réseaux des mutuelles qui en sont membres sont renforcés et influencent les politiques de protection sociale et de santé et la qualité des soins de santé.

Au-delà des cadres nationaux, une plateforme régionale a été créée en décembre 2018 à l'initiative de la PAMUSAB : il s'agit de la Plateforme des Acteurs Mutualistes d'Afrique Centrale (PAMAC), regroupant les plateformes et fédérations nationales mutualistes du Burundi, de la RD Congo, du Tchad et du Cameroun et qui commence à devenir opérationnelle.

4.2.3. Bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs des programmes DGD au Burundi sont les suivants :

- ADISCO : Mutuelles de santé : 47.707 bénéficiaires
- ADISCO : UPH : entre 20 à 30 cadres et leaders des mutuelles de santé et coopératives soit +/-2.000
- PAMUSAB : près de 1160.000 mutuellistes membres des mutuelles de santé des 5 organisations
- FEMUSCABU

4.2.4. Cadre institutionnel et organisationnel des programmes au Burundi

Selon le cadre logique et doc programme DGD BURUNDI 2017-2021, les structures chargées de la gestion du projet au niveau du Burundi sont : ADISCO, CNAC, FEBUTRA, PAMUSAB. Toutefois, le volet mutualiste implique également la FEMUSCABU.

Les programmes sont mis en œuvre sous la direction des Conseils d'administration des structures ci-dessus énumérées qui disposent par ailleurs d'équipes techniques chargées de l'exécution des projets.

4.2.5. Budgets des programmes

Les coûts opérationnels de l'objectif spécifique (total) au Burundi se montent à 3.518. 567.25.5025 €.

Les coûts opérationnels du programme par partenaire local se présentent comme suit :

- ADISCO : 1.541.767,59 Euros pour tous les volets mis en œuvre (appui aux mutuelles de santé, appui aux initiatives d'économie sociale et solidaire, Université Populaire Haguruka).
- Inclus dans le budget d'ADISCO, le budget alloué à la FEMUSCABU (y compris l'appui technique) s'élève à 515.000 €.
- PAMUSAB : 834.000,00 € ;

4.2.6. Durée des programmes et zones couvertes

La durée des programmes est de 5 ans (2017 à 2021), avec des plans d'action annuels. Les zones couvertes sont :

4.2.7. Partenaires terrain des programmes

Les partenaires associés (partenaires directs) des programmes au Burundi sont : ADISCO, la CNAC, la FEBUTRA et la PAMUSAB et les partenaires limitrophes appuyés par ADISCO sont la FEMUSCABU, l'UHACOM et l'UPH.

4.3. Résultats des réflexions sur le volet mutualiste du programme DGD Burundi de Solsoc

431. ADISCO/FEMUSCABU/PAMUSAB

4.3.1.1 Etat des lieux du volet mutualiste FEMUSCABU

→ **Structuration de la FEMUSCABU, des unions et des mutuelles**

La fédération, les unions et les mutuelles sont structurées presque de la même façon, c'est-à-dire ayant des Assemblées Générales (AG), des Conseils d'Administration (CA), des Conseils Exécutifs (CE) et des Comités de Surveillance (CS). La fédération comprend une AG de 56 membres, un CA de quinze (15) personnes, un (1) Comité Exécutif et un (1) Comité de surveillance de trois (3) membres élus chacun. Elle est appuyée par un (1) Conseiller Stratégique et un (1) assistant technique à la charge d'ADISCO, un (1) Secrétaire Exécutif, quatre (4) animateurs, des gérants des unions, un (1) Secrétaire comptable et deux (2) veilleurs de nuit pris en charge par la Fédération.

Les organes des unions n'ont pas les mêmes effectifs. En général, aux AG, sont délégués, trois (3) membres de mutuelles, soit 21 personnes pour les unions de sept (7) mutuelles. Le CA est composé de deux (2) personnes par mutuelle, ce qui fait quatorze (14) personnes pour les unions à sept (7) mutuelles. Le Comité exécutif et le comité de surveillance comprennent chacun trois (3) membres élus.

Les mutuelles, elles, ont des AG, des CA de dix (10) membres, un (1) comité exécutif et de surveillance de trois (3) personnes élues chacune. Suivant les informations en notre possession, les appuis que la fédération donne aux unions sont les suivantes :

- Représentation des unions et des mutuelles ;
- Suivi du fonctionnement des organes et de la gestion des unions. La fédération appui les unions dans le renouvellement des organes ;
- Financement des sensibilisations des unions ;
- Suivi des unions et des mutuelles en cas de faillite ;
- Plaidoyers auprès des formations sanitaires en cas de plaintes ;
- Enquête dans les formations sanitaires sur la qualité des soins ;
- Appui des leaders dans la formation et pour bien gérer les mutuelles ;
- Gestion du fonds de péréquation des unions ;
- Appui les unions avec des projets, cas de WBI ;
- La fédération soutien la mise en place d'un système d'ancrage à la base.

Les unions quant à elles apportent des appuis suivants aux mutuelles. Ainsi les unions :

- Représentent les mutuelles au niveau régional ;
- Collectent et paient les prestations de soins pour une grande partie ;
- Distribuent aux mutuelles des outils de gestion ;
- Font des plaidoyers au cas où les formations sanitaires n'accueillent pas bien les mutualistes ;
- Appuient les mutuelles pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action ;
- Appuient la sensibilisation pour l'adhésion et le renouvellement ;
- Surveillent la qualité des soins des FOSA (Formations Sanitaires) ;
- S'occupent de la gestion informatisée des mutuelles (saisie des données statistiques).

Les échanges avec les membres ont montré que la fédération a quelques défis dans sa structuration, son organisation et fonctionnement et dans sa gouvernance. On peut noter :

- Le non renouvellement des organes de certaines unions membres de la fédération. Ces unions expliquent leurs situations par le contexte socio politique difficile de 2015 qui n'encourageait pas à prendre l'initiative de renouvellement qui pouvait être mal interprétée par les autorités politiques. Les unions promettent de faire ces renouvellements dès que possible ;
- La faiblesse dans la gestion financière et plus particulièrement dans le contrôle interne et dans le contrôle des factures des prestations de soins. Cette faiblesse explique en partie le déficit sur les fonds prévus pour payer les prestations de soins de la fédération. Cette faiblesse a été confirmée lors du diagnostic qui a été effectué avec l'outil scan ;
- Les comités de surveillance ne connaissent pas bien leurs rôles et ont tendance à croire qu'ils dépendent des CA. Ils ont des capacités limitées en matière de calculs et d'interprétation des textes si bien qu'ils sont handicapés dans la conduite de leurs missions. Le fait de ne pas accéder aux textes de base pour comprendre et s'approprier de leurs fonctions, limite ces comités. Croire qu'ils dépendent des CA limite de fait leur rigueur dans l'exercice de leurs fonctions. Leurs rôles étant de contrôler la mutuelle sur le plan de la gestion financière, matérielle, en ressources humaines et dans l'application des textes. Malgré ces lacunes, on constate que ces comités tiennent tant bien que mal des sessions de contrôles ;
- Le processus d'ancrage à la base est à ces débuts et mérite d'être renforcé. Seuls 10 Mutuelles sur 27 ont effectivement mis en place ces ancrages. Ce qui reste faible. L'idée d'ancrage veut qu'il y ait des cadres d'échanges et de discussions à la base qui prennent en compte les jeunes, les femmes et les adultes et soient des lieux de sensibilisation et de mobilisation pour résoudre les problèmes sociétaux que rencontrent les mutualistes. C'est une option qui a été levée dans la mobilisation sociale et qui peine à se mettre véritablement en application ;
- Vue de l'extérieur, certaines personnes ressources rencontrées estiment qu'il existe un problème de gestion de l'information entre les unions et les mutuelles. Lorsqu'on s'adresse aux mutuelles et unions pour disposer d'informations, elles ont tendance à demander de se référer aux unions ou à la fédération. Ce comportement laisse croire soit que l'on assume peu ses responsabilités ou que l'on des problèmes de compétences ;
- Les mutuelles ont tendance à croire que le fait de transférer les moyens aux unions, que le travail doit se faire seulement à ce niveau. Il est peut-être nécessaire que certaines fonctions comme le contrôle de la qualité des soins soient décentralisées. Dans cette perspective, il serait nécessaire de réévaluer le fonctionnement des organes des deux entités.
- Il y a un minimum de documents que les unions doivent détenir mais qui sont au niveau de la fédération (documents de reconnaissance, manuels de procédure, même les textes de base des unions : statut et règlement intérieur ne sont pas disponibles) au niveau des unions ;
- Il y a un quota genre qui est de 30% de représentation des femmes dans les organes qui est bien d'application dans la fédération, ce qui est une bonne pratique. Mais nous n'avons pas vu

matérialiser cette disposition au niveau de l'Union du grand Nord. Peut-être que c'est la même situation au niveau des autres unions.

- L'équipe de consultants à l'impression que les unions et les mutuelles ont perdu l'habitude de mener des réflexions et que la monotonie s'est un peu installée. Sur certains problèmes qu'elles ont et qui peuvent remettre en question leurs existence, l'équipe n'a perçu aucune réflexion pour chercher les causes profondes et des solutions. L'équipe entend invariablement « le bailleur/partenaire nous aidera ». Du point de vue des membres d'ADISCO, cette situation s'explique en partie par le fait que les unions de la FEMUSCABU ont perdu leurs pouvoirs de décision avec l'harmonisation du couple cotisation prestation. Ils ont perdu la capacité de réfléchir sur leur propre système. Cette perte est elle-même dû au fait que les moyens dédiés aux réflexions ont été réduits au fur et à mesure avec les réductions budgétaires. Pour une réflexion avec une union et des délégués membres des mutuelles, pour une à deux journées, il faut environ 1 million de francs Burundais. D'autre part, le personnel d'accompagnement a non seulement été réduit (postes de superviseurs supprimé, diminution du nombre d'animateurs), mais aussi a été beaucoup instable. L'assistant technique par exemple a été recruté, il y a environ une année tandis que juste avant notre arrivée, le Secrétaire Exécutif venait d'être libéré. Chaque renouvellement de l'équipe nécessite du temps pour que l'accompagnement reprenne et redevienne performant. C'est un peu un perpétuel recommencement.

→ Adhésion, cotisations, tickets modérateurs et plafonds

L'adhésion aux mutuelles de la FEMUSCABU est volontaire, ouverte, sans restriction politique, confessionnelle, ou ethnique. L'adhésion d'un ménage jusqu'à six (6) personnes est de 1000 BIF et la cotisation 22 500 BIF payable une fois l'an ou en trois (3) tranches. A partir de la sixième personne supplémentaire, l'adhérent paie une somme proportionnelle qui est de 25 000 BIF. Si l'adhésion concerne un ménage d'une personne, les frais de cotisation sont de 15 000 BIF. De façon générale, l'adhérent doit faire une période d'observation de deux (2) mois avant de pouvoir bénéficier des soins. La période d'observation vise à éviter que des personnes n'adhèrent que pour profiter des soins et quitter par la suite la mutuelle. Il faut noter que la PAMUSAB a harmonisé les frais d'adhésion et de cotisation pour tous les promoteurs de mutuelles qui sont en son sein.

Si l'on suit l'histoire du mouvement mutualiste FEMUSCABU, il est passé de presque **19 000 assurés** à **4022 assurés en 2019**. La baisse des effectifs serait en partie due à l'influence de la CAM et l'échec des activités génératrices de revenus conduites par les mutualistes. Pour ADISCO, l'échec des AGR n'a pas été très significatif dans la démission des mutualistes. Pour elle, après les difficultés de remboursement des fonds rotatifs octroyés aux individus, ADISCO a pu récupérer une partie des fonds qu'elle a réinvestit dans des projets collectifs. Malheureusement ces projets communautaires n'ont pas non plus généré les revenus attendus. Elle note que malgré tout, quelques investissements ont pu être réalisés comme les stations de lavage et qui sont bénéfiques pour les caféiculteurs. L'échec des AGR reste une des causes probables d'une partie des démissions comme l'ont souligné les caféiculteurs. A notre avis, si de telles opérations doivent se poursuivre une évaluation poste ante doit être effectuée afin de tirer toutes les leçons d'un tel projet (600 000 Euros). De façon générale, l'harmonisation du couple cotisation – prestation opérée par la PAMUSAB semble avoir impacté les effectifs de certaines organisations mutualistes. C'est notamment le cas de la mutuelle de l'UCODE visitée lors de la mission dont la cotisation était de 13 000 BIF et qui a perdu plus de 50% de ses adhérents quand les montants sont passés à 23 500 BIF. Il est fort probable qu'à l'intérieur de la FEMUSCABU que certaines unions ou mutuelles aient aussi été affectée par cette harmonisation.

Au sein de la FEMUSCABU, les tickets modérateurs sont de :

- 20% pour les centres de santé publics ;
- 30% pour les hôpitaux publics ;
- 40% pour les centres de santé confessionnels ;

- 50% pour les centres de santé privé.

Le système consacre un plafonnement des soins pour les mutualistes pour **56 000 BIF** pour les centres de santé et de **100 000 BIF** pour les hôpitaux. Il faut noter que les unions de la FEMUSCABU tiennent des statistiques sur la mutualité. Un tableau de bord est tenu et qui permet de gérer les risques. Ce tableau de bord permet de faire le point des adhésions, des réunions des organes, décline le bilan sur les questions de cotisation, des prestations de soins et donne des ratios (taux de recouvrement, taux de fidélisation, taux de sinistralité etc.).

De échanges avec les mutualistes ont permis de recenser les problèmes qui limitent l'adhésion aux mutuelles et qui sont multiples :

- Pauvreté des populations et absence de culture de prévoyance. Sur la question de la pauvreté, il faut noter que la crise socio politique a eu un impact sur la vie des populations. La crise avec la communauté internationale et les sanctions de l'Union Européenne ont entraîné une forte dépréciation de la monnaie Burundaise. Les prix des produits ont été multipliés par deux ou trois diminuant le pouvoir d'achat des populations locales. La principale ressource des caféiculteurs qui est en même temps celle des mutualistes a été grandement affectée. Avec la faiblesse des pouvoir d'achat et le manque de culture de prévoyance, il est difficile de mobiliser des personnes pour adhérer aux mutuelles ;
- Les membres adhèrent par volonté et donc la mobilisation n'est pas évidente. Les formules d'assurance qui marchent ont été au départ un peu obligé et finalement les assurés voient cela comme une nécessité. C'est pourquoi beaucoup de mutualistes demandent que l'état prenne des mesures pour que tout le monde adhère, que l'adhésion soit obligatoire ;
- La CAM est moins chère et a été pendant longtemps un véritable frein pour l'adhésion dans les mutuelles. Actuellement le contexte change. Les autorités sont de plus en plus pour une réforme de la CAM pour qu'elle serve surtout les plus vulnérables et que les populations rurales et les commerçants adhèrent aux mutuelles. Les fonctionnaires étant déjà dans leur propre système mutualiste. Dans cette perspective, les membres des conseils communaux ont déjà commencé à adopter des critères de sélection des vulnérables. Ils ont des représentants dans les collines qui organisent des AG avec les populations ou les plus vulnérables sont choisis sur base de ces critères. Nous notons aussi le travail en cours de la PAMUSAB sur la catégorisation pilote dans une commune qui pourrait clarifier la situation. Tout dépendra de la volonté ou non de l'état de poursuivre dans cette lancée. Malgré des problèmes de la CAM qui freine les adhésions aux mutuelles, certains mutualistes estiment que c'est leur organisation et donc ne voit pas la nécessité d'aller cotiser dans une autre organisation. C'est pourquoi malgré tout, certains mutualistes sont restés fidèles à leurs organisations ;
- Affaiblissement du système d'animation du fait de la suppression des superviseurs suite à la baisse du budget d'appui aux mutuelles. Cet affaiblissement a eu un impact sur la mobilisation sociale et donc sur les adhésions aux mutuelles.

Des échanges ont permis aussi d'épingler quelques raisons pour lesquelles certains adhérents démissionnent ou cessent de payer des cotisations. Les mutualistes ont identifié certaines raisons notamment :

- Le retrait de certains mutualistes suite à la résiliation de la convention avec certaines formations sanitaires ;
- Les récupérations de certains mutualistes par des organisations sœurs comme UCODE et MUNASA ;
- Le départ comme réfugié de certains mutualistes ;
- Les catastrophes naturelles qui ont appauvris certains mutualistes.

Les consultants ont noté par exemple que sur 1929 adhérents du grand nord, environ 379 n'ont pas renouvelés entre 2018-2019.

→ Services, soins et qualité des soins

Les mutuelles de la FEMUSCABU offrent les services suivants aux membres :

- Fourniture de cartes aux membres ;
- Prestation de soins aux mutualistes via les formations sanitaires. Toutes les maladies sont prises en charge sauf les maladies chroniques et certaines spécialités (lunetterie, dentisterie, etc.). Les enfants de 0 à 5 années sont pris en charge par un programme gouvernemental tout comme les accouchements et les pathologies liées à la grossesse ;
- Les mutuelles prennent en charge les jeunes de 18 ans et plus ceux qui sont toujours en étude ou des personnes âgées de plus de 65 ans. Une personne née avec handicap, même s'il a 18 ans, peut être mise sur la carte de l'adhérent ;
- Appui aux mutualistes lors du décès d'un bénéficiaire assuré. Si la personne décède à l'hôpital, la mutuelle l'assiste avec 20 000 BIF et s'il décède à la maison l'appui est de 10 000 BIF ;

Pour bénéficier des soins, les membres des mutuelles doivent se présenter dans une formation sanitaire munie de leur carte d'adhérent validée. Sur cette carte se trouve la photo des bénéficiaires. Lorsqu'une formation sanitaire ne peut pas traiter un cas, le malade est référé à un niveau supérieur (Centre de santé vers hôpital de district, hôpital de district vers hôpital régional et hôpital régional vers hôpital national). Les formations sanitaires conventionnées sont proposées par les mutuelles. Celles-ci choisissent en général des formations proches. Elles se basent sur le témoignage des anciens malades et des gestionnaires pour juger de l'efficacité ou non des formations sanitaires visées. La FEMUSCABU faisait aussi, il y a quelques années, des enquêtes sur l'hygiène, l'accueil et la qualité des soins de la formation sanitaire. Mais ces enquêtes ont pris fin depuis 2015. On se demande si une évaluation du plateau technique rentre en compte dans le choix des formations sanitaires conventionnées lors des choix des formations de la FEMUSCABU. Plusieurs types de formations sanitaires sont conventionnées : publiques, confessionnelles et privées. Les formations sanitaires confessionnelles et les privées sont celles qui ont les coûts de prestation les plus élevés.

Au niveau de la gestion des risques, il faut noter que le contrôle des factures des formations sanitaires est assuré en général par le gérant des unions qui est surchargé et n'a pas toutes les compétences pour juger de la pertinence ou non d'une prescription médicale et pour en évaluer les coûts. Les failles d'un tel système peuvent augmenter les risques de fraude des formations sanitaires, mais aussi des mutualistes. Il faut noter qu'au départ, cette gestion des risques était effectuée au niveau des mutuelles. Mais cela a été déplacé vers les unions. Le suivi des risques devait être effectué au trois niveaux : mutuelles, unions et fédération. ADISCO estime que la Fédération n'a pas actuellement les moyens de recruter de bons gérants qui coûtent un peu plus chers. Elle remet même en cause la transparence dans leurs recrutements et leur capacité à faire leur travail (saisie des documents, remplissage des fiches).

L'inter mutualité dans son principe est bon. Mais aggrave ce risque dans la mesure où les unions qui ont déjà des difficultés de contrôle des factures de leurs formations sanitaires doivent en plus gérer celles provenant d'ailleurs. Le fait de ne pas pouvoir avoir des prises sur ces formations, ne pas pouvoir les révoquer, peut augmenter le risque de fraude de toute part. Quand on regarde les données statistiques de la fédération, on constate qu'il y a un déficit sur les paiements des prestations de soins en 2019. Ce déficit est de **14 891 014 FBu**. Lorsque nous avons échangé avec l'union de Mumirwa nous sommes rendus compte que son déficit est de **3 414 935 FBu** et celui de l'Union du grand nord est de **8 303 778 FBu**. D'ailleurs lors de nos entretiens, il est apparu que le grand nord a un retard de paiement de prestations de soins de près de sept (7) mois. Une lettre de rappel d'une formation sanitaire existe à ce sujet. Le paiement en retard des prestations de soins peut avoir plusieurs conséquences : la perte de la crédibilité de la mutuelle, le mauvais accueil des mutualistes, le refus de soins dans les formations sanitaires et finalement la démission de mutualistes.

Les débats sur ce déficit ont montré que les mutualistes ne connaissaient pas vraiment les causes et ne semblent pas outre mesure s'en soucier beaucoup. Il y a beaucoup d'attente vis à vis du partenaire qui a déjà, au cours de l'histoire de la mutuelle, intervenu pour éponger un déficit. Mais en poussant les réflexions un peu plus loin, les mutualistes ont identifié les causes probables et qui sont la faiblesse des contrôles des unions de mutuelles, les possibilités de fraudes des formations sanitaires et des mutualistes (mutualistes qui font soigner les enfants des autres), le coût élevé des prestations de soins des formations sanitaires confessionnelles et privées. Il faut noter que lorsqu'on compare la FEMUSCABU avec d'autres mutuelles comme celles de l'UCODE, la différence réside au fait que les partenaires de l'UCODE prennent en charges les frais fonctionnement. Les cotisations sont donc exclusivement réservées pour le paiement des prestations de soins. Ce qui n'est pas le cas de FEMUSCABU ou une partie des cotisations sert au financement des charges de fonctionnement. Mais ici notre évaluation apprécie la FEMUSCABU sur les règles qu'elle s'est elle-même fixée et non sur la base des principes fixés par d'autres acteurs.

Autour des mutuelles, il y a des plaintes qui concernent les prestations de soins. En général, les plaintes des mutualistes sont dues aux comportements de nouveaux soignants qui ne comprennent pas le fonctionnement des mutuelles. Certains soignants se comportent un peu mal sous prétexte qu'ils n'ont pas été formés par les mutuelles. On le remarque surtout lors du remplissage des fiches qui doivent être transmises aux mutuelles et après les soins. En fait, en filigrammes, c'est le besoin de Perdiems qui pousse les agents des FOSA à agir ainsi. Les plaintes des adhérents sont transférées aux présidents des mutuelles qui font le plaidoyer auprès des formations sanitaires. Lorsque la question n'est pas réglée, c'est le Président de l'union qui intervient.

→ **Sensibilisation, Mobilisation sociale et plaidoyers**

Selon ADISCO, les différents taux : fidélisation, recouvrement des cotisations, pénétration etc. sont satisfaisants. Mais selon les données que nous avons collectées auprès des mutuelles, calculés et appréciés par elles-mêmes, ces taux sont faibles. Nos analyses sont corroborées par les données des unions et de la FEMUSCABU. La faiblesse des taux nécessite de notre point de vue d'avoir un programme de mobilisation sociale avec des cibles bien précis. Sur ce plan, on constate que les mutuelles ont des programmes annuels dans lesquels figurent des activités de sensibilisation. Dans les discussions, il n'était pas évident de connaître les thèmes de sensibilisation, les canaux et les cibles. Il y a des activités de sensibilisation, mais pas un plan clair de sensibilisation, de mobilisation sociale avec des publics cibles et les messages adaptés à chaque public cible ;

Dans la mobilisation sociale, selon les informations recueillies auprès de l'union du grand nord, il y a une concurrence entre mutuelles de santé. Certaines mutuelles mettent à la disposition des adhérents des activités génératrices de revenus et des moyens de locomotion et d'infrastructure de travail attrayants. Conséquences, dans la même zone, les mutualistes quittent une organisation pour une autre. Lors de la restitution, ADISCO a estimé que c'est un faux problème. Cependant sur le terrain, les acteurs et même le SEP/CNPS ont estimé que c'est un vrai sujet qui crée le débauchage inutile et désert toutes les mutuelles. Des solutions devraient être trouvées pour qu'au lieu du débauchage que les mutuelles mobilisent les indécis et ceux qui ont arrêté de payer leurs cotisations. PAMUSAB a fait un travail sur la question et les mutuelles demandent de l'amplifier. La proposition était que si une mutuelle est présente quelque part et qu'elle a le plus grand nombre de membres, c'est elle qui représente la zone, devient le répondant et les autres mutuelles devaient se retirer. Dans la pratique, les mutuelles n'ont pas respecté cette disposition et la concurrence continue sur terrain.

PAMUSAB a fait un important travail de plaidoyer en appui aux mutuelles de santé. Elle a eu des collaborations fructueuses avec plusieurs institutions d'appui comme le SEP/CNPS, le Ministère du Droits de la personne Humaines, des Affaires sociales et du Genre, avec des initiatives comme la semaine dédiée à la protection sociale, le projet de catégorisation.

→ Partenariat

Au sein de la fédération, les partenariats avec les formations sanitaires sont régis par des conventions d'octroi de soins. Les formations sanitaires disent avoir de bonnes relations avec les dirigeants des mutuelles. La seule difficulté est le paiement à temps des prestations de soins. Les mutuelles soulignent que dans quelques cas rares, les factures sont transmises et payées en retard. Mais il est évident que les déficits ne permettent pas de régler à temps les factures.

Sur le terrain, on constate qu'il existe des relations entre les mutuelles de différentes familles, même si souvent ces relations sont souvent affectées par la concurrence entre mutualistes. Les organisations mutualistes se rencontrent dans PAMUSAB et ont intégralement harmonisé leurs outils de gestion, les cotisations, les frais d'adhésion, les tickets modérateurs etc. C'est un cadre de concertation pour régler ces genres de difficultés qui se posent aux mutualistes.

Il existe un partenariat entre le SEP/CNPS et la PAMUSAB. Le comité de suivi de SEP/CNPS fait chaque année une mission d'évaluation des mutuelles et leur prodigue des conseils. Le SEP organise également au cours de l'année mutualiste (1^{er} juillet au 30 juin de l'autre année) en concertation avec PAMUSAB une journée dédiée à la protection sociale centrée sur les mutualités communautaires. Cette journée permet de porter un message de plaidoyer au Gouvernement et d'organiser conjointement la sensibilisation des populations et des dirigeants. Pendant la dernière semaine, les acteurs ont recommandé à l'état d'instituer une assurance maladie obligatoire car selon eux l'assurance volontaire ne produit pas les résultats escomptés.

Dans le cadre de la FEMUSCABU, nous avons constaté qu'il existe des tentatives de mutualisation des efforts avec les coopératives sur le terrain, malgré la lenteur de l'adhésion des coopérateurs dans les mutuelles. D'autre part, nous notons que les autorités locales dans les communes semblent avoir pris fait et cause pour le mouvement mutualiste. Celles que nous avons rencontrées dans l'Union du Grand Nord sont même membres de la mutuelle de la localité. Mais, de l'avis de beaucoup d'acteurs, ces autorités ont un double langage ou un langage « saisonnier » qui change en fonction du contexte politique. Pour ces acteurs, la question de la CAM n'est pas d'office gagnée même si nous avons senti une sympathie des autorités locales pour les mutuelles communautaires. Tout dépendra de la direction que prendra les nouvelles autorités du pays. En effet, des élections sont en vue au niveau national et il est prévu en principe, une alternance au niveau national. En général, les changements politiques font que le plaidoyer est un perpétuel recommencement.

Le partenariat entre FEMUSCABU et ADISCO se porte bien, même si nous notons un besoin d'une plus grande autonomie de la part des membres de FEMUSCABU. Il ne nous paraît pas nécessaire que dans la vie organisationnelle de la FEMUSCABU qu'elle garde par devers elle des documents d'unions comme les agréments, les statuts, le RI et le manuel de procédures. Cela pose la question du respect des textes par les unions elles-mêmes. Comment fonctionnent-elles si elles n'ont pas leurs textes de base.

Le partenariat Solsoc, PAMUSAB, ADISCO et FEMUSCABU se déroule bien. Les concertations entre acteurs sont participatives et basées sur la démarche de la cartographie des incidences. Les programmes sont identifiés en atelier et il y a deux missions de suivi semestriels du partenaire. La méthode de la cartographie des incidences convient bien aux partenaires. En effet, ils estiment que c'est « mieux que le cadre logique » car elle met l'accent sur les changements et non sur les résultats immédiats.

→ Autonomisation

Il y a un besoin d'autonomisation et ADISCO a anticipé en se dotant d'un plan. Nous avons l'impression que les dirigeants de la FEMUSCABU ne se sont pas bien appropriés de ce plan et ne croient pas beaucoup qu'il pourrait les amener à l'autonomie. Il faut bien vulgariser ce plan qui nous semble bien construit pour une autonomisation à l'horizon de 2022. Il faut vérifier avec les acteurs, lors d'une

réunion, que les actions prévues dans ce plan d'autonomisation restent pertinentes. Il faut aussi organiser ce plan dans le temps et se doter d'un calendrier réaliste.

Dans la démarche d'autonomisation, l'idée de vouloir prendre une participation dans les organes des mutuelles (FEMUSCABU) entrevue lors d'échanges, nous paraît aller contre l'esprit de l'auto promotion prônée par ADISCO. Mais selon elle, il s'agit de trouver des mécanismes pour influencer les organisations accompagnées pour l'autonomie. On pourrait se demander si cette influence ne vise pas à contrôler des organisations que l'on a accompagné depuis des années et qui aspirent à une indépendance sur le plan politique, économique et technique.

→ **Professionnalisation/renforcement des capacités**

Si l'état avait pris l'engagement d'appuyer les mutuelles ou déclarer une adhésion obligatoire, les effectifs allaient augmenter et un travail d'échelle aurait pu être fait. Les mutuelles de la FEMUSCABU ont une capacité pour mobiliser et gérer les cotisations. La collecte et l'analyse des données existe au niveau de la fédération et de quelques unions, mais on constate que certaines mutuelles qui ont des ordinateurs sont encore à la recherche de compétences pour leur apprendre à manipuler les différents logiciels de base (Word et Excel). Un logiciel de gestion des risques a été développé et validé en novembre 2018 par la PAMUSAB, mais à défaut de moyens ce logiciel reste encore sous utilisé par les organisations mutualistes. Certaines organisations comme la FEMUSCABU le testent néanmoins.

Un diagnostic d'une union a été effectué à partir d'un outil scan. Ce diagnostic organisationnel et institutionnel a été effectué sur une union du nord de la FEMUSCABU. Bien que ce diagnostic révèle des capacités non moins importantes, l'évaluation montre que les capacités financières, en particulier les capacités de contrôles internes sont faibles. Cela corrobore les observations antérieures qui avaient été faites concernant la faiblesse des systèmes de contrôle internes des unions. Ce diagnostic a montré que l'union a eu une cote de 66% pour les capacités organisationnelles, fonctionnelles et administratives, 81% pour les capacités techniques et opérationnelles et 64% pour les capacités financières et comptables. Au niveau de ces capacités, le système de contrôle interne a eu la cote la plus faible (45%).

Il y a eu une harmonisation des outils de gestion dans les mutuelles assurée par PAMUSAB. Mais on constate que le personnel soignant hésite à utiliser ces outils sous prétexte qu'ils ne sont pas formés. Les mutuelles ont un minimum de paquets d'outils comme la fiche de cotisation, un bordereau d'entrée, un bordereau de sortie, un livre de caisse. Le tableau de gestion des risques est détenu avec tout un ensemble d'autres outils par les unions. Comme déjà souligné les capacités d'exploitation, d'analyse et d'anticipation dans l'utilisation du tableau sont faibles chez les gérants des unions qui les manipulent. En principe si ces tableaux étaient bien utilisés, les gérants auraient bien pu prévoir et expliquer les déficits.

→ **Mise à l'échelle**

Il existe une stratégie, voir un schéma de promotion des mutuelles au Burundi. Cette stratégie est déclinée en onze (11) principaux points. Il est important qu'avec l'appui de la PAMUSAB qu'il ait cohérence entre ce qui est proposé par le schéma et les modes actuel de fonctionnement de la FEMUSCABU. Par exemple, lorsque le point 11 demande que chaque mutuelle soit conventionnée avec tous les centres de santé du district de son ressort, il est bon d'harmoniser avec cette disposition du schéma.

Selon le SEP/CNPS, l'état Burundais a opté pour une extension progressive de la couverture de la protection sociale. Celle-ci aura deux branches à savoir : la protection sociale contributive (assurance sociale) et la protection sociale non contributive (assistance sociale). Une étude sur le financement de la santé a été réalisée en 2014 et les résultats doivent être validés pour tracer la feuille de route de l'AMU. Rien n'est encore arrêté quant au contenu de cette AMU.

Tout va se jouer dans l'actualisation de l'étude qui a été réalisée, mais n'a pas encore été validée. Selon le SEP/CNPS, si les mutuelles de santé communautaires veulent occuper une place importante dans

cette assurance, il faut qu'elles se mettent au sérieux notamment avoir une bonne gouvernance, des effectifs significatifs, etc., il faut qu'elles soient vendables...

Sur ce plan, le SEP-PNPS a relevé quelques forces des mutuelles qui sont à renforcer et qui sont :

- L'inter-mutualité qui permet aux mutualistes de se soigner partout où ils iront sur le territoire national ;
- Au niveau de la gestion, les mutuelles ont commencé à harmoniser la gestion et les outils de gestion (logiciel de gestion, harmonisation de l'année mutualiste, harmonisation des cotisations, etc.) ;
- Le travail en synergie (fédérer les mutuelles).

→ Sur base des évaluations conduites chaque année, quelques défis ont été notés notamment :

- Les mutuelles à la base ne sont pas promptes à communiquer les informations les concernant (par exemples sur leurs effectifs) et renvoient toujours la question à la structure faîtière (union ou fédération) ; ce qui peut être interprété comme une volonté de dissimuler des informations ou une incapacité de gestion ;
- Les mutuelles dépendent de l'aide, ce qui n'est pas mauvais en soi, mais elles doivent chercher à conserver leur indépendance et autonomie, car l'aide peut cesser à tout moment et mettre la mutuelle en difficultés ;
- Le faible taux de pénétration, à peine 1% de la population. Comme stratégie pour améliorer ce taux, il faut travailler à ce que les mutuelles ne se rencontrent pas dans la même zone d'intervention, étant donné qu'elles ont des effectifs faibles, ce qui leur reviendrait cher. Encourager plutôt les regroupements de mutuelles en vue d'augmenter les effectifs.
- Les mutuelles doivent également améliorer la qualité des services, éviter les arriérés de paiement à l'égard des formations sanitaires, car cela peut entamer leur crédibilité.



Photo de famille équipe des évaluateurs et les membres de la FEMUSCABU Rencontre avec l'équipe FEMUSCABU



Groupe de travail avec quelques membres de l'Union du Grand Nord

4.3.1.2 Bilan de la mise en œuvre du programme DGD PAMUSAB

→ **Bilan de la mise en œuvre des changements prévus du programme DGD**

PAMUSAB a identifié Neufs (9) marqueurs qui lui permettent d'apprécier les changements qu'il veut attendre dans cadre de la mise en œuvre de son programme. Si l'on examine le niveau atteint par la mise en œuvre au regard des critères fixés dans l'étalonnage, à l'an 3 de la mise en œuvre (2019), le programme est un niveau moyen de réalisation, sinon un peu plus de la moyenne. En effet, nous avons enregistré sur les neuf (9) marqueurs quatre (4) qui ont atteint le niveau moyen et deux sont à niveau élevés ([Voir annexe](#)).

→ **Stratégies utilisées et efficacité de ces stratégies**

Pour chaque marqueur, une stratégie a été adopté afin d'atteindre les changements souhaités. Nous avons tenté à travers le tableau ci-après d'apprécier l'efficacité des stratégies qui ont été utilisées. De façon générale les stratégies utilisées sont efficaces (5/9).



Rencontre avec l'équipe PAMUSAB



Photo de famille des évaluateurs avec l'équipe PAMUSAB

Tableau N°6 : Efficacité des stratégies adoptés par PAMUSAB

Marqueurs	Stratégies	Difficultés	Appréciation de l'efficacité par les consultants
Les acteurs membres de la PAMUSAB harmonisent les approches/procédures/outils de gestion des mutuelles qu'ils accompagnent ;	Renforcer les synergies entre acteurs membres de la PAMUSAB	Le personnel soignant n'utilise pas parfois les outils harmonisés - Un consensus pour la mise en place des mutuelles par commune et unions de districts n'est pas encore obtenu - un atelier de réflexion pour la mise en place du médecin conseil unique n'a pas encore eu lieu) Harmonisation des cotisations a entraîné sur le terrain des problèmes d'effectif	Efficacité de la stratégie d'harmonisation mis en place limitée au vu des résultats atteints. Harmoniser oui, mais fallait bien réfléchir sur le « comment »
Les mutuelles de santé communales sont structurées en une union au niveau du district sanitaire qui rassemble les mutuelles de tous les acteurs et en une Fédération Nationale ;	Mettre en place des faitières des mutuelles de santé aux différents niveaux (commune, districts sanitaires, nationale	Les unions de districts n'ont pas pu être mises en place pour avoir la même structuration que la pyramide sanitaire au Burundi. On pense Inverser l'ordre de structuration des faitières et commencer par le haut vers le bas (confédération nationale qui conventionnerait avec l'Etat une fois l'AMU mise en place) et continuer à mettre en place les UDS	Efficacité de la stratégie limitée, risque de manque d'appropriation. Il faut bien réfléchir avec toutes les parties prenantes pour trouver la démarche appropriée.
Les unions et la Fédération Nationale développent et utilisent un système de gestion professionnelle et informatisé ;	Professionnaliser les mutuelles	Logiciels mis en place non utilisé par manque de ressources.	Stratégie pouvait être bonne, mais les moyens ont été mal évalués. Il fallait savoir si les mutuelles allaient mis en réseau ou non, comment utiliser le logiciel avec quel personnel. Selon le partenaire, il semble que tout cela était difficile à savoir lors de l'élaboration. Le projet a été construit de façon participative et c'est lors de la mise en œuvre que certaines difficultés sont apparues.
La PAMUSAB influence les décisions politiques en PS et santé dont la mise en place d'une AMU portée par les mutuelles de santé	Mener des actions de plaidoyer et de lobbying pour influencer les politiques de protection sociale et de santé, la qualité des soins de santé pour une AMU au Burundi	L'évolution du contexte politique montre qu'il faut construire des relations fortes avec le Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA	Au vu des résultats, on peut dire que la stratégie est efficace. Cependant, avec le contexte qui évolue, il faut des actions complémentaires pour atteindre les résultats attendus.

<p>La PAMUSAB accompagne ses acteurs membres qui développent un système d'inter mutualité qui permet d'accéder aux soins de santé dans une gamme plus étendue de formations sanitaires en attendant la mise en place effective de la Fédération Nationale ;</p>	<p>Renforcer les synergies entre acteurs membres de la PAMUSAB</p>	<p>Plusieurs difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les mutualistes ont tendances à migrer vers les FOSA les plus chers (disponibilités des médicaments et qualité des services) - Difficulté de remboursement entre acteur en cas de déficit d'une mutuelle (pas de fonds de garanti pour appuyer les mutuelles en cas de déficit) - Difficulté dans le contrôle des prestations des soins liées à l'inter mutualité et un long circuit de remboursement entre acteur ; - Déficits et retards sur les paiements de prestations de soins des FOSA ; 	<p>Au regard de toutes les difficultés occasionnées, on peut affirmer que la stratégie a une efficacité très limitée. Il faut peut-être limiter l'inter mutualité comme le préconise la pyramide nationale. Mais là également, il y a difficulté de mettre en place les mutuelles de districts.</p>
<p>La PAMUSAB et ses membres mettent en œuvre de nouvelles pratiques qui témoignent de la plus-value apportée par des ateliers thématiques et formations certifiantes menées ;</p>	<p>Renforcer les capacités organisationnelles et institutionnelles de la PAMUSAB</p>	<p>Toutes les formations n'ont pas pu être assurées.</p>	<p>La stratégie est efficace. Il faut revoir le budget.</p>
<p>La PAMUSAB améliore sa notoriété en étant consultée comme centre de référence et d'information en matière d'assurance maladie et de protection sociale ;</p>	<p>Faire évoluer la PAMUSAB en un centre d'expertise</p>	<p>Le pool de formateurs n'a pas été mis en place</p>	<p>La stratégie est efficace. Il faut revoir le budget.</p>
<p>La PAMUSAB mène des actions de plaidoyer en synergie avec les plateformes régionales de Protection Sociale en santé dont elle est devenue membre ;</p>	<p>Développer des synergies entre la PAMUSAB et les plateformes régionales de PS et de santé</p>	<p>RAS</p>	<p>La stratégie est efficace avec de nombreux résultats acquis. Il faut revoir le budget.</p>
<p>Le plaidoyer des mutuelles de santé améliore la qualité de l'offre de soins et des services de santé.</p>	<p>Mener des actions de plaidoyer et de lobbying pour influencer les politiques de protection sociale et de santé, la qualité des soins de santé pour une AMU au</p>	<p>RAS</p>	<p>La stratégie est efficace. Il faut revoir le budget.</p>

Pour la PAMUSAB, les stratégies sont bien efficaces et sont adaptées pour réaliser les changements prévus. Pour la PAMUSAB, il suffit de revoir certaines activités qui ont été mises en œuvre pour mieux adapter. Pour les consultants et au regard des difficultés rencontrées pour matérialiser certains changements et les résultats atteints, ils trouvent que l'efficacité de certaines stratégies sont limitées et que certaines approches de mise en œuvre peuvent poser des problèmes d'appropriation. L'idée de l'inter mutualité est bonne mais la manière dont elle est mise en œuvre aujourd'hui pose d'énormes difficultés : tendance à l'augmentation des frais de prestations de soins en allant vers les FOSA conventionnées qui coutent les plus chères ; difficultés de contrôles des coûts de prestation des soins, fraudes aussi bien au niveau des mutualistes que des FOSA, déficits, difficultés de remboursement et de paiement des FOSA etc. Quand on prend l'idée de la création de mutuelles communales, elle n'a pas encore abouti. Les acteurs n'ont pas pu s'accorder sur la démarche pour y arriver. Donc au lieu de fédérer les efforts, on se retrouve dans des situations de concurrence comme les acteurs l'on relevé sur terrain. L'harmonisation des outils, des cotisations etc. a généré des difficultés dont des problèmes d'effectifs. Comment créer une confédération par le haut ? Est-ce que cela va permettre l'appropriation des membres ? Sur ces quatre stratégies, il y a de notre point de vue une revue de la démarche à opérer.

→ **Adéquation des moyens utilisés**

Au niveau de l'adéquation des moyens, on se rend compte, que beaucoup de stratégies ont été handicapées par les moyens mis à la disposition du programme. C'est le cas du système de gestion professionnalisé et informatisé, de la plus-value apportée aux ateliers thématiques, avec les actions de plaidoyers en synergie avec les plateformes régionales de protection sociale etc. (confère tableau). Lors de la conception du programme, il est probable que les budgets n'ont pas été bien estimés ou il y a eu des réductions budgétaires qui ont affecté la mise en œuvre.

→ **Acteurs et facteurs qui ont contribué à la réalisation et besoins en expertise**

Divers acteurs ont contribué à la mise en œuvre :

- Les acteurs promoteurs des mutuelles de santé comme ADISCO, UCODE, FVS, MUNASA, MEMISA ;
- Les cadres du secrétariat exécutifs de la PAMUSAB ;
- Les conseillers de la PAMUSAB et consultants ;
- Le Club de journalistes.

Les consultants se demandent pourquoi, les grands acteurs mutualistes comme la FEMUSCABU ne figurent pas dans la Plate -forme, même comme Représentant des mutuelles. Cela nous semble être une anomalie de parler des mutuelles sans les intéressés eux-mêmes. C'est comme si les promoteurs décidaient de ce qu'il faut harmoniser et les mutuelles ont le devoir d'appliquer. Il est probable qu'une meilleure implication des acteurs mutualistes aurait permis d'affiner les stratégies de la PAMUSAB.

Pour finaliser le programme, il faut renforcer les capacités dans la mise en œuvre. Quelques points nous semblent essentiels et qui sont :

- Outiller les cadres du SE pour la recherche de financements additifs,
- Renforcer les capacités du personnel de la PAMUSAB en plaidoyer de haut niveau ;
- Retravailler le logiciel de la PAMUSAB pour l'extension de ses fonctions (travail hors connexion, gestion de l'inter mutualité, connexion à une application mobile pour faciliter les enregistrements et collecte des cotisations),
- Renforcer les capacités informatiques des mutuelles et les capacités de gestion des risques.

4.3.1.3 Bilan de la mise en œuvre du programme d'appui DGD au volet mutualiste via la FEMUSCABU

→ Bilan de la mise en œuvre des changements prévus

En se référant à la feuille de suivi des incidences, on se rend compte qu'au regard des critères de l'étalonnage, le programme est à un niveau moyen dans sa mise en œuvre. Sur sept (7) marqueurs, quatre (4) sont à un niveau moyen.

→ Stratégies utilisées et efficacité de ces stratégies

On voit par exemple dans le marqueur 1 que ce qui devait être réalisé en priorité pour l'intégration des valeurs de l'ECOSOC notamment la revue des textes n'a pas été effectivement fait si bien que l'action doit être reprise. Il fallait intégrer les principes dans les textes et ensuite veiller à leurs applications. Pour nous la stratégie n'a pas été mise en œuvre.

Pour le renforcement de l'autonomie, nous estimons que la stratégie de viabilisation financière n'a pas été efficace au regard des résultats qui ont été acquis. Les cotisations ne couvrent pas les prestations de soins, les AGR n'ont pas générés les revenus escomptés etc. On ne peut donc pas dire que cette stratégie a été efficace.

En ce qui concerne la professionnalisation des mutuelles, le logiciel qui a été développé, même s'il est testé par FEMUSCABU, faute de moyens suffisants, reste encore sous utilisé. Beaucoup d'efforts doivent être entrepris (voir tableau) pour atteindre cette professionnalisation (gestion informatisée, structuration à revoir, renforcer l'inter mutualité etc.).

Sur le plaidoyer, on constate que FEMUSCABU voit la nécessité de prendre le lead sur certaines thématiques et insiste sur la qualité et le coût des médicaments. La stratégie ne semble pas avoir atteint les objectifs escomptés. Logiquement, il est bon que les acteurs eux même porte certains sujets de plaidoyers et non PAMUSAB et qu'ils soient étroitement associé à certains débats sur des questions les concernant. Les consultants n'ont pas compris pourquoi les organisations de mutuelles ne sont pas présentes dans la PAMUSAB.

Sur la stratégie de conduire des actions de plaidoyer pour une AMU qui intègre les MS communautaires, on constate que plusieurs actions ont été prises qui n'ont pas produits les résultats escomptés. Un travail de réflexion est prévu pour ajuster la stratégie.

Ce programme donne l'impression qu'il n'était pas suffisamment approfondi en termes d'actions et de stratégies. Il a été aussi affecté par le fait que l'assistance technique n'a pas été stable. Nous notons aussi qu'il est nécessaire de veiller à une cohérence et corrélation entre ce qui est réalisé dans la PAMUSAB et ce qui est entrepris dans la FEMUSCABU.

→ Adéquation des moyens utilisés

Très peu de stratégies semblent avoir manqué de moyens. Mais de façon générale, on voit que les cotisations mobilisées ne lui ont pas permis de faire face à toutes ses charges de fonctionnement et de prestation de soins de santé des membres. Une réflexion soit être entrepris sur la question pour voir les pistes de solutions à mettre en œuvre.

→ Acteurs et facteurs qui ont contribué à la réalisation des changements

Sauf si nous n'avons pas compris la question d'acteurs ayant contribué aux changements, on se demande pourquoi la FEMUSCABU elle-même n'a pas mis dans ses présentations faites à nous dans le cadre de cette analyse qu'elle n'a pas contribué au changement. Pourtant elle a été un acteur important de la mise en œuvre de son programme et des changements que cela a occasionné.

4.3.1.4 Propositions et recommandations sur le volet mutualiste ADISCO/FEMUSCABU/PAMUSAB

→ Sur le plan institutionnel et de la structuration

- ❖ Rompre avec la monotonie et renouer avec la réflexion et l'innovation dans les organisations mutualistes. Il s'agit de :
 - Organiser des ateliers sur les problématiques des mutuelles au sein des unions de mutuelles : comme l'inter mutualité, comment être plus efficace et opérationnel ? Le contrôle de la qualité des soins et la question du médecin conseil etc. Quel mécanisme de gestion mettre en place pour la gestion des déficits ? L'ancrage à la base, comment l'organiser et le renforcer ? etc.
 - Inciter après les ateliers à la mise en place de petits groupes de recherche action et d'innovations sur les idées de solutions qui ont été trouvées au cours des ateliers, suivre le travail des groupes pour la recherche et l'expérimentation ; appuyer la capitalisation et la diffusion des résultats dans les organisations mutualistes.
- ❖ Après avoir fait un diagnostic avec l'outil scan et élaboré un plan de renforcement des capacités, il serait bon d'utiliser cet outil comme moyen de formation et pour l'évaluation annuelle des plans de renforcement des capacités sur le plan organisationnel, technique et sur le plan de la gestion financière et comptable. A l'issue des scans, de petites formations peuvent être données aux unions de mutuelles et aux mutuelles sur des questions où il y a des difficultés évidentes : formation en gestion de certains leaders, contrôles de caisse, rapprochement des soldes, codes comptables et utilisation pour des prises de décision, élaboration de budgets et de plans de trésoreries etc.
- ❖ Renouveler les organes des organisations mutualistes et préciser avec les unions et les mutuelles, les rôles de chaque niveau. Procéder lors des renouvellements des organes à une séparation nette entre les CA et les comités de surveillance. Au cours des renouvellements, donner une attention au quota genre et veiller à ce que chaque niveau ait ses documents de base (agrément, statut, règlement intérieur, manuel de procédures etc.). Ce travail de précisions de chaque niveau peut figurer dans un atelier de réflexion qui permettra une bonne appropriation des propositions qui seront faites. Cependant, une réunion avec toutes les parties et un bon suivi pourrait déboucher sur des résultats attendus ;
- ❖ Echanger des expériences : bien que les expériences de FEMUSCABU en matière de mutualité ne soit pas négligeable, les échanges d'expériences sur les sujets sur lesquels la fédération et les unions ont des difficultés peuvent faire l'objet d'échanges d'expériences avec d'autres mutualités africaines. Des échanges d'expériences sur l'inter mutualité peuvent être par exemple utiles pour la FEMUSCABU et ses unions.

→ En matière d'autonomisation de la FEMUSCABU

- ❖ Rediscuter le plan d'autonomisation avec les membres de la FEMUSCABU au niveau des unions et des mutuelles et faire un calendrier détaillé pour sa mise en œuvre et pour 2022. Cette discussion favorisera une meilleure appropriation par les membres. A notre avis, il faut abandonner l'idée de prise de participation dans les organes de la FEMUSCABU. Mais plutôt travailler sur les mécanismes de collaboration et au besoin d'accompagnement à mettre en place à cette étape pour que l'organisation soit plus performante ;
- ❖ Amplifier les sensibilisations, renforcer l'idée et la compréhension de l'ancrage à la base. A ce niveau, les unions de district peuvent informer et sensibiliser les chefs des collines et les administrateurs pour qu'ils facilitent la mobilisation sociale dans toutes les régions. La sensibilisation pourra être renforcée et portée plus loin en responsabilisant dans les collines, des animateurs endogènes qui seront appuyés par des animateurs des unions pour suivre ceux qui

sont sensibilisés. Il faut des moyens pour faire une sensibilisation de proximité, suivre les personnes sensibilisées, fidéliser les anciens et récupérer les démissionnaires. Le message doit être porté aussi auprès des personnes qui paient les cotisations pour leurs parents. Des spots publicitaires peuvent jouer un grand rôle sur ce plan.

- ❖ Renforcer la synergie avec les initiatives d'économie sociale et solidaire et plus particulièrement avec les coopératives et les initiatives entrepreneuriales qui existent. On pourrait relancer l'idée de soutenir des initiatives génératrices de revenus pour des personnes (micro entrepreneurs ruraux) qui pourraient adhérer aux mutuelles. Mais bien veiller, à ce que ce soient des porteurs d'initiatives qui existent déjà, qui ont leurs capitaux et qui mènent des initiatives. Le coup de pouce d'ADISCO pourrait leur permettre de rentabiliser leurs actions et donc d'avoir les ressources pour être mutualiste. Dans le dispositif, FEMUSCABU participe à l'identification des initiatives et suit l'accompagnement des initiatives qui est assurée par ADISCO. Il faut un bon suivi et éviter que l'appui aux micro entreprises rurales soit considéré comme un don (Micro entreprise : chiffre d'affaire 5000 dollars avec 2 salariés). Il faut noter que ce travail doit aller aussi avec la véritable sensibilisation des entrepreneurs. (Marketing social).

→ Sur le plan de la professionnalisation

- ❖ Il y a eu l'introduction de l'outil informatique au niveau des unions, mais il faut continuer pour la maîtrise de l'outil informatique. Par exemple renforcer la formation sur les logiciels de base comme Excel, Word. Les efforts pour l'utilisation du logiciel harmonisé de gestion qui a été validée en novembre 2018 doivent être poursuivis ((formation des utilisateurs, encodage etc..) et encourager les unions à utiliser le logiciel pour une analyse efficiente des risques ;
- ❖ Equipement en petit matériels de sensibilisation et de mobilisation sociale : il faut mieux outiller les mutuelles pour faire la mobilisation sociale, surtout suivre les personnes sensibilisées et même poursuivre la sensibilisation avec des membres qui démissionnent.
- ❖ Veiller selon le plan d'ADISCO a un transfert progressif des compétences à la FEMUSCABU d'ici 2022. L'idée de transférer des agents ADISCO comme travailleurs de FEMUSCABU est une bonne idée. Mais on devra veiller à ce que FEMUSCABU garde bien la direction politique de l'organisation.

→ En matière de mise à l'échelle

- ❖ Pour permettre la mise à l'échelle, il serait utile d'accélérer l'ancrage à la base de la FEMUSCABU. Cet ancrage permettra aux mutuelles de consolider leurs bases dans les zones où elles interviennent déjà ;
- ❖ Il serait important de réfléchir sur comment la FEMUSCABU pourrait s'organiser et s'adapter au schéma AMU du Burundi proposé à l'Etat par la PAMUSAB. On voit que dans ce schéma, l'Etat serait un acteur majeur à côté des communes et des mutuelles qui vont jouer un rôle non moins négligeable. En dehors du schéma, il faudrait tenir compte des propositions validées de l'étude sur le financement de la santé et la feuille de route de l'AMU qui sera adopté à l'issue de la validation des résultats de l'étude.

→ Sur la qualité des soins, la mobilisation sociale et le plaidoyer

- ❖ Il faut un meilleur contrôle de la qualité des soins et des factures émises par les formations sanitaires, le modèle de l'UCODE nous semble intéressant. Il y a un (1) spécialiste de la médecine qui est permanent et qui contrôle au quotidien la qualité des factures émises et la qualité des prestations des services de santé. Il contrôle et donne son accord avant tout paiement. En fin d'année, un (1) médecin conseil examine l'ensemble des factures, fait une descente sur terrain, fait des constats et organise une réunion de concertation avec les FOSA et les dirigeants des mutuelles. Ce dispositif évite la surconsommation et instaure une concertation régulière avec les FOSA.

- ❖ Mettre en place un mécanisme de gestion rapide des plaintes et procéder au paiement rapide des FOSA :
- ❖ Il faut de temps en temps organiser des audits des comptes comme moyen d'apprentissage et de lutte contre la fraude ;
 - [Renforcer la sensibilisation, la mobilisation sociale et le plaidoyer :](#)
- ❖ PAMUSAB doit poursuivre le plaidoyer pour que l'Etat déclare la CAM comme outil pour les plus vulnérables et que les administrations locales soient instruites pour diffuser l'information et la faire comprendre aux populations ;
- ❖ Doter FEMUSCABU d'un plan de mobilisation sociale, renforcer les capacités des leaders dans la sensibilisation et disposer des outils de communication adaptés au contexte actuel. Des idées proposées par les mutualistes sont de faire des sensibilisations porte à porte dans les collines, passer des informations dans les églises, utiliser les médias et relancer les mutualistes qui ont cessé de cotiser, témoignages lors des émissions et des réunions ;
- ❖ Approcher d'autres mutuelles pour apprendre.
 - [Pour la mise en œuvre des programmes PAMUSAB et FEMUSCABU](#)
- ❖ Il serait important de repenser pour la suite du programme de PAMUSAB et de la FEMUSCABU les stratégies qui n'ont pas été efficaces et renforcer certaines stratégies par des moyens additionnels au besoin.

4.3.1.5 Plan d'action pour le Burundi et pour le volet mutualiste ADISCO/PAMUSAB/FEMUSCABU

Contexte du Burundi

Facteurs à valoriser (par ordre d'importance) :	Recommandations	Stratégies/Commentaires
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Burundi s'est doté d'une politique de protection sociale en 2011 ; 2. Existence de lois supranationales et nationales encadrant la protection sociale au Burundi ; 3. Au plan institutionnel, création 2012 de la Commission Nationale de protection sociale (CNPS) qui a pour mission la promotion et la régulation des programmes de la Politique nationale de protection sociale ; la Commission est techniquement appuyée par un Secrétariat exécutif permanent (SEP/CNPS) ; 4. Volonté des pouvoirs publics d'utiliser les mutuelles de santé comme stratégie d'extension de la CSU au Burundi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entreprendre des actions de renforcement de la législation sur la protection sociale et la mutualité sociale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participer à des rencontres avec les autorités en charge de la protection sociale et de la mutualité pour renforcer l'idée de consolider la législation ; Valoriser la collaboration entre les structures mutualistes via la PAMUSAB et les autorités de la place via le SEP/CNPS ; 2. Réaliser des plaidoyers à travers l'action des structures d'appui (PAMUSAB) et les mutuelles de santé ; 3. Renforcer la volonté d'utiliser les mutuelles à travers la collaboration entre les structures mutualistes via la PAMUSAB et les autorités de la place via le SEP/CNPS;
Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. La CAM coute moins cher que la cotisation des mutuelles de santé. Elle coute 3000 FIB alors que la mutuelle de santé revient à 22500 FIB pour des services identiques; 2. Le couple cotisation/prestation est en déséquilibre permanent, ce qui entraine le retard dans le paiement des factures des soins et entame la confiance entre les mutuelles et les structures sanitaires qui n'accueillent pas bien les membres des mutuelles de santé; 3. Apparition récente des assureurs privés qui portent le label mutuel de santé mais ne s'intéressent qu'aux ménages solvables laissant les mutuelles de santé communautaires sans possibilité d'attirer à son sein les ménages avec un revenu stable ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plaider auprès des autorités publiques pour une catégorisation de la population burundaise afin de déterminer les véritables bénéficiaires de la CAM ; 2. Réaliser périodiquement des études de faisabilité pour ajuster le couple cotisation/prestations ; 3. Développer des AGR en vue de renflouer les fonds propres de la mutuelle de santé ; 4. Plaider auprès des pouvoirs publics pour un contrôle du respect de la réglementation en matière de mutualité sociale et d'assurance privée ; 5. Entreprendre des actions en justice à l'encontre des assureurs privés indécents ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plaidoyer à réaliser par PAMUSAB au plan national (PAMUSAB va bientôt entreprendre l'étude sur la catégorisation qui apportera des précisions sur les différents groupes cibles de la protection sociale). En outre, il y a une concertation entre les promoteurs des mutuelles de la santé au sein de la PAMUSAB et harmonisation sur diverses questions de la mutualité; 2. Réalisation d'études de faisabilité 3. Action individuelle ou collective à mener par les acteurs mutualistes ; 4. Plaidoyer à réaliser par PAMUSAB

<p>4. Les mutuelles de santé ne développent pas une politique adaptée de gestion des plaintes des membres et des structures sanitaires, ce qui met en mal le partenariat entre les mutuelles et les structures sanitaires et n'augmente en rien la fierté d'appartenir aux mutuelles de santé ;</p> <p>5. La persistance d'une certaine concurrence entre acteurs promoteurs des mutuelles de santé.</p> <p>6. L'adhésion volontaire empêche d'atteindre un seuil acceptable de viabilité des mutuelles de santé au niveau du taux de pénétration, mais aussi de l'équilibre du couple cotisation/prestation ;</p> <p>7. La gratuite de prise en charge des enfants de moins de 5 ans et les accouchements qui peinent à être acceptés dans les structures sanitaires privées et confessionnelles mais dont les membres des mutuelles de santé ont besoins sans que la mutuelle de santé ne puissent les assurer. Les membres sont obligés par nécessité de les soigner à leur compte, ce qui ne rend pas les mutuelles attrayantes pour les personnes en âge de procréation,</p> <p>8. Les fraudes sont encore possibles, ce qui ne peut stimuler l'adhésion des personnes qui savent qu'elles peuvent accéder aux soins par la fraude.</p>	<p>6. Développer des cadres de concertation périodiques avec les prestataires de soins ;</p> <p>7. Mettre en place au sein de la mutuelle de santé un mécanisme de gestion quotidienne des plaintes ;</p> <p>8. Développer des synergies d'actions entre acteurs mutualistes en vue d'harmoniser les interventions sur le terrain ;</p> <p>9. Entreprendre des actions de plaidoyers en vue de faire adopter une législation favorable à l'extension de l'adhésion obligatoire aux mutuelles de santé ;</p> <p>10. Plaider auprès des autorités publiques pour une meilleure pratique de la gratuité des soins, notamment pour le remboursement dans les délais des formations sanitaires ayant appliqué la mesure ;</p> <p>11. Mettre en place un système de contrôle interne de la gestion financière et des factures de prestation de soins.</p>	<p>5. Dans la concertation périodique avec les prestataires de soins, il s'agit de rencontres réunissant d'une part les dirigeants mutualistes et d'autre part les responsables des FOSA conventionnées au cours desquelles les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la convention de soins peuvent être discutées en vue de trouver des solutions satisfaisantes pour toutes les parties ;</p> <p>6. Pour le mécanisme de gestion quotidienne des plaintes, il doit s'agir d'un mécanisme au sein de la mutuelle qui doit être déclenché à tout moment dès qu'une plainte est émise. Par exemple, un numéro d'appel de la mutuelle peut être communiqué aux adhérents et aux prestataires de soins qui peuvent l'appeler à tout moment en cas de besoin ;</p> <p>7. Actions de plaidoyer par les structures d'appui aux mutuelles de santé (PAMUSAB) et les mutuelles de santé elles-mêmes.</p> <p>8. Système de UCODE à valoriser (avec un médecin conseil, des enquêtes et concertations avec les FOSA)</p>
--	---	--

FEMUSCABU/PAMUSAB/ADISCO

Thèmes	Constats	Recommandations	Stratégies/Commentaires
	<p>Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)</p> <p>1. Le partenariat entre FEMUSCABU et ADISCO se porte bien, même si nous notons un besoin d'une plus grande autonomie de la part des membres de FEMUSCABU ;</p> <p>2. Le partenariat avec les formations sanitaires est formalisé par des conventions d'octroi de soins et bien</p>	<p>- Renforcer le partenariat avec ADISCO mais dans une perspective d'autonomisation de FEMUSCABU ;</p> <p>- Renforcer le partenariat avec les FOSA conventionnées avec les mutuelles de la FEMUSCABU ;</p>	<p>- Il faut vulgariser le plan d'autonomisation de FEMUSCABU en le rediscutant et en revoyant le calendrier pour le rendre réaliste ;</p>

Partenariat (FEMUSCABU /PAMUSAB/ADISCO, prestataires de soins)	apprécié, malgré quelques retards de paiement et la présence de déficits ; 3. Le partenariat Solsoc, PAMUSAB, ADISCO et FEMUSCABU se déroule bien et est bien apprécié car basé sur la méthode de la cartographie des incidences ; 4. Il existe un bon partenariat entre le SEP/CNPS et la PAMUSAB.	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le partenariat entre les parties prenantes dans une perspective d'autonomisation des structures mutualistes ; - Renforcer le partenariat avec le SEP/CNPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurer des concertations thématiques en fonction des problématiques rencontrés - Appuyer la mise en œuvre du plan d'autonomisation de FEMUSCABU
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)	1. Retards de paiement des factures des FOSA conventionnées et/ou déficits 2. Partenariat difficile sur le terrain, concurrences entre mutuelles de différentes familles	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le partenariat avec les FOSA conventionnées avec les mutuelles de la FEMUSCABU ; - Renforcer la concertation entre acteurs mutualistes en vue d'harmoniser les interventions sur le terrain.
Capacités institutionnelles/ liens avec les cellules techniques ou assistant techniques/Autonomie de FEMUSCABU	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	1. Existence d'un plan d'autonomisation de la FEMUSCABU ; 2. Mise en œuvre du processus d'encrage à la base ; 3. Respect du quota genre qui est de 30% de représentation des femmes dans les organes de la fédération.	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mise en œuvre du plan d'autonomisation de la FEMUSCABU ; - Amplifier les sensibilisations et renforcer la compréhension de l'ancrage à la base : - Veiller à l'application de la règle dans les structures de base. 	<ul style="list-style-type: none"> - Echanger sur le contenu du plan, adopter un calendrier réaliste et mettre en œuvre ; - Mobiliser plus de ressources (financières, humaines, etc.) pour la mobilisation sociale - Sensibilisation à faire par les dirigeants de la FEMUSCABU, appuyée par les structures d'appui.
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)	1. Volonté de prise de participations d'ADISCO dans les organes des mutuelles FEMUSCABU 2. Le non renouvellement des organes de certaines unions membres de la FEMUSCABU	<ul style="list-style-type: none"> - Renoncer à cette entreprise qui est contraire à l'esprit d'autonomie de ADISCO et pour ne pas influencer la FEMUSCABU dans son cheminement vers son autonomie ; - Veiller au renouvellement des organes des unions qui n'avaient pas pu le faire à cause

	<ol style="list-style-type: none"> 3. La faiblesse dans le contrôle interne et dans le contrôle des factures des prestations de soins. 4. L'attentisme des membres par rapport à la recherche de solutions aux grands défis (problème du déficit par exemple) ; 5. Les comités de surveillance ne connaissent pas bien leurs rôles et ont tendance à croire qu'ils dépendent des CA 6. Les organisations mutualistes ne sont pas en général soumises à des audits, des cas de gestion d'AGR n'ont pas été audités ; 7. La tendance des mutuelles à la base à se déresponsabiliser de la gestion des informations les concernant. 	<p>du contexte socio-politique défavorable à l'époque ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités des membres des comités de surveillance des mutuelles, des gérants et dirigeants des unions de mutuelles membres de la FEMUSCABU ; - Relancer la réflexion et l'innovation dans les organisations mutualistes ; échanger des expériences - Permettre aux comités de surveillance de bien s'approprier des textes de base - Initier de temps à autre des audits des comptes des organisations mutualistes - Décentraliser certaines fonctions comme le contrôle de la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de formations, mobilisation de ressources financières, appui technique des partenaires techniques ; Utiliser l'outil SCAN pour évaluer les progrès réalisés ; - Organiser des ateliers de réflexion, recourir à des actions de recherche-action, après les ateliers etc., visites d'échanges) - Chaque union devrait disposer de ses textes mis à la disposition des membres ; - Prévision dans les budgets.
<p>Professionnalisation /Compétences /Méthode de travail (y inclus la sensibilisation</p>	<p>Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)</p>		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un logiciel de gestion a été développé par PAMUSAB et est déjà utilisé par FEMUSCABU et d'autres acteurs ; 2. Harmonisation des outils de gestion par PAMUSAB 3. Existence de programmes de sensibilisation 4. Existence d'un processus de transfert du personnel progressif du personnel d'appui vers FEMUSCABU 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibiliser le logiciel au niveau des autres membres de FEMUSCABU et former les gérants à son utilisation. - Renforcer les capacités des gérants sur la maîtrise des outils de gestion. - Doter les mutuelles de petits équipements de sensibilisation - Veiller à ce que FEMUSCABU garde la direction politique de l'organisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisition du logiciel, Formations de gérants, Mobiliser davantage de ressources. - Organiser des formations des gérant ; - ADISCO doit veiller doit suivre les modes de fonctionnement des agents affectés
	<p>Facteurs limitants (par ordre de priorité)</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> 1- Faibles capacités de contrôle interne (Résultats SCAN) ; 2- Faible maîtrise de l'outil informatique surtout les logiciels de base ; 3- Faible taux de pénétration 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre axe du plan de renforcement notamment aspects contrôle interne, gestion financière ; - Former les responsables des unions sur l'utilisation des logiciels de base ; - Amplifier l'ancrage à la base et la mobilisation sociale, éviter les concurrences entre mutuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Former et faire du coaching des dirigeants - Encourager les regroupements des mutuelles et la concertation entre mutuelles de familles différentes
Mise à l'échelle	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un schéma de promotion des mutuelles au Burundi 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre cohérent le mode de fonctionnement actuel de FEMUSCABU avec le schéma de promotion des mutuelles au Burundi. - Valoriser les avantages des mutuelles afin de les rendre attractives pour la CSU 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de la PAMUSAB - Mettre en avant les bénéfices de l'inter-mutualité, l'harmonisation de la gestion et des outils de gestion, le travail en synergie, l'amélioration des effectifs des mutuelles de santé (il faut avoir de bons plans de mobilisation/marketing social). Il faut renforcer le travail déjà fait par PAMUSAB.
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Faible crédibilité des mutuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Les mutuelles doivent renforcer l'ancrage à la base, améliorer la qualité des services et éviter les arriérés de paiement des FOSA 	
Modèle de la FEMUSCABU (adhésion, cotisations, ticket modérateur, soins et qualité des soins, sensibilisation, mobilisation sociale et plaidoyer)	Facteurs à valoriser (par ordre de priorité)		
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Harmonisation des frais d'adhésion et de cotisation pour toutes les mutuelles membres de la FEMUSCABU ; 2. Instauration de l'inter-mutualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser périodiquement des études de faisabilité pour ajuster le couple cotisation/prestations - Renforcer l'inter-mutualité par un système de contrôle interne des coûts des prestations et des factures, sanctionner les fraudes 	Il faut résoudre le problème des déficits générés par le système
	Facteurs limitants (par ordre de priorité)		
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Baisse des effectifs de la FEMUSCABU pour diverses raisons dont l'influence de la CAM, l'échec des activités 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un plan de mobilisation/marketing sociale ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ce plan, qui doit être fait avec l'appui d'un spécialiste en marketing social,

	<p>génératrices de revenus conduites par les mutualistes, l'impact de l'harmonisation du couple cotisation-prestation opérée par la PAMUSAB, la pauvreté de la population, absence d'une culture de prévoyance.</p> <p>2. Difficultés des gérants des Unions à contrôler les factures des formations sanitaires conventionnées et qui expliquent en partie la cause des déficits.</p>	<p>- Renforcer les capacités des gérants dans le contrôle des factures des prestataires de soins.</p>	<p>devra au préalable faire une analyse des facteurs limitants avant de proposer les stratégies de mobilisation/sensibilisation sociale ;</p> <p>- Former et coacher les équipes</p>
--	--	---	--

4.3.2. EVALUATION DU PROGRAMME MASMUT 2014-2016

Le programme MASMUT a été mis en œuvre entre 2014 et 2016. Un rapport général DGD a fait le point de la mise en œuvre de ce programme. Le rapport dans ses perspectives, a identifié une quinzaine d'axes. Dans les TDR de l'évaluation, il est demandé aux consultants de déterminer les axes qui restent prioritaires pour renforcer les plateformes nationales et leurs membres dans leur travail d'harmonisation des pratiques et de plaidoyer politique. Les échanges avec les membres de la Plateforme au Burundi, on permit d'identifier quelques axes qui restent prioritaires et qui figurent dans les tableaux ci-après :

Tableau N° 7 : Axes pour renforcer PAMUSAB

Axes de travail qui restent prioritaires	Travail qui reste à faire par axe
Mise en place d'un système de gestion adapté aux réalités des mutuelles et à leurs niveaux de structuration qui tient compte de toutes les fonctions (adhésion, cotisation, gestion des risques etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Equiper les mutuelles de santé d'outils informatiques ; - Recruter du personnel compétent pour l'utilisation effective du logiciel ; - Renforcer les compétences en gestion des mutuelles de santé.
Montée en compétence, formation des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Former un noyau de formateurs de la PAMUSAB pour améliorer les performances des mutuelles et élargir à d'autres compétences (Formations sur : Mécanismes d'extension de la protection sociale, la gestion des mutuelles de grandes tailles, la réalisation des études et recherches en protection sociale, la digitalisation des données, la gestion de l'Assurance Maladie et les différents modèles d'organisation de l'AMU).
Transmission des connaissances pour la gestion des mutuelles par le pool d'experts	Organiser des séances de formations pour les thèmes ci-haut cités pour la transmission des connaissances pour la gestion des mutuelles.
Mise en place d'un accompagnement harmonisé à l'instar du volet l'UEMOA	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une confédération nationale de toutes les mutuelles qui conventionnerait avec l'Etat pour la gestion de l'AMU ; - Mettre en place un médecin conseil qui va servir tous les acteurs ; - Mettre en place un fond de garantie ; - Poursuivre la restructuration des MUSA selon le schéma de l'AMU.
Etudes en vue de s'articuler avec les contextes ou les mutuelles ne sont pas soutenues	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser l'étude de faisabilité pour revoir le paquet de service et la cotisation ; - Rechercher des financements pour la deuxième phase du projet

V- Conclusion

Si l'organisation des consultants et la méthodologie utilisée ont permis d'aborder l'essentiel des thématiques de l'évaluation, il faut noter que le champ de l'évaluation était trop vaste au regard des délais consentis.

Quand on regarde tout le travail qui a été réalisé dans la promotion des mutuelles, on peut dire qu'en termes de leçon à tirer que les chantiers de l'autonomisation et de la professionnalisation restent encore à réaliser/renforcer aussi bien en RDC qu'au Burundi. Il faut qu'à terme, nous ayons des structures mutualistes et leurs faitières capables de jouer pleinement leurs rôles dans la couverture sanitaire universelle avec moins d'accompagnement, voire d'encadrement.

De même, nous avons constaté que dans le temps, les approches d'appui des mutuelles avec les AGR n'ont pas marché à cause des démarches utilisées et aussi par manque de coaching, suivi, évaluation et audits. Pour que les AGR puissent jouer un rôle pour faire adhérer les populations aux mutuelles, il faut de la rigueur dans la mise en œuvre, mais aussi que cela soit accompagné par un véritable travail de sensibilisation, de marketing social.

Nous avons aussi noté l'efficacité de l'approche cartographie des incidences que tous les partenaires préfèrent de loin à toutes autres approches (cadre logique, GAR etc.). Dans les trois organisations mutualistes, LONALO, MUSQUAP, FEMUSCABU, l'approche de l'atelier de réflexion avec une partie des principes pédagogiques de Diobass et la démarche du Scan ont été très appréciés. Ces démarches peuvent permettre à ces organisations de ne pas sombrer dans la monotonie et donc peuvent avec ces outils et au quotidien s'adapter et se renouveler.

Annexes

Annexe 1 : les Echantillons

LONALO

Section	Adhérents 2019-2020	Adhérents				Non adhérents			Totaux
		Anciens cotisants	Anciens ne cotisant plus	Nouveaux cotisants	Total	Simple	Tontines	Total	
Mbandaka	160	5	1	3	9	9	0	9	18
Wendji-Secli	62	1	1	1	3	3	0	3	6
Widjifake	65	2	2	2	6	6	9	15	21
TOTAL	287	8	4	6	18	18	9	27	45

5% de l'échantillon pour les adhérents = 18

Un chiffre égal aux adhérents : non adhérents simples= 18

Moitié des non adhérents : 9 pour initiatives tontine

MUSQUAP

	Adhérents					Non adhérents			Totaux	Observations
	Anciens adhérents cotisants	Anciens adhérents ayant cessé de cotiser	Nouveaux Adhérents non cotisants	Nouveaux adhérents	Total adhérents	Simple	Initiatives (tontines et autres)	Total		
Barumbu	10	0	0	0	10	5	5			Collectif 24, Conapac et Cenadep
Lingwala	0	0	3	0,25	3	2	1			
Kinshasa	0	0	0	0	0	0	0			Pas de listes
MASINA	0	0	4	1	5	3	1			IESS : et UCPM
	0	0	4	1	5	3	2			Solution Jeunesse
Kintambo	0	1	0	0	1	1	1			Malashu asbl

Yifmenga Consulting _SIRA-Conseil

Mont-Ngafula	0	0	0	0	0	0	0		Site de Lutendele
Kinkole	0	0	0	0,25	0	0	0		Liste non transmises
N'djili	0	0	0	0	0	0	0		AECMK : les responsables
Total	10	1	10	3	24	14	10	24	48

Choix de 25% des adhérents= 24

Non adhérents= Même nombre qu'adhérents avec une majorité de non adhérents simples= 14

Non adhérents constitués d'initiatives comme les tontines= 10

Union du grand nord (FEMUSCABU)

Effectif de l'organisation 2018-2019	Adhérents				Non adhérent				
	Total (10% adhérents)	Cotisant toujours	Nouveau adhérent	Démissionnaires	Total	Café	Haricot	Mais	
166	17	8	8	1	17	6	6	5	34

Annexe 2 : Dépouillement des fiches d'enquêtes sur les adhérents et non adhérents

1. Pour les cotisants toujours (adhérents fidèles)

→ Quelles sont les raisons qui vous amènent à continuer à rester membre de la mutuelle de santé ?

Quelles sont les raisons qui vous amènent à continuer à rester membre de la mutuelle de santé ?	LONALO (%)		MUSQUAP (%)		FEMUSCABU (Kira) (%)		Résultat global (%)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Bonne organisation de la mutuelle	100%	0%	26,30%	73,70%	87,50%	12,50%	51,60%	48,40%
2. Bonne qualité des services offerts par la mutuelle	100%	0%	52,60%	47,40%	62,50%	37,50%	61,30%	38,70%
3. Transparence dans la gestion de la mutuelle	100%	0%	15,80%	80,20%	37,50%	62,50%	32,30%	67,70%
4. Entente entre les membres	100%	0%	10,50%	89,50%	0%	100%	19,40%	80,60%
5. Solidarité entre les membres	100%	0%	31,60%	68,40%	0%	100%	32,30%	67,70%
6. Bon leadership	100%	0,00%	0%	100%	0%	100,00%	12,90%	87,10%
7. Autre (à préciser)	-	-	-	-	-	-	-	-

2. Pour les nouveaux adhérents

→ Quelles sont les raisons qui ont amené à adhérer à la mutuelle ?

Adhésion à la mutuelle	LONALO (%)		MUSQUAP (%)		FEMUSCABU (Kira) (%)		Résultat global (%)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
→ Par quel canal d'information avez-vous entendu parler de la mutuelle de santé ?								
1. Par un agent de la mutuelle de santé	0,00%		50,00%		28,60%		29,40%	
2. Par un adhérent	25,00%		0,00%		71,40%		35,30%	
3. Par un agent de la structure d'appui à la mutuelle	75,00%		50,00%		0,00%		35,30%	
→ Motivations liées à la protection en générale								
1. Améliorer la santé	100%	0,00%	50,00%	50,00%	100,00%	0,00%	82,40%	17,60%
2. Améliorer la qualité des soins reçus	50,00%	50,00%	16,70%	83,30%	28,60%	71,40%	29,40%	70,60%
3. Ne plus avoir de difficultés financières en cas de maladie	25,00%	75,00%	16,70%	83,30%	28,60%	71,40%	23,50%	76,50%
	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%

Yifmenga Consulting _SIRA-Conseil

4. Ne plus avoir le souci de soins lorsqu'on tombe malade	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
5. Protéger sa famille	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
6. Famille protégée même quand chef de famille est absent	75,00%	25,00%	33,30%	66,70%	28,60%	71,40%	41,20%	58,80%
7. Souvent malade	75,00%	25,00%	33,30%	66,70%	28,60%	71,40%	41,20%	58,80%
8. Ne plus avoir à avancer de l'argent lors de la prise en charge	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
9. Accès à la médecine moderne plus facile	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
10. Bientôt un accouchement ou une hospitalisation								
11. Autres (préciser)								
→ Motivations d'ordre social								
1. Amis dans la mutuelle ou groupement	50,00%	50,00%	33,30%	66,70%	57,10%	42,90%	47,10%	52,90%
2. Volonté d'entraide entre les gens du même village	75,00%	25,00%	33,30%	66,70%	57,10%	42,90%	64,70%	35,30%
3. Volonté de créer une union au sein du village	75,00%	25,00%	16,70%	83,30%	00,00%	100,00%	11,80%	88,20%
4. Volonté de s'insérer dans un projet	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
5. Curiosité suscitée par la sensibilisation, l'information faite	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
6. On y apprend des choses	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
7. Soutien morale des autres mutualistes en cas de maladie	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
8. Confiance en le personnel de l'hôpital	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100%
9. Confiance en le personnel du centre de santé	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100%
10. Confiance en un groupement	50,00%	50,00%	33,30%	66,70%	28,60%	71,40%	35,30%	64,70%
11. Autres (préciser)	-	-	-	-	-	-	-	-
→ Motivations liées à la confiance dans la mutuelle	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	57,10%	42,90%	52,90%	47,10%
1. Bons échos sur la mutuelle	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	57,10%	42,90%	52,90%	47,10%
2. Confiance dans les responsables de la mutuelle	50,00%	50,00%	33,30%	66,70%	28,60%	71,40%	35,30%	64,70%
3. Confiance dans les animateurs de la mutuelle								
4. Confiance dans la bonne situation financière de la mutuelle	50,00%	50,00%	16,70%	83,30%	14,30%	85,70%	23,50%	76,50%
5. Confiance, car fonctionnement démocratique, transparence	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
→ Motivations liées à la cotisation								
1. Montant de la cotisation abordable	100,00%	00,00%	50,00%	50,00%	42,90%	57,10%	58,80%	41,20%
2. Période de cotisation satisfaisante	100,00%	00,00%	50,00%	50,00%	57,10%	42,90%	64,70%	35,30%
3. Modalités de cotisation satisfaisante	50,00%	50,00%	16,70%	83,30%	28,60%	71,40%	29,40%	70,60%
→ Est-ce que la cotisation est à votre portée ?	100,00%	00,00%	83,30%	16,70%	00,00%	100,00%	52,90%	47,10%
	50,00%	50,00%	16,70%	83,30%	100,00%	00,00%	58,80%	41,20%

→ Avez-vous eu déjà des difficultés pour la payer ?								
→ Si oui, comment avez-vous fait pour trouver l'argent nécessaire ?								
1. Emprunt auprès d'un ami, de la famille	50,00%	00,00%	100,00%	80,00%				
2. Vente d'un bien	50,00%	100,00%	0,00%	20,00%				
→ Quelle est votre première source de revenus ?								
1. Agriculture	50,00%	50,00%	71,40%	58,80%				
2. Elevage	00,00%	00,00%	14,30%	5,90%				
3. Commerce	50,00%	00,00%	00,00%	11,80%				
4. Salaire/pension	00,00%	50,00%	14,30%	23,50%				
→ Quelle est votre deuxième source de revenus								
1. Agriculture	50,00%	0,00%	14,30%	17,60%				
2. Elevage	25,00%	16,70%	42,90%	29,40%				
3. Artisanat	00,00%	00,00%	14,30%	5,90%				
4. Commerce	25,00%	00,00%	28,60%	17,60%				
5. Prestations	00,00%	16,70%	00,00%	5,90%				
6. Autre, précisez	00,00%	66,70%	00,00%	23,50%				
→ Quelle est votre troisième source de revenus								
1. Agriculture	00,00%	00,00%	28,60%	11,80%				
2. Elevage	25,00%	00,00%	14,30%	11,80%				
3. Commerce	00,00%	16,70%	57,10%	29,40%				
4. Autre, précisez	75,00%	83,30%	00,00%	47,10%				

Dépouillement pour les non membres (non adhérents)

Adhésion à la mutuelle	LONALO (%)		MUSQUAP (%)		FEMUSCABU (Kira) (%)		Résultat global (%)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
→ Pourquoi n'avez-vous pas adhéré à la mutuelle ?								
1. Je n'ai pas reçu d'informations pertinentes sur la mutuelle	16,70%	83,30%	33,30%	66,70%	71,40%	28,60%	37,70%	62,30%
2. Je ne suis pas intéressé par ce type d'initiative	00,00%	100,00%	4,80%	95,20%	7,10%	92,90%	3,80%	96,20%
3. Je suis membre d'une autre mutuelle	50,00%	50,00%	14,30%	85,70%	7,10%	92,90%	24,50%	75,50%
4. Les services offerts dans les centres de santé conventionnés ne sont pas de qualité suffisante	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%

Yifmenga Consulting _SIRA-Conseil

5. Je n'ai pas les moyens de payer la cotisation	77,80%	22,20%	0,00%	100,00%	14,30%	85,70%	30,20%	69,80%
6. Je ne connais pas bien les dirigeants	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
7. Les dirigeants ne sont pas crédibles	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
8. Je n'ai pas beaucoup confiance	00,00%	100,00%	4,80%	95,20%	00,00%	100,00%	1,90%	98,10%
9. J'ai connu des mauvaises expériences	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
10. J'ai peur qu'on me trompe	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
11. Je n'ai pas assez de moyens	16,70%	83,30%	9,50%	90,50%	0,00%	100,00%	9,40%	90,60%
12. Je n'ai pas de soutien	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%	-	100,00%
13. Autres (précisez)	0,00%	100,00%	33,30%	66,70%	0,00%	100,00%	13,20%	86,80%
Préciser autre (raisons) :								
1. Je suis en voie d'adhérer	0,00 %	100,00%	24,00%	76,00%	0,00%	100,00%	10,00%	90,00%
→ Si vous ne connaissez pas la mutuelle, avez entendu parler d'autres initiatives similaires ?	-	-	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	42,90%	57,10%
1. Une autre mutuelle de la localité	-	-	-	-	33,30%	66,70%	33,30%	66,70%
2. Une autre mutuelle d'une autre région	-	-	-	-	66,70%	33,30%	66,70%	33,30%
3. Des initiatives de tontine	-	-	-	-	-	100,00%	-	100,00%
→ Êtes-vous membre de l'une d'elles ?	-	-	-	-	-	100,00%	-	100,00%
1. Je n'ai pas reçu d'informations pertinentes sur aucune mutuelle	-	-	-	-	66,70%	33,30%	66,70%	33,30%
2. L'adhésion à une mutuelle ne m'intéresse pas	-	-	-	-	33,30%	66,70%	33,30%	66,70%
3. La mauvaise qualité des soins offerts par les centres de santé conventionnés	-	-	-	-	-	100,00%	-	100,00%
4. Les produits des mutuelles ne m'intéressent pas	-	-	-	-	-	100,00%	-	100,00%
5. Je n'ai pas les moyens pour payer la cotisation	-	-	-	-	-	100,00%	-	100,00%
6. Je n'ai pas de soutien	-	-	-	-	-	100,00%	-	100,00%
7. J'ai eu de mauvaises expériences par le passé	-	-	-	-	-	100,00%	-	100,00%
→ Quelle est votre première source de revenus ?								
1. Agriculture	83,30%		44,00%		88,20%		68,30%	
2. Elevage	0,00%		12,00%		0,00%		5,00%	
3. Artisanat	0,00%		4,00%		0,00%		1,70%	
4. Commerce	0,00%		4,00%		5,90%		3,30%	
5. Salaire / pension	16,70%		28,00%		0,00%		16,70%	
6. Prestations	0,00%		4,00%		0,00%		1,70%	
7. Autre, précisez	0,00%		4,00%		5,90%		3,30%	
→ Quelle est votre deuxième source de revenus ?								
1. Agriculture	0,00%		12,00%		29,40%		13,30%	
2. Elevage	77,80%		8,00%		58,80%		43,30%	
3. Artisanat	5,60%		4,00%		0,00%		3,30%	
4. Commerce	11,10%		4,00%		5,90%		6,70%	
5. Salaire / pension	0,00%		8,00%		0,00%		3,30%	
6. Prestations	5,60%		12,00%		0,00%		6,70%	

Yifmenga Consulting _SIRA-Conseil

7. Autre, précisez	0,00%	52,00%	5,90%	23,30%
→ Quelle est votre troisième source de revenus ?				
1. Agriculture	11,10%	00,00%	29,40%	11,70%
2. Elevage	11,10%	0,00%	23,50%	10,00%
3. Produits forestiers	16,70%	0,00%	0,00%	5,00%
4. Commerce	44,40%	8,00%	41,20%	28,30%
5. Prestations	0,00%	8,00%	0,00%	3,30%
7. Autre, précisez	16,70%	84,00%	5,90%	41,70%

Dépouillement pour l'adhérent ne cotisant plus (le démissionnaire)

C. Adhésion à la mutuelle	Pourcentage	
→ <i>Par quel canal d'information avez-vous entendu parler de la mutuelle de santé ?</i>		
1. Par un agent de la mutuelle de santé	20%	
2. Par un adhérent	20%	
3. Par un agent de la structure d'appui à la mutuelle	40%	
4. Par une plateforme contenant des acteurs mutualistes	20%	
→ <i>Quelle est votre date (année) d'adhésion à la mutuelle de santé ?</i>		
1. 2014	20%	
2. 2017	80%	
→ <i>Quelles sont les modalités d'adhésion à la mutuelle (Individuelle, familiale ou de groupe) ?</i>		
1. Individuelle	80%	
2. 12	20%	
→ <i>Modalités d'adhésion à la mutuelle</i>	Oui	Non
1. Individuelle	100%	0,00%
2. Familiale	60%	40%
3. Groupe	0,00%	100%
→ <i>Est-ce que ce type d'adhésion vous convient ?</i>	100%	
1. Oui	100%	
→ <i>Pourquoi ?</i>		
1. Résous mon problème	100%	
2. Me protège	100%	
3. Protège ma famille	Oui (80%) - Non (20%)	
4. C'est facile pour moi de payer	Oui (20%) - Non (80%)	
Quelles sont les raisons qui vous ont poussées à ne plus cotiser ?		
→ <i>Motivations liées à la protection</i>		
1. Santé non améliorée	Oui (100%) - Non (0,0%)	
2. Aucun membre de la famille n'a été malade lors de l'année précédente	Oui (40%) - Non (60%)	
3. Très peu de membres de la famille ont été malades lors de l'année précédente	Oui (20%) - Non (80%)	
4. Insatisfaction de la couverture des prestations	Oui (20%) - Non (80%)	
5. Insatisfaction par rapport à la mise en place de la franchise (plafond)	Oui (00%) - Non (100%)	
6. Insatisfaction dans la qualité des soins du prestataire de santé	Oui (00%) - Non (100%)	
7. Insatisfaction de la couverture pharmaceutique	Oui (00%) - Non (100%)	
8. Toujours des difficultés financières en cas de maladie	Oui (40%) - Non (60%)	
9. Accès au prestataire de santé difficile	Oui (00%) - Non (100%)	

10. Accès difficile à la pharmacie	Oui (00%) - Non (100%)
11. Aucun accouchement ou hospitalisation prévu	Oui (00%) - Non (100%)
→ <i>Motivations d'ordre social</i>	
1. Conflit avec un membre de la mutuelle	Oui (40%) - Non (60%)
2. Subit des moqueries des non-mutualistes	Oui (20%) - Non (80%)
3. Perte de confiance dans les animateurs de la mutuelle	Oui (20%) - Non (80%)
4. Perte de confiance dans le personnel prestataire de soins	Oui (-) – Non (100%)
5. Impression qu'aucune cohésion sociale n'a été créée dans la mutuelle	Oui (-) – Non (100%)
6. Impression que la mutuelle ne favorise pas l'entraide	Oui (-) – Non (100%)
→ <i>Motivations liées à la confiance dans la mutuelle</i>	
1. Conflit avec les responsables de la mutuelle	Oui (20%) - Non (80%)
2. Peur d'un détournement	Oui (20%) - Non (80%)
3. Mauvaise circulation de l'information	Oui (-) – Non (100%)
4. Mécontentement car la mutuelle n'a pas pris en charge mes malades	Oui (20%) - Non (80%)
5. Perte de confiance dans la situation financière de la mutuelle	Oui (20%) - Non (80%)
6. Observation autour de soi de mauvaises prises en charge de la mutuelle	Oui (-) – Non (100%)
7. Mauvais fonctionnement démocratique, peu de transparence	Oui (-) – Non (100%)
8. Détournement avéré	Oui (-) – Non (100%)
→ <i>Motivations liées à la cotisation</i>	
1. Pas assez d'argent pour cotiser	Oui (-) – Non (100%)
2. Pas fini de cotiser à l'échéance	Oui (60) – Non (40%)
3. Mauvaise récolte	Oui (-) – Non (100%)
4. Dépenses exceptionnelles	Oui (-) – Non (100%)
5. Insatisfaction du montant de la cotisation	Oui (40) – Non (60%)
6. Insatisfaction pour la période de paiement	Oui (20%) - Non (80%)
7. Insatisfaction des modalités de cotisation	Oui (20%) - Non (80%)
8. Famille trop nombreuse	Oui (40) – Non (60%)
9. Absent en période de cotisation	Oui (-) – Non (100%)
10. Négligence, je n'ai pas fait l'effort de renouveler la cotisation	Oui (-) – Non (100%)
→ <i>Est-ce que la cotisation était à votre portée ?</i>	
1. Non	Oui (-) – Non (100%)
<i>Si non pourquoi ?</i>	
1. Montant trop élevé	60%
2. Mon pouvoir d'achat est faible	20%
3. Mes charges sont importantes	20%
→ <i>Lorsque vous payiez les cotisations, comment avez-vous fait pour trouver l'argent nécessaire ?</i>	
1. Emprunt auprès d'un ami, de la famille	80%
2. Emprunt auprès du groupement mutualiste	20%
→ <i>Est-ce que les sources qui vous ont aidé à payer les cotisations n'existent plus ?</i>	Oui (80%) - Non (20%)

→ <i>Quelle est votre première source de revenus ?</i> 1. Agriculture 2. Salaire / pension	80% 20%
→ <i>Quelle est votre deuxième source de revenus ?</i> 1. Agriculture 2. Elevage 3. Autre, précisez	20% 40% 40%
→ <i>Quelle est votre troisième source de revenus ?</i> 1. Agriculture 2. Commerce 3. Autre, précisez	20% 20% 60%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant de l'agriculture ?</i> 1. Zéro 2. Cent mille (100 000) 3. Cent cinquante mille (150 000) 4. Un million (1 000 000)	20% 40% 20% 20%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant de l'élevage ?</i> 1. Zéro 2. Cinquante mille (150 000) 3. Cent dix-huit mille (150 000)	60% 20% 20%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant des produits forestiers ?</i> 1. Zéro	100%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant de l'artisanat ?</i> 1. Zéro	100%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant du commerce ?</i> 1. Zéro 2. Cinquante mille (50 000)	80% 20%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant du salaire/pension ?</i> 1. Zéro 2. Un million quatre cent mille (1 400 000)	80% 20%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant des prestations ?</i> 1. Zéro 2. Trois cent mille (300 000)	80% 20%
→ <i>A combien s'élève le montant annuel de votre revenu provenant des dons ?</i> 1. Zéro	100%
→ <i>Dans votre famille, qui contribue à financer les cotisations ?</i> 1. Vous (le chef de famille) 2. Autre, précisez?	80% 20%
→ <i>Précisez autre</i> 1. Aucune personne	20%

2. ?	80%
→ <i>Quelles sont les conditions à remplir pour que vous repreniez le paiement des cotisations ?</i>	
1. Augmentation de notre "salaire" part l'état	20%
2. Avoir le micro crédit pour m'aider.	20%
3. Nous sollicitons le micro crédit pour relancer les cotisations	20%
4. Réduction de cotisation	20%
5. Unité dans la mutuelle	20%
→ <i>Pensez-vous que d'autres personnes pourraient adhérer à la mutuelle ?</i>	Oui (100%) - Non (-)
<i>Si oui pourquoi ?</i>	
1. La mutuelle fait de bonnes sensibilisations ;	Oui (100%) - Non (-)
2. Les partenaires de soin font bien leurs prestations ;	Oui (100%) - Non (-)
3. Les produits offerts par la mutuelle sont attrayants	Oui (100%) - Non (-)
4. La cotisation est à la portée des populations	Oui (80%) - Non (20%)
5. Leaders intègres	Oui (80%) - Non (20%)
6. Des partenaires externes soutiennent la mutuelle	Oui (80%) - Non (20%)
→ <i>Qu'est-ce qu'il faut faire pour augmenter le nombre d'adhésion ? Justifier votre réponse.</i>	
1. Faire de bonnes sensibilisations	Oui (100%) - Non (-)
2. Faire des témoignages lors des sensibilisations	Oui (100%) - Non (-)
3. 3. Promouvoir l'éducation populaire	Oui (100%) - Non (-)
4. 4. Offrir des services de qualité	Oui (100%) - Non (-)
5. 5. S'approcher et impliquer des initiatives communautaires comme les tontines ;	Oui (100%) - Non (-)
6. 6. Réduire le montant de la cotisation	Oui (100%) - Non (-)
7. 7. Multiplier les rencontres avec les populations	Oui (100%) - Non (-)

Annexe 3 : Synthèse des diagnostics des organisations mutualistes

Fiche 1 - Scan organisationnel : capacités organisationnelles, fonctionnelles et administratives

I-Capacités organisationnelles

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
1.1	La mutuelle possède les documents juridiques lui permettant d'être en règle vis-à-vis de la réglementation (voir les documents légaux de reconnaissances dont dispose l'organisation au niveau local, provincial et ou national).	4	4	5
1.2	La mutuelle détient les textes statutaires (Statut et RI) qui régissent son fonctionnement (vérifier s'il existe des statuts et RI qui expliquent le fonctionnement des différents organes).	5	5	1
1.3	Les fonctions de la mutuelle sont bien séparées (Voir si les rôles des organes sont bien distincts et séparés dans les textes réglementaires et dans la pratique).	5	4	1
1.4	Les responsabilités des dirigeants et du personnel technique sont bien définies. L'ensemble de ces dirigeants et agents connaissent bien leurs rôles et responsabilités et les appliquent (Voir la description des postes dans les textes officiels et échanger avec quelques dirigeants et agents pour comprendre).	4	4	5
1.5	Aucun dirigeant ou agent technique n'assume en plus de ses responsabilités celles de ses collègues (Voir dans la direction, un des responsables est obligé d'exécuter la tâche d'une autre personne pour quelque raison que ce soit).	4	1	5
1.6	Il n'existe aucun poste vacant au sein de la mutuelle qui oblige à un cumul des responsabilités (demander si un responsable est absent ou indisponible)	5	1	5
1.7	La structure veille à l'équilibre entre les hommes et les femmes en son sein (Mise en place des critères pour favoriser la participation des hommes et des femmes membres, autres) (Voir et lire les dispositions en vigueur)	4	4	1
Score dans le domaine de l'évaluation des capacités organisationnelles		31/35	23/35	19/35

II-Gouvernance

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
1.1	Des Responsables des organes dirigeants de la mutuelle ne sont pas cumulativement membres de l'équipe technique et de l'organe de contrôle (Vérifier la composition nominative des responsables des organes y compris la Coco et l'équipe technique)	5	4	5
1.2	Lors des différentes réunions des organes dirigeants et des équipes techniques, toutes les personnes concernées sont associées aux prises de décisions et ou sont informés des décisions importantes qui ont été prises (Voir comptes rendus des différentes réunions des organes et de l'équipe technique, voir liste des agents à ces réunions + témoignage des agents).	5	1	5
1.3	Les dirigeants ont été désignés et les agents ont été recrutés selon les textes de base et les procédures internes de la mutuelle et en fonction de leurs compétences (Procès-verbaux des AG électives, rapports de recrutement des agents, témoignages)	5	1	5
1.4	Les agents techniques de la mutuelle exécutent effectivement les tâches qui leurs sont confiées par les dirigeants (voir lettres de missions, rapports de missions etc.).	5	1	5
1.5	La mutuelle initie des actions de promotion de l'égalité des genres en son sein (rapport activités, PV réunion planification,	4	1	1
Score dans le domaine de la Gouvernance		24/25	8/25	21/25

Score total		55/60	31/60	40/60
--------------------	--	--------------	--------------	--------------

Fiche 2 - Scan organisationnel : capacités techniques et opérationnelles

Première partie : Potentiel technique

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
1.1	La mutuelle dispose du personnel technique nécessaire pour remplir sa mission. (Voir les CV du personnel technique de la mutuelle et voir si le personnel disponible est à même de rendre tous les services de l'organisation)	4	4	1
1.2	Le personnel technique de chaque poste de travail est compétent (qualification et expérience professionnel) dans son domaine. (A partir du CV, voir si les qualifications sont appropriées et s'ils ont des expériences dans le domaine correspondant à leur poste)	4	4	5
1.3	La majorité du personnel technique est constituée du personnel permanent (Vérifier si ce personnel est bénévole, prestataire ou salariés à temps plein, voir s'il existe des documents contractuels qui prouvent leurs statuts).	5	4	5
1.4	La majorité du personnel technique présent est disponible, motivé et engagé pour la réalisation de la mission de la mutuelle. (Voir le système de motivation qui existe, les compétences et motivations qui ont été octroyées, échanges avec personnel et quelques dirigeants)	4	4	4
1.5	Les contributions techniques valorisant les femmes sont prises en compte (témoignages de quelques-unes des femmes membres, rapports d'activités)	4	1	4
1.6	La mutuelle a une expérience de travail avec divers partenaires (Voir engagements, conventions et accords de l'organisation avec des structures tiers).	4	4	4
Score dans le domaine du potentiel technique		25/30	21/30	23/30

Deuxième partie : Patrimoine, équipement, matériels et infrastructures

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
2.1	L'Institution dispose du matériel technique et des outils nécessaires pour la mise en œuvre de ses activités (appareils de sonorisation et d'animation, différents outils, cartes, registres, petit matériels et équipement de bureau etc.)	4	1	4
2.2	Le partenaire dispose de moyens de locomotions nécessaires (vélos, moto) assurant sa mobilité pour le suivi des activités terrain (Voir les inventaires)	1	0	5
2.3	La mutuelle dispose dans son environnement immédiat d'un équipement de bureautique de base pouvant faciliter la production, la saisie, la mémorisation et la	4	4	5

	diffusion des données liées à ses activités (demander s'il existe dans le territoire un service qui peut faire les travaux bureautiques même payant)			
2.4	La mutuelle dispose de moyens de communication (numéro de téléphone, email) et de coordonnées d'identification (Adresse physique) permettant d'être joint par les partenaires externes.	5	5	5
Score dans le domaine du Patrimoine, équipement et infrastructure		14/20	10/20	19/30

Troisième partie : Planification, suivi évaluation-Reporting

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
3.1	La mutuelle a en sa possession tous les engagements, protocoles d'accords, conventions, projets et initiatives signés avec les partenaires (Voir les accords et conventions signés avec les partenaires)	4	5	1
3.2	La mutuelle planifie régulièrement ses activités et diffuse ses planifications à l'intention de ses agents (Voir les plans d'actions et programmes qui existent et qui peuvent être annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel, demander si les agents reçoivent ces plans pour programmes)	4	0	5
3.3	La mutuelle suit périodiquement les activités de son plan annuel et dispose des outils de suivi qu'il utilise (Voir s'il existe des rapports de suivi, quelle fréquence ces suivis sont réalisés et si lors des suivis les agents utilisent des outils de suivi).	4	0	5
3.4	La mutuelle organise régulièrement des réunions de partage des résultats de suivi et des réflexions prospectives permettent d'alimenter la planification future (Voir PV de réunion de partage des résultats).	4	0	5
3.5	La mutuelle organise régulièrement des réunions d'évaluation de ses activités qui alimentent les planifications futures ou de nouveaux programmes (Voir PV de plusieurs réunions d'évaluation et vérifier les liens avec les planifications de l'institution)	1	1	5
3.6	La réduction des écarts entre les hommes et les femmes de l'institution est prise en compte dans les évaluations (consulter les rapports ou autres documents de ces évaluations)	4	0	1
3.7	Les comptes rendus des réunions, les rapports d'activités sont disponibles et accessibles à tout le monde (Poser la question à quelques agents sur l'accessibilité à ces documents)	4	0	5
Score dans le domaine de la Planification, suivi évaluation-Reporting		22/35	6/35	27/35

	Score total	61/85	37/85	69/85
--	--------------------	--------------	--------------	--------------

Fiche 3- Scan organisationnel : capacités financières et comptables

Première partie : Système de base

A) Pièces justificatives

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
1.1	Une pièce justificative authentique est disponible pour chaque charge (dépense) de l'exercice comptable en cours. (Livre de caisse, factures acquittées, reçus, fiches de paie, bons de sorties etc.).	5	0	5
1.2	Une pièce justificative authentique est disponible pour chaque produit (recette) de l'exercice comptable en cours (Bons d'entrée, Factures de paiement, bordereau de paiement, récapitulatifs de cotisation etc.).	5	0	5
1.3	Les pièces justificatives sont soigneusement classées dans l'ordre chronologique afin de faciliter l'accès à tout document dont on pourrait avoir besoin. (Vérifier le classement des pièces de l'avant dernier et du dernier mois)	5	0	4
1.4	Les relevés bancaires de chaque compte en banque sont soigneusement classés par ordre chronologique. (Vérifier que les relevés bancaires existent et son classés)	1	0	5
1.5	Les pièces justificatives et les relevés bancaires des dix dernières années sont disponibles, classés et ont été bien conservés (Vérifier l'archivage)	1	0	5

B) Livre de caisse

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
1.1	La date, la description et le montant de chaque opération sont enregistrés dans un livre de caisse (Vérifier le contenu du livre en dollar et livre en franc Congolais).	5	1	5
1.2	Tous les livres de caisse sont mis à jour/ contrôlés au moins une fois par mois (voir PV de contrôle de caisse).	1	0	5
1.3	Un livre de caisse distinct (Dollars et Franc Congolais) est tenu par compte bancaire. (Vérifier que chaque compte ou sous compte a un livre de caisse)	1	1	5
1.4	Chaque projet dispose d'un livre de caisse spécifique en dollar et en franc Congolais (Vérifier l'existence de livres de caisse distincts dans le cas de plusieurs projets)	1	4	5

C) Codes comptables

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
1.1	Un plan comptable type est utilisé pour coder toutes les transactions financières qui apparaissent dans les livres de caisse. (Voir la disponibilité de ce plan)	4	0	1
1.2	Le même plan comptable est utilisé pour établir les budgets et les états financiers. (Voir si c'est le même plan qui est utilisé)	4	0	1
1.3	Les transactions sont également classées par projet ou par activité grâce à une liste type de centres de coût (bilan, journal comptable, grand livre etc.).	4	1	1

Score total dans le domaine de système de base		37/60	7/60	47/60
---	--	--------------	-------------	--------------

Deuxième partie : Les contrôles internes

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
2.1	Toutes les espèces conservées au bureau le sont dans une caisse fermée à clef ou dans un coffre-fort et est bien sécurisé (Voir s'il existe une caisse ou un coffre-fort et s'assure que la clef du bureau où se trouve le coffre-fort est détenue par une personne autre que le caissier).	1	4	1
2.2	Tous les comptes bancaires ont pour titulaire la mutuelle et non des personnes physiques de l'institution (Voir les relevés bancaires ou documents d'ouverture de comptes bancaires)	0	1	5
2.3	Il existe une politique écrite qui précise qui sont les membres du personnel qui peuvent autoriser les dépenses de la mutuelle (Voir manuel de procédure administratif, comptable et financier et les jobs description des agents le cas échéant).	5	1	1
2.4	Chaque transaction est autorisée par le (s) personnel habilité(s). (Voir manuel de procédure et les documents de gestion disponibles ordonnant des transactions)	5	1	5
2.5	Le personnel vérifie que les biens et les services achetés par la mutuelle ont bien été livrés avant d'acquitter les factures. (Rapprochement entre les bons de commande, les bordereaux de livraison, les bons d'entrée et les factures).	4	1	5
2.6	Les chèques ne sont pas signés avant d'avoir été complètement remplis (y compris l'ordre et le montant) et avant que les pièces justificatives n'aient été vérifiées (Procédure d'établissement des chèques/ dates des opérations bancaires et les pièces justificatives).	1	4	5
2.7	Les salaires du personnel (y compris les avances et les prêts) sont vérifiés par un cadre dirigeant tous les mois (voir s'il existe un état de vérification des salaires, des avances et prêts et qui vérifie tout cela ?).	5	4	1

2.8	Les responsabilités financières sont partagées par plusieurs membres du personnel (Vérifier dans le manuel des procédures et les pièces de caisse : bon d'entrée et bon de sortie, voir qui fait quoi et si cela correspond aux règles prévues dans le manuel).	1	1	1
2.9	Les écritures de caisse sont vérifiées, tous les mois, par une personne autre que celle qui les a passées (voir s'il existe des PV de contrôle de caisse et les périodes)	1	0	1
2.10	Le solde du livre de caisse est rapproché du solde du relevé bancaire, tous les mois, et pour chaque compte bancaire (voir s'il existe des états de rapprochement)	0	0	1
2.11	Le solde du livre de caisse est rapproché du montant en espèces conservé au bureau, tous les mois, et pour chaque compte de caisse (Voir PV de contrôle de caisse)	4	0	1
2.12	Tous les états de rapprochement sont vérifiés par un cadre dirigeant tous les mois. (Preuve- PV de vérification)	0	0	1
2.13	Tous les éléments d'actif de la mutuelle ont enregistré dans un registre des immobilisations (voir s'il existe des inventaires).	4	5	1
2.14	La mutuelle est soumise à un audit réalisé par un auditeur externe, une fois par an.	0	0	1
2.15	Selon les périodicités définies dans les textes règlementaires de l'Institution, les contrôleurs de gestion sont choisis selon un mécanisme qui leur permet de garder leurs indépendance (Voir PV d'élection des membres des commissions).	4	5	4

	Score total dans le domaine des contrôles internes	35/75	27/75	34/75
--	---	--------------	--------------	--------------

Troisième partie : Planification

A) Budgets

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
3.1	Tous les ans, dans les budgets, tous les coûts de gestion de l'institution sont pris en compte. (Voir les budgets disponibles)	1	5	5
3.2	Des budgets sont élaborés par projet en consultation avec les bénéficiaires, avant que les projets ne débutent (liste de participants lors des séances d'élaboration des budgets).	1	4	4
3.3	Les budgets de la mutuelle sont préparés en intégrant les charges fixes (Discuter la manière dont les budgets sont conçus)	1	4	4
3.4	Les budgets prévoient des fonds suffisants pour couvrir toutes les dépenses prévues (vérifier sur la base des budgets passés exécutés s'il existait suffisamment des fonds pour la mise en œuvre)	4	1	1

3.5	Les budgets des projets permettent suffisamment de flexibilité pour ajuster les activités en fonction de tout changement des circonstances locales.	4	1	1
3.6	Les budgets sont approuvés par la hiérarchie (Voir s'il existe des PV ou lettres d'approbation des budgets)	0	1	1

B) Plan de trésorerie

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
3.7	Périodiquement et successivement un plan de trésorerie couvrant les activités de la mutuelle est élaboré et mis en œuvre (voir s'il existe des plans de trésorerie).	1	0	1

C) Les donateurs et bailleurs de fonds

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
3.8	Un rapport est préparé indiquant quelles sources de financement prend en charge quels coûts (voir si dans les rapports financiers annuels, on précise les sources de financement).	4	5	4
3.9	Les fonds sont suffisants pour couvrir le fonctionnement et les activités de la mutuelle (discuter avec les personnes présentes avec des exemples à l'appui).	1	4	1
3.10	Différents donateurs et bailleurs de fonds ne financent pas les mêmes coûts du même projet. C'est ce que l'on appelle double financement. (Regarder les pièces justificatives affectées aux différents donateurs dans le cas de plusieurs donations)	5	5	4
3.11	La mutuelle peut continuer de fonctionner même si l'un des donateurs ou bailleurs de fonds cesse d'apporter son soutien financier (Prendre le cas du retrait d'un donateur et vérifier l'impact financier)	0	1	1

Score total dans le domaine de la Planification		22/55	31/55	27/35
--	--	--------------	--------------	--------------

Quatrième partie : Présentation des comptes

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
4.1	Au moins deux fois par an, les cadres dirigeants examinent et approuvent les états financiers (Voir s'il existe des PV d'approbation des états financiers par la direction)	4	0	4
4.2	Les dirigeants et les gestionnaires reçoivent au moins deux fois par an des rapports de suivi budgétaire (vérifier l'existence des rapports de suivi budgétaire et leur fréquence d'émission)	4	0	4

4.3	Des rapports financiers sont présentés aux bénéficiaires au moins deux fois par an dans un endroit et une forme facilement accessible (enquêter, en principe, est ce que lors des AG les rapports financiers sont présentés, voir si les rapports financiers peuvent être consultés par les bénéficiaires)	4	4	5
4.4	Les dépenses réelles de chaque poste budgétaire n'excèdent pas de plus de 10 % les prévisions budgétaires (Comparer budgets et rapports financiers et par ligne)	5	4	1
4.5	La Direction ou la structure hiérarchique qui est au-dessus examine les états financiers tous les six mois (PV de réunions)	4	0	5
4.6	Les dirigeants, les gestionnaires ainsi que le personnel du service financier savent quels rapports ils doivent fournir aux donateurs et bailleurs de fonds (voir si ces responsables connaissent le contenu des rapports et l'ensemble des pièces et des documents à joindre pour le partenaire qu'ils ont, voir témoignages)	4	1	5
4.7	Les états financiers sont soumis aux donateurs et bailleurs de fonds, sous la forme appropriée et en temps opportun (voir si les rapports présentés sont conformes aux canevas et vérifier si les dates de remise correspondent aux dates prévues).	5	1	5
4.8	Les états financiers sont soumis aux services de l'Administration compétente, sous la forme requise et en temps opportun.	4	0	5
4.9	Les rapports de gestion interne sont rapprochés des rapports aux donateurs et bailleurs de fonds et des rapports transmis à l'Administration.	5	4	5
4.10	Le partenaire a déjà subi un audit externe (voir Rapport d'Audit externe)	0	0	5
Score total dans le domaine de la présentation des comptes		39/50	14/50	44/50

Cinquième partie : Personnel

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
5.1	Le CA de la mutuelle a, en son sein, une personne qui dispose des compétences nécessaires à la supervision de toutes les activités financières. (Voir le CV de quelques agents du CA)	4	4	4
5.2	Le personnel du service financier a les compétences (Qualifications et expériences) nécessaires pour mener à bien toutes les tâches financières. (Voir qualification et expérience du personnel financier)	4	1	4
5.3	Il y a suffisamment de personnel dans le service financier pour mener à bien l'ensemble des tâches financières. (Evaluer nombre de personnes affectée pour le service financier, voir si c'est suffisant)	1	1	4

5.4	Le personnel du service financier se réunit régulièrement et discute avec les bénéficiaires (e. a. lors des visites périodiques des sites des projets). (On peut le constater à travers les ordres mission et rapports de mission et d'activité).	1	0	4
5.5	Les dirigeants et les gestionnaires, ainsi que le reste du personnel, ont les compétences financières requises pour effectuer les contrôles et pour gérer les budgets (voir profil des dirigeants des organes et du personnel)	4	4	1
5.6	Chaque profil de poste comprend la spécification claire des responsabilités de gestion financière inhérentes au poste (vérifier les textes de base, le manuel administratif et financier et les job description les spécifications des postes)	5	4	1
5.7	Tout le personnel bénéficie de la formation et du soutien dont il a besoin pour remplir ses fonctions de gestion financière (vérifier les rapports de formation)	1	1	4
Score total dans le domaine du Personnel		20/35	15/35	22/35

Sixième partie : Egalité du genre

		LONALO	MUSQUAP	FEMUSCABU
6.1	Les femmes sont présentes dans les instances de gestion financière de la mutuelle et participent effectivement à la prise de décision (Voir liste des agents du service financier et PV de réunions sur la gestion financière)	4	5	1
6.2	La mutuelle veille à ce que les différentes communications financières atteignent les agents femmes autant que les agents hommes (voir les modalités des communications, Jours, lieux et heures habituels)	4	4	5
6.3	La transparence de la gestion est assurée à égalité entre les hommes et les femmes qui sont des agents de l'institution (Voir rapports niveau information financière membres hommes et femmes)	4	4	5
6.4	Les achats sont faits équitablement en fonction des besoins des femmes et des hommes de la mutuelle (rapport quantités disponibilités, nombre de personnes hommes-femmes et besoins, grille/fiche de répartition des achats)	4	1	4
Score total dans le domaine de l'égalité du genre		16/20	14/20	15/20
Score total		169/295	108/295	189/295
TOTAUX		285/440	176/440	

	<p>AXES DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DE LONALO</p>
	<ul style="list-style-type: none"> → Dans le cadre de l'autonomisation de l'organisation ouvrir un compte bancaire propre qui pourrait être de façon transitoire être cosigné avec CRAFOP ; → Disponibiliser davantage des moyens de locomotion pour renforcer la mobilisation sociale autour de la mutuelle de santé ; → Organiser des auto évaluations des activités de LONALO qui alimenteraient ses propres planifications d'activités. Ne pas se limiter comme actuellement juste aux activités de sensibilisation. Il faut de véritables programmes de travail pour LONALO ; → Organiser une formation en gestion et sur le contrôle interne à l'intention des contrôleurs et des gestionnaires de LONALO ; → Organiser périodiquement et systématiquement les contrôles des livres de caisse et de banque et faire des rapprochements entre les soldes des caisses et les soldes en banque. Ces contrôles doivent se faire par des cadres dirigeants de LONALO et attestés par des PV ; → Séparer la comptabilité et la caisse de menues dépenses. Il faut éviter que ce soit la même personne qui s'occupe des opérations comptables et de la gestion de la caisse de menues dépenses ; → Améliorer la sécurité de la caisse de menues dépenses ou du coffre-fort ; → Améliorer la préparation des budgets et le classement des relevés de banque → Diversifier les partenaires et renforcer l'autonomie financière de l'organisation
	<p>AXES DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DE MUSQUAP</p>
	<ul style="list-style-type: none"> → Travailler sur la fidélisation des membres et à la mobilisation de nouveaux mutualistes dans MUSQUAP ; → Obtenir la personnalité juridique et exister comme structure à part entière et réduire progressivement le conflit d'intérêt entre CENADEP et la MUSQUAP du fait que plusieurs responsables de CENADEP sont dirigeants de la MUSQUAP ; → Ouvrir un compte au nom de la mutuelle ; → Elaborer un manuel de procédures administratives et financières ; → Relever les capacités financières de la MUSQUAP par le renforcement de l'équipe avec un comptable et renforcer la gestionnaire sur la tenue des outils de gestion, l'élaboration des plans de trésorerie, du plan comptable, la tenue de livre des caisses au moyen d'un logiciel comptable ; → Renforcer le système de contrôle interne (outils et méthodologie) avec des rapprochements et veiller à produire des PV de ces contrôles ; → Améliorer la sécurité du coffre-fort ; → Améliorer le système de reportage ; → Mettre en place un système de communication à l'interne et à l'externe ; → Recruter un logisticien ; → Diversifier les bailleurs et donateurs et renforcer l'autonomie financière de la MUSQUAP
	<p>AXES DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DE FEMUSCABU (union du grand nord)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> → Améliorer les capacités de contrôle interne par la formation des commissions de contrôle et des gestionnaires de l'unions ; → Veiller à ce que l'ensemble des documents de gestion des unions soit disponibilisé à son niveau (statut, règlement intérieur etc.). Le manuel de procédure doit se trouver au sein de l'union et utilisé comme outil de gestion de l'organisation ; → Clarifier et au besoin séparer le rôle des commissions de contrôle de celui des Conseils d'administration (CA) ; → Examiner la possibilité d'employer du personnel en plus pour décharger la gestionnaire de l'union ;

	<ul style="list-style-type: none"> → Procéder à des contrôles internes réguliers et faire des rapprochements avec les soldes en caisse et les soldes en banque. Les contrôles doivent être validés par des PV de contrôle ; → Introduire au besoin un système de codes et améliorer la planification budgétaire de l'union ; → L'union doit également procéder et de façon régulière à des inventaires de ces biens ; → Veiller à l'équilibre du genre dans les actions de l'union du grand nord.
--	---

Faiblesses communes à toutes les mutuelles

	<p>AXES DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DE FEMUSCABU</p> <p>Nous avons noté des problèmes récurrents à toutes les mutuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les organisations mutualistes ne sont pas soumises à des audits ; → Les contrôles internes, les rapprochements des soldes des caisses et des banques ne sont pas effectués et vérifiés par les dirigeants ; → Les budgets ne sont pas approuvés par les hiérarchies et les plans de trésorerie ne sont pas élaborés ; → Toutes les mutuelles dépendent beaucoup du partenaire financier. Les analyses ont montré que si Solsoc se retirait, ce n'est pas sûr que ces mutuelles vont continuer à fonctionner. <p>Sur ces différents plans, il faut un coaching des structures techniques d'appui aux mutuelles en question. C'est le lieu d'utiliser l'outil scan chaque année pour évaluer le chemin parcouru.</p>
--	---

Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées**1. En République Démocratique du Congo (RDC)****A. Kinshasa**

	Nom et prénoms	Fonction /structure	Contact
01	Freddy MUYALA	Chargé du programme FADOC	+243 81 548 3022
02	Danny SINGOMA	Directeur/CENADEP	+243 990 023 637
03	Justin MOBOMI	PCA adjoint MUSQUAP/CENADEP	+243 9999 11144
04	Jimmy HAMULI	Membre et Chargé de programme/CENADEP	+243 099 329 395
05	Grâce SHABANI OKELO	Chargée du marketing/CENADEP	+243 089 2026 858
06	Jean Baptiste LUBAMBA	Rapporteur et Chargé de programme/CENADEP	+243 099 7653 390
07	Dr Serge BUKABAU	Médecin-conseil MUSQUAP/PNPMS	+243 081 7155 922
08	Mamie IMELA LIPONGO	Membre MUSQUAP/COLLECTIF 24	+243 081 1630 318
09	Gertrude NGENI	Chargée de suivi des Mutuelle/CENADEP	+243 081 328 8285
10	Trésor LFONGO	Membre MUSQUAP/COLLECTIF 24	+243 081 177 4286
11	Albert KABUYA	Commissaire au Compte (CC) MUSQUAP	+243 081 403 9410
12	LIKONGA Raph	Président du CC MUSQUAP/COLLECTIF 24	+243 089 861 8282
13	Séraphine KEBASANI	Membre MUSQUAP/CENADEP	+243 085 105 8343
14	Brigitte KELA	Membre MUSQUAP/CENADEP	+243 081 3144 105
15	Héraut TSHIMANGA MUTEBA	Encodeur MUSQUAP	+243 081 618 3235
16	Rolick SIMPI	Chargé de la Logistique/PRODDDES	+243 081 208 1532
17	Emmanuel MUSUYU	Membre MUSQUAP/CORAP	+243 081 1697 699
18	Andréline NKINDU	Gestionnaire MUSQUAP	+243 085 320 7303
19	MUMICU Gérard	Agent	+243 085 005 8513
20	MBENZA Mergy	Technicien	+243 085 8687 191
21	Thomas MUKOKO	Membre MUSQUAP/CENADEP	+243 091 854 2018
22	Myriam BWITI	Membre MUSQUAP/CENADEP	+243 081 302 2293
23	Alliance NABINTU	Membre MUSQUAP	+243 097 647 7077
24	Gerllyphe TCHUNZA	Facilitateur	+243 081 246 0428
25	Iris KASHINDI	Membre MUSQUAP/CORAP	+243 081 148 3555

26	Me Gabrielle PERO	PCA MUSQUAP/CENADEP	+243 081 120 6897
27	Kilungu NKOYA	Chauffeur PRODDDES	+243 081 977 2236
28	Guerlain MAVANGA	Membre MUSQUAP	+243 089 662 5855
29	Jean MASASU LUFUTU	Secrétaire Général de la Prévoyance Sociale	jml270807@gmail.com +243 81 35 05 270 +243 89 81 07 810
30	Me Henry KAMVUNZE	Secrétaire Exécutif National/POMUCO	henrikamvunze08@yahoo.fr henrika08@pomuco.net +243 82 382 25 66-999150653
31	Jeanne	Chef du personnel/CS Yadah Clinic Center	

B. A Mbandaka (Province de l'Equateur)

	Nom et prénoms	Fonction /Structure	Contact
01	ETABE MATUKA	Animateur/LONALO	+243 085 811 5545
02	EKUMBAKI MAKAKA Dorcas	RAF/CRAFOP	+243 085 8611117
03	ISHOMBA Modeste-Pierre	CG/CRAFOP	+243 081 730 1151
04	ELUNZA Salomon	Vice-président CA	+243 081 842 9115
05	ESALO Guillaume	Sec.Rap CA	+243 085 272 0099
06	NTIKALA NTALI	Président/CA	+243 084 501 3165
07	KALONDA EKOMBO	Sec.Rap. Adjoint CA	+243 085 376 1223
08	NKOKIBEKE NSAKA	Chef de Section	+243 082 781 43 21
09	MPUTU BOLOFA	Chef de Section MBANDAKA	+243 085 815 9587
10	NGWANGU Robert	Secrétaire Section MBANDAKA	+243 085 811 7327
11	Dr MPASAI BOLA Sadi	Membre de Section MBANDAKA	+243 085 810 4972
12	BOOLO NZEYAMBI	Membre de Section WIDJIFAKE	
13	NTIKALA EPUNDO	Chef de section WIDJIFAKE	
14	MASSAYA Freddy	Chef de section WENDJI-SECLI	+243 085 817 1645
15	ISHOMBA Génévieve	RAF/LONALO	+243 082 215 3111
16	ISHOMBA Serge	Conseiller Technique aux MS/CRAFOP	+243 081 513 7450
17	LONGAU André	Membre/MBANDAKA	
18	ADOMBA MOLUA	Secrétaire Exécutif/LONALO	+243 081 88 00 899

19	Dr KILUNDU Jeannette	Médecin Conseil, Chargée de suivi des risques maladie/CRAFOP	+243 084 39 09 579
19	MAFOLO Olivier	Relations publiques	+243 085 271 2868
20	ELEMBE Daniel	Membre du Coco/LONALO	+243 085 812 9520
21	EMBONGA MOLOKO	Membre du Coco/LONALO	+243 085 810 1082
22	MBOYO BAKULU	Coco/Wendji-secli	+ 243 085 468 6173
23	YANGA MOMBELA	Conseillère/CA/LONALO	+ 243 082 288 4684
24	MBOSENGE	Membre	
25	NYABITANE Vinie	Membre/WENDJI-SECLI	+243 085 911 3494
26	SAIBA MEYA	Membre/WENDJI-SECLI	+243 085 812 57 81
27	BOKUMU NWENGA	Membre /Mbandaka	+243 084 226 8263
28	EFUTO BANGAMBA	Membre	+243 085 800 0787
29	ILAMBA EALE	Président de Section MBANDAKA	+243 085 824 63 12
30	MOBONDA Simon	Membre Wendji Secli	
31	MATUMELE DIABOZA	Membre Wendji Secli	
32	NKOLOKO John	Membre Wendji Secli	
33	ABEDJE ETABE	Iyonda	
34	ESOBO AKOLA	Iyonda	
35	BALOMBO ILINGA	Membre Wendji Secli	
36	BOMPOSO Jacques	ITCS-Penzele	+243 085 801 500

2. Au Burundi

	Nom et prénoms	Fonction	Contact
01	Déogratias NIYONKURU	Conseiller Stratégique/ADISCO	deontimaniyonk@yahoo.fr deo.nivonkuru@adisco.org
02	Nsabimana IDESBALD	Trésorier/PMUSAB	nidesbald.nsabimana@gmail.com
03	NAHIMANA Charles	Président/PAMUSAB	nahichar@yahoo.fr
04	KANEZA Espérance	Secrétaire Exécutive/PAMUSAB	kanaze2@yahoo.fr
05	SAYUMWE G. Robert	Communication-Plaidoyer/PAMUSAB	rsayumwe@yahoo.com
06	INAMUCO Modeste	Conseillère-CE/PAMUSAB	modesteinamuco@gmail.com
07	MIYONZIMA Béatrice	Responsable thématique	miyonzimabeatrice@pamusab.ord

08	ARCADE Nimubona	SEP/PNPS	Sep.arcade@gmail.com +257 22 279 109/79 467 996
09	NAKINTEJE Jean Baptiste	Animateur/FEMUSCABU	+257 69 15 53 58
10	BUTOYI Joseph	Animateur/FEMUSCABU	+257 61 14 09 00
11	MAMIRAKIZA Elie	CA/FEMUSCABU	+257 69 41 13 21
12	RUGWIZA Bernard	CA/ FEMUSCABU	+257 68 60 52 05
13	NDYIERYE Pierre	CA/ FEMUSCABU	+257 68 83 32 01
14	MASAMBERE Alexis	CA/ FEMUSCABU	+257 69 45 97 62
15	AHIMPERA Francine	Trésorière/FEMUSCABU	+257 69 22 26 79
16	BANDEREMBAKA Ménédore	CA/ FEMUSCABU	+257 69 22 87 20
17	NIYIBITANGA Avit	Animateur /FEMUSCABU	+257 69 16 87 21
18	NTAMAMIRO Anne Marie	S.C/FEMUSCABU	+257 79 96 13 17
19	NDAYISHIMIYE Cyriaque	Président Union Grand Nord	+257 69 09 46 69
20	HAVYARIMANA Jean	Président /FEMUSCABU	+257 69 10 96 79
21	NDUWAYO Oélase	Animateur /FEMUSCABU/KIRIMIRO	+257 79 91 28 57
22	BANGIRINAMA Viola	Gérant /FEMUSCABU	+ 257 68 64 30 04
23	NTAHOKAGIYE Suzanne	CA/FEMUSCABU	+257 69 30 08 14
24	MBONIMPA Rebecca	CA/FEMUSCABU	+257 68 59 71 39
24	NAHIMANA Léopard	CA/FEMUSCABU/MS-KAYANZA	+257 69 39 50 44
25	NIBARUTA Côme	CA/FEMUSCABU/RUMONGE	+257 69 45 01 22
27	MDOURMANA Ezéchiel	CA/FEMUSCABU	+257 69 17 27 23
28	BAPPOMUKONWA Richard	CA/FEMUSCABU	+257 79 98 04 76
29	NDUWAYO Pascal	Gérant/Mumirma	+ 257 72 36 43 80
30	MINANI Désiré	CA-/FEMUSCABU/CS-Grand Nord	+257 69 61 49 87
31	MUKESHIMANA Béatrice	Gérante Union Grand Nord	+257 61 74 78 61
32	NDAYISHIMIYE Pierre Claver	Assistant Technique/FEMUSCABU	+257 79 58 31 41
33	MURYANGO Eustache	Interprète	+257 79 33 85 69
34	NDIKUMWANI Samson	Membre CA/Union Mirwa	+257 69 15 70 36
35	MPAWENIMANA André	Trésorier Union Mumirwa	+ 257 69 51 55 93
36	NTAKOMVUKIYE Pontien	Président de suivi/Union Mumirwa	+257 69 82 88 16
37	HAVYARIMANA Serevato	Vice-président /Union Mumirwa	+257 68 54 08 95
38	NDYISHEMEZA Claudine	Membre CA/Union Mumirwa	+257 68 86 18 21

39	BAZIRUMWOE Gérard	Comité de suivi/Union Mumirwa	+257 61 56 73 14
40	NTAHONKIRIYE Mathieu	Membre CA/Union Mumirwa	+257 69 73 76 73
41	NDIKUNIYO Jean de DIEU	Président MUSCABU	+257 69 26 34 97
42	MINANI Dismas	Vice-président/FEMUSCABU	+257 69 55 56 25
43	KONIZERA Diane	Secrétaire MS membre FEMUSCABU	+257 68 99 88 93
44	HABARUGRA Josélyne	FEMUSCABU	+257 68 65 78 46
45	NAKINTIJE Jean Japhet	Animateur /FEMUSCABU	+257 69 15 53 58
46	NGENZIRABO R.	Membre CA	+257 69 61 64 77
47	BIGIRIMANA Théreux	Président /FEMUSCABU	+257 79 73 02 42
48	KAMFITIYE Sébastien	Trésorier /FEMUSCABU	+257 69 30 18 69
49	MAHAYO Jean Baptiste	Membre /FEMUSCABU	+257 79 89 89 94
50	NSAGUYE Emmanuel	Membre /FEMUSCABU	+257 68 88 59 54
51	CIMPAYE Saluaton	Membre /FEMUSCABU	+257 61 45 10 93
52	RURIBIKIYE Cyprien	Président /FEMUSCABU	+257 79 28 40 80
53	NYABENDA Pierre	Président MS Busiga /FEMUSCABU	+257 69 93 99 30
54	BUDARI Gérard	Président de MS/FEMUSCABU	+257 69 32 83 74
55	BOTOYI Joseph	Animateur /FEMUSCABU	+257 79 59 03 10
56	Libère BUKOBERO	Secrétaire Général/ADISCO	libere.bukobero@adisco.org +257 79 36 05 30

Annexe 5 : Programme de travail

Programme de travail en RDC

Dates	Logement	Temps	Activités	
			Equipe 1 : Parfait SAKA, Yemalé TIWARA et Vital CISHIMBI CIRHUZA	Equipe 2 et 3 : enquêteurs
Lundi 6/1/2020	Kinshasa	soirée :	Voyage Ouagadougou Kinshasa avec ASKY Rencontre avec les collègues du Congo impliqués dans la mission	
Mardi 7/1/2020	Kinshasa	Matinée :	1 ^{ère} rencontre avec le CENADEP, Cellule technique (chargé de programme, médecin conseil), Directeur, Présidente de MUSCAP) réunion d'introduction et travail avec la cellule technique	
		Après midi	Rencontre avec la POMUCO	Lancement des enquêtes à Kinshasa (Equipe 2 : enquêteurs de Kinshasa)
		Soir	Rencontre avec l'équipe 2 pour voir quelle suite à donner aux enquêtes et éventuellement appuyer dans le diagnostic compte tenu du programme chargé	
Mercredi 8/1/2020	Mbandaka	Matinée	Voyage Kinshasa-Mbandaka, annulé CTAMS CENADEP → Echantillonnage et liste des personnes à enquêter, choix des personnes → Facteurs externes qui jouent qui influencent la viabilité des mutuelles → Influences des mutuelles et de leurs partenaires sur le contexte → Brève présentation de l'outil de diagnostic et de l'enquêteur → Programme pour le diagnostic PRODESS	
	Mbandaka	Soirée	Fiches d'enquêtes, échantillonnage, Test de l'enquête avec Gerlyphe Réaménagement du programme	
Jeudi 9/1/2020	Mbandaka	Matinée		
	Mbandaka	Après midi	POMUCO (axes prioritaires Masmut, autonomisation, professionnalisation, mise à l'échelle, Mobilisation sociale)	Enquêtes auprès des adhérents/ bénéficiaires et non membres de Kinshasa (Equipe 2 : enquêteurs de Kinshasa)
		Soirée	Ministère du travail et de la prévoyance sociale (SG) Programme National de promotion des mutuelles de santé Centre de santé commune de Gombe (Clinique de Yadah) Visite courtoisie Enabel	
				Briefing pour les enquêtes (Equipe 3 : enquêteurs de l'Equateur)

Yifmenga Consulting _SIRA-Conseil

Vendredi 10/1/2020	Mbandaka	Toute la journée	Rencontre avec l'équipe CENADEP, explication du scan Visite d'un centre de santé choisi au hasard (Centre médicale de Gombe) Rencontre avec 2 mutualistes de MUSQUAP Examen partiel des outils de Musquap (carte d'adhésion, convention avec centre de santé, statut et règlement intérieur et récépissé) Fichier des adhérents	
Samedi 11/1/2020	Mbandaka	Toute la journée	Voyage Kinshasa Mbandaka → Power point Atelier d'introduction ; → Explication de l'outil scan aux deux structures ; → Rencontre des responsables CRAFOP (CA, Equipe exécutive questionnaire sur les mutuelles : questionnaire Directeur et questionnaire technicien) → Echantillonnage → Tableaux à remplir → Documentation et outils à remettre (rapport d'évaluation DEO) → Nuit : entretien avec les enquêteurs	Enquêtes auprès des adhérents/bénéficiaires et non membres de Mbandaka (Equipe 3 : enquêteurs de l'Equateur)
Dimanche 12/1/2020	Mbandaka	Matinée	8h -11 h Préparation de l'atelier de LONALO (introduction et organisation des travaux de groupes pour la première séquence des réflexions)	Enquêtes auprès des adhérents/bénéficiaires et non membres de Wendji Secli (Equipe 3 : enquêteurs de l'Equateur)
		Après midi	11- 17 h Atelier LONALO (Restitution des travaux de groupe de la première séquence)	
Lundi 13/1/2020	Mbandaka	Matin	8 h-12 h Suite Atelier LONALO Deuxième séquence de l'atelier avec 5 groupes de travail) et troisième séquence avec quatre groupes de travail	
		Soir	14 h- 17 H Scan de LONALO	
Mardi 14/1/2020	Mbandaka	Matinée	8h-12 h Suite et fin du Scan LONALO, visite du centre de santé	
		Après midi	14 h Visites chef de division prévoyance sociale et chef de division de la santé Synthèses des travaux	
Mercredi 15/12020	Widjifake/Wendji Secli	Matinée	8h-10 h Voyage à Bompoma Widjifake/Wendji Secli (deux équipes) (Mobilisation de 2 véhicules) Echanges avec la section de LONALO (Comité directeur plus chef de section)	
		Après midi	Echanges avec la section de LONALO (équipe technique)	
		Soirée	Rencontre enquêteurs	
Jeudi 16/1/2020	Widjifake /Wendji Secli	Toute la journée	Matin : Service de santé conventionné, ONG et leaders d'opinion (8 h-11 h) 12 h Retour Mbandaka pour les deux équipes Soirée : Dépouillement, synthèse et préparation restitution	
Vendredi 17/1/2020r	Mbandaka	Toute la journée	Poursuite synthèse et préparation atelier restitution Atelier de restitution : présentation synthèse des résultats Equateur Validation des 1er constants et recommandations	
Samedi 18/1/2020r	Kinshasa	Matinée	Retour à Kinshasa par Congo Airways (billet retour à prendre)	
		Après midi	Rencontre avec l'équipe 2 de Kinshasa	
		Soir	Rencontre avec l'équipe 2	

Dimanche 19/1/2020r	Kinshasa	Matinée	Rencontre avec Directeur CENADEP	
		Après midi 14 heures	Préparation de l'atelier de MUSCAP	
Lundi 20/1/2020	Kinshasa	Toute la journée 9 h-17 heures	Indisponibilité de Musquap pour l'atelier initialement prévu Préparation atelier avec MUSQUAP Début des synthèses au sein de l'équipe	
Mardi 21/1/2020	Kinshasa	Matinée	Atelier MUSQUAP	
		Après midi	Atelier MUSQUAP	
Mercredi 22/1/2020		Matinée	Suite synthèse des travaux	
		Après midi	Atelier de Restitution des travaux CENADEP/MUSQUAP	
Jeudi 23/1/2020			Voyage vers le Burundi	

Programme de travail au Burundi

Dates	Logement	Temps	Activités	
			Equipe 1 : Parfait SAKA, VITAL CISHIMBI CIRHUZA et TIAWARA Yemalé	Equipe 2: Enquêteur
Jeudi 23/1/2020	Bujumbura	Matinée	Voyage Kinshasa Goma Bukavu	
		Après midi	Voyage Bukavu Burundi	
Vendredi 24/1/2020	Bujumbura	Matinée	9h Echanges avec SEP/CNPS	
		Après midi	11h -16h Echanges avec PAMUSAB (CA, équipe technique)	
Samedi 25/1/2020	Bujumbura	Matin	Echanges avec FEMUSCBU (CA, équipe technique)	
Dimanche 26/1/2020	Bujumbura	Matin	9h-12h Rencontre avec le Conseiller stratégique	
Lundi 27/1/2020	Ngozi	Matin	7h30 : ADISCO (avec les bagages pour le terrain)	
		Après-Midi	→ Echanges avec l'union des mutuelles de Santé de Mumirwa (CA, équipe technique) et membres → 16 h Voyage vers Ngozi avec l'enquêteur sélectionné avec l'appui de Déo. → Formation et échanges avec l'enquêteur	
Mardi 28/1/2020	Ngozi	Toute la journée	→ Echanges avec équipe tech UCODE → Echanges avec la mutuelle de l'UCODE TUGARUKIRE AMAGAR Y'IMIRYANGO	Début des échanges avec l'enquêteur (formation et familiarisation avec le questionnaire)

Yifmenga Consulting _SIRA-Conseil

			<ul style="list-style-type: none"> → Echange avec les responsables de l'hôpital de référence de Kiremba (hôpital Renato Honolo de Kiremba) → Echange avec la mutuelle ISHIRAHAMWE RYO KUVUZANIA RY'ABARIMYI de Kiremba → Rencontre des mutualistes de l'Union ISHIRAHAMWE et du bureau du gérant de la mutuelle Kira de Gatara → Visite de l'administrateur Communal de Gatara → Voyage vers Ngozi 	
Mercredi 29/1/2020	Ngozi	Toute la journée	Echanges avec l'Union de Ngozi (Grand Nord) Atelier de réflexion	Focus groups MS de KIRA : - Adhérent/Bénéficiaires (anciens et nouveaux) - Non membres
Jeudi 30/1/2020	Ngozi	Toute la journée	Echanges avec l'Union de Ngozi (Grand Nord) Atelier de réflexion	Focus groups MS de KIRA : - Adhérent/Bénéficiaires (anciens et nouveaux) - Non membres
Vendredi 31/1/2020	Bujumbura	Toute la journée	Echanges avec l'Union de Ngozi (Grand Nord) Scan	Focus groups MS de KIRA : - Adhérent/Bénéficiaires (anciens et nouveaux) - Non membres
		Fin après-midi	Scan Retour à Bujumbura	Focus groups MS de KIRA : - Adhérent/Bénéficiaires (anciens et nouveaux) - Non membres
Samedi 1/2/2020 et Dimanche 2/2/2020	Bujumbura	Toute la journée	Rencontre avec Espérance Dépouillement, synthèse et préparation restitution	
Lundi 3/2/2020	Bujumbura	Toute la journée	Atelier de restitution : présentation synthèse des résultats Validation des 1er constants et recommandations	
Mardi 4/2/2020	Bujumbura	Toute la journée	Synthèses entre consultants, plan de rédaction, courses pour le voyage	
Jeudi 05/02/2020	Bujumbura	Matinée	Synthèses entre consultants, plan de rédaction, courses pour le voyage	Les billets étaient pris pour le 08/02/2020 avant le report pour le 04/02/2020. Mais consultants restés sur place.
		Soirée	Rencontre avec le Conseiller Stratégique d'ADISCO	Les billets étaient pris pour le 08/02/2020 avant le report pour le 04/02/2020. Mais consultants restés sur place.

Yifmenga Consulting _SIRA-Conseil

Jeudi 6/01/2020	Bujumbura	Matinée	Rencontre avec FEMUSCABU sur les tableaux renseignés	Les billets étaient pris pour le 08/02/2020 avant le report pour le 04/02/2020. Mais consultants restés sur place.
		Soirée	Rencontre avec PAMUSAB sur les tableaux renseignés	
Vendredi 07	Bujumbura	Toute la journée	Répartition du travail de rédaction	
		Soirée	Courses pour le voyage	
Samedi 08	Bujumbura	Toute la journée	Bujumbura Ouagadougou	