



**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE (DESS/ES)
6^{ème} Promotion 2003-2004**

**Evaluation de la relation contractuelle
entre une Mutuelle de Santé et un
centre de santé : cas de la mutuelle de
Honhoué au Bénin**

Directeur de mémoire:
DR. DAFF Mamadou Bocar
Enseignant associé au CESAG

Présenté par :
Dr. HOUNNANKAN Cossi Athanase
MDE, Maîtrise en santé publique



M0127DSES08





CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE (ISS)



DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE (DESS/ES)
6^{ème} Promotion 2003-2004

**Evaluation de la relation contractuelle
entre une Mutuelle de Santé et un
centre de santé : cas de la mutuelle de
Honhoué au Bénin**

Directeur de mémoire:
DR. DAFF Mamadou Bocar
Enseignant associé au CESAG

Présenté par :
Dr. HOUNNANKAN Cossi Athanase
MDE, Maîtrise en santé publique

"Le CESAG n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs"

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	I
DEDICACES.....	II
REMERCIEMENTS	III
SOMMAIRE	IV
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES ANNEXES	VI
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	VII
INTRODUCTION.....	1
1. PROBLEMATIQUE	3
1.1. Enoncé du problème	3
1.2. Cadre conceptuel	9
1.3. Hypothèse	11
1.4. Objectifs	11
2. GENERALITES	13
2.1. Définition opératoire des concepts	13
2.2. Revue de la littérature.....	16
3. CADRE ET METHODE D'ETUDE.....	25
3.1. Cadre d'étude	25
3.1.1. Commune de Houéyogbé	25
3.1.3. La mutuelle de santé.....	30
3.2 Méthode.....	32
3.2.1 Type d'étude :	32
3.2.2. Population d'étude :	32
3.2.3. Echantillonnage	32
3.2.4. Techniques et outils de collectes des données.....	34
3.2.5. Définition des variables.....	35
3.2.6. Aspects opérationnels des composantes	36
4. RESULTATS	51
4.1 Caractéristiques des échantillons.....	51
4.1.1 Les membres des organes de gestion de la mutuelle	51
4.1.2. Les prestataires de soins	51
4.1.3. Les bénéficiaires de la mutuelle de santé	52
4.2. Phase précontractuelle	55
4.3. Le contrat.....	56
4.4. La mise en œuvre du contrat	57
4.5. La satisfaction des acteurs	57
4.6. La qualité de la relation contractuelle.....	58
5. DISCUSSION	59
5.1. Atteinte des objectifs, qualité et validité des résultats.....	59
5.2. De la phase précontractuelle.....	60
5.3. Du contrat	61
5.4. La mise en œuvre	62
5.5. La satisfaction des acteurs	63
CONCLUSION	66
SUGGESTIONS.....	67
REFERENCES.....	68
ANNEXES	

DEDICACES

Au SUGMAD,

Pour la grâce que tu m'as accordée tout au long de cette formation.

A toi, Simone KOUNNOUHO

Merci pour le soutien et les lourds sacrifices consentis.

A mes enfants Prince Donald et Simathe-Laura :

Vous qui avez beaucoup souffert de mes multiples absences. **DIEU** veille sur vous. Pour vos faux pas, je tomberai à votre place.

A mes amis Abibou, Baldé, Joyce, Maurice, Fadima et les autres de ma promotion

Pour les échanges fructueux que nous avons eus. Cordiale reconnaissance

REMERCIEMENTS

- au Professeur **AMANI. Koffi**, vous qui avez dispensé le gros lot des enseignements de ce cycle, mon parchemin portera votre empreinte de façon légitime
- au Professeur **MO Ménar**, Directeur de l'Institut des Sciences de la Santé du CESAG, profondes gratitude.
- Aux Professeurs **M. YAZI, H. LAFARGE, M. DAFF, S.L.FARBA** pour les relations de qualité que nous avons eu pendant ma formation
- **A tous les enseignants de la 13^{ème} promotion de ISS/ES/CESAG** pour ce que je suis intellectuellement après ce parchemin
- au **personnel de l'ISS/CESAG**, pour son soutien et son accueil de qualité
- A la **Coopération Technique Belge du Bénin(CTB)**, pour avoir accepté de financer notre formation et à la représentation CTB du Sénégal pour les soins de qualités lors de mon séjour à Dakar.
- au Docteur **Charles SOSSA - JEROME**, ex-Directeur Départemental de la Santé du Mono et du Couffo, pour son soutien permanent et pour les facilités accordées
- à **Théophile AGBOFOUN et son Epouse Céline** pour les facilités accordées.
- A Madame Fatoumata GUEYE pour sa sollicitude et toutes les facilitations
- au **personnel de l'ISS/CESAG**, pour son soutien et son accueil de qualité

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : <i>Répartition des scores en fonction des modalités de la composante "Phase précontractuelle"</i>	36
Tableau II : <i>Répartition des scores en fonction des modalités de la composante "contrat"</i>	38
Tableau III : <i>Répartition des scores en fonction des modalités de la variable "mise en œuvre du contrat"</i>	43
Tableau IV : <i>Répartition des scores en fonction des modalités de la composante "satisfaction des acteurs"</i>	45
Tableau V : <i>Aspects opérationnels de la composante principale "Qualité de la relation contractuelle"</i>	48
Tableau VI : <i>Répartition des bénéficiaires de la mutuelle de santé selon la tranche d'âge</i>	51
Tableau VII : <i>Répartition des bénéficiaires de la mutuelle selon la profession</i>	52
Tableau VIII : <i>Appréciation des modalités de la composante "Phase précontractuelle"</i>	54
Tableau IX : <i>Appréciation des modalités de la composante « contrat »</i>	55
Tableau X : <i>Appréciation des modalités de la composante « mise en œuvre du contrat »</i>	56
Tableau XI : <i>Appréciation des modalités de la composante « satisfaction des acteurs »</i>	56
Tableau XII : <i>Appréciation de la composante principale « qualité de la relation contractuelle »</i>	57

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : <i>Cadre conceptuel relatif à l'évaluation de la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué.</i>	9
Figure 2 : <i>Carte du département du Mono</i>	25
Figure 3 : <i>Répartition des bénéficiaires de la mutuelle selon le sexe</i>	52
Figure 4 : <i>Répartition des bénéficiaires selon le village de provenance</i>	53

LISTE DES ANNEXES

	Pages
Annexe 1 : <i>Fiche de dépouillement au centre de santé</i>	a
Annexe 2 : <i>Fiche de dépouillement au siège de la mutuelle</i>	b
Annexe 3 : <i>Grille internationale d'analyse de contrat</i>	c
Annexe 4 : <i>Grille d'analyse de contrat modifiée</i>	e
Annexe 5 : <i>Guide d'entretien adhérent de la mutuelle</i>	g
Annexe 6 : <i>Guide d'entretien responsable mutuelle</i>	i
Annexe 7 : <i>Guide d'entretien agent de santé</i>	l
Annexe 8 : <i>Guide d'entretien responsable ONG appui</i>	o
Annexe 9 : <i>Détail de l'Appréciation des composantes explicatives</i>	r

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AG :	<i>Assemblée Générale</i>
CA :	<i>Conseil d'Administration</i>
CC :	<i>Comité de Contrôle</i>
CIDR :	<i>Centre International de Développement et de Recherche</i>
COGEA :	<i>Comité de Gestion du Centre de Santé d'Arrondissement</i>
CSA :	<i>Centre de Santé d'Arrondissement</i>
CSC :	<i>Centre de Santé de la Commune</i>
CSCS :	<i>Conseil de Sensibilisation, de Collecte et de Suivi des soins</i>
GROPERE:	<i>Groupement pour la promotion et l'exploitation des ressources naturelles</i>
ONG :	<i>Organisation Non Gouvernementale</i>
SNIGS :	<i>Système National d'Information et de Gestion Sanitaire</i>

RESUME

L'objectif de l'étude est d'évaluer la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé et le centre de santé de Honhoué, dans la commune de Houéyogbé au Bénin, à travers la phase précontractuelle, le contrat, la mise en œuvre du contrat et la satisfaction des acteurs.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive évaluative, ayant inclus les membres des organes de gestion de la mutuelle, les responsables du centre de santé, un représentant de l'ONG d'appui à la mutuelle de santé choisis par la technique de choix raisonné. Les bénéficiaires de la mutuelle sont choisis selon la technique de sondage aléatoire systématique. Les techniques de collecte des données sont l'entretien individuel et l'exploitation de documents. Les outils de collecte sont en adéquation avec les techniques utilisées.

Il résulte de cette étude que la phase précontractuelle, le contrat et la mise en œuvre sont jugés bons. La satisfaction des acteurs du processus est acceptable. Cependant, il existe des insuffisances relatives au pouvoir de négociation des acteurs surtout les mutualistes, à l'inexistence d'un cadre réglementaire et légal pour l'établissement d'un contrat, aux dispositions de suivi et d'évaluation du processus, aux services couverts par la mutuelle selon les termes du contrat, à l'asymétrie d'informations entre mutualistes et prestataires de soins conventionnés.

Pour améliorer ces situations, des suggestions ont été faites au ministère de la santé, à la structure d'appui, aux mutualistes, aux prestataires de soins.

Mots clés : Mutuelle de santé, centre de santé, contractualisation, qualité.

INTRODUCTION

La mutualité de santé en Afrique est née sous la pression des difficultés socio-économiques nées de la conjoncture économique internationale et de l'application des programmes d'ajustement structurel. En effet, les difficultés financières auxquelles plusieurs pays africains sont confrontés depuis les années 80 ont eu des répercussions négatives sur la fréquentation des services de soins. Parmi les conséquences les plus accrues, on peut noter la réduction des dépenses publiques allouées au secteur de la santé, la faible proportion de la population bénéficiant de protection maladie et le développement d'une médecine privée aux coûts onéreux. Tous les mécanismes déployés pour assurer de façon supportable le recouvrement des coûts par les prestataires de soins selon le principe de paiement par les usagers, à travers l'initiative de Bamako ont suscité des controverses [1, 2, 3, 4].

Le développement du mouvement associatif est intervenu dans un contexte de sollicitude de la participation des populations à l'effort communautaire et ce, dans plusieurs domaines. Impulsées par cette politique de participation, les populations ont commencé à s'organiser pour s'assurer une meilleure prise en charge de leurs soins de santé. Elles ont mis en place des structures autonomes ou en partenariat avec des prestataires privés de soins : Les mutuelles de santé. Elles reçoivent l'appui technique et financier d'organisations internationales, d'ONG et de l'Etat qui y voient un moyen d'assurer la gouvernance démocratique du secteur de la santé et de mobiliser davantage de ressources en vue de promouvoir l'efficience, l'équité et la viabilité des services de santé [5, 6].

Les mutuelles ainsi créées, sont investies par les adhérents pour servir d'intermédiaires entre eux et les prestataires de soins, à travers des conventions de collaboration.

La contractualisation dans ce contexte, apparaît donc comme l'outil essentiel pour renforcer la synergie entre mutuelle de santé (acteur nouveau de financement de soins) et les prestataires de soins [7].

L'évaluation régulière de ce processus de contractualisation entre la mutuelle de santé et le centre de santé, c'est-à-dire la capacité des acteurs à conduire efficacement le processus dans le respect des devoirs et obligations, est donc une nécessité pour la pérennité de la relation contractuelle et l'amélioration du niveau de satisfaction des bénéficiaires. C'est pour répondre à cette préoccupation, que la présente étude se propose d'évaluer la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle « Zanninon wêgnivivo » et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué, dans la commune de Houéyogbé au Bénin.

Cette étude comporte trois parties. La première partie est consacrée à la définition du problème et à l'état de la question ; dans la deuxième partie le cadre et la méthode d'étude ; la troisième partie est consacrée à la présentation et à la discussion des résultats.

1. PROBLEMATIQUE

1.1. Enoncé du problème

Au cours des trois dernières décennies, les crises économiques répétées ont eu un impact négatif sur les dépenses sociales dans plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Le secteur santé a été particulièrement affecté par cette situation à partir de 1970, avec pour conséquence la dégradation du service public et l'augmentation du coût des soins de qualité [8].

Face à cette situation, les ministres de la santé des pays africains se sont réunis à Bamako en 1987, au cours d'une conférence organisée conjointement par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en vue de définir une stratégie de réforme des systèmes de santé. Cette conférence a mis l'accent sur l'extension des soins de santé primaires, la participation de la communauté à la gestion des services de santé et au financement des soins [8, 9].

Dès 1993, presque tous les pays africains au sud du Sahara avaient abandonné la gratuité des soins au profit des systèmes de recouvrement des coûts : une contribution financière était désormais demandée aux usagers afin de couvrir une partie des coûts de soins de santé et d'améliorer l'approvisionnement en médicaments [8].

Cette politique, malgré le fait qu'elle a permis de renforcer la disponibilité et la qualité des soins a montré au fil des années ses limites. Des problèmes d'équité et d'accès aux soins se posent. Cette exclusion touche principalement les populations rurales et les travailleurs de l'économie

informelle. Ces groupes sont pourtant les plus exposés aux risques sanitaires [1, 3].

Selon Sylla M.B., dans sa communication intitulée « Maliando », au moins 30% de la population des aires de santé enquêtées était des exclus :

- 26 % sont exclus des services de santé durant une bonne partie de l'année ;
- et environ 4 % sont quasiment exclus toute l'année et sont considérés comme des indigents » [10].

En effet, la maladie est souvent imprévisible. La période et le montant des dépenses de santé ne peuvent être déterminés à l'avance. L'individu ou la famille doivent pourtant être en mesure d'assurer ces dépenses au moment où la maladie survient [1].

Les populations des pays africains confrontées au problème d'accès aux soins de santé, ont compris la nécessité de se mobiliser pour disposer d'une protection sociale répondant à leurs besoins. Les solutions mises en œuvre sont inspirées principalement des pratiques traditionnelles d'entraide familiale et mutuelle en Afrique et des mouvements mutualistes européens [5, 6].

Ces dernières années, plusieurs mutuelles de santé ont émergé au sein des communautés africaines, dans le but d'accroître l'accès aux services de santé en substituant au paiement individuel direct, le principe de la prise en charge des soins par préfinancement collectif au profit de l'individu [11].

Au Sénégal, l'objectif de la mutuelle de santé de Fandène créé en 1989 par la communauté, est de partager les coûts des soins de santé dispensés par l'hôpital Saint Jean de Dieu [9].

Au Mali, les expériences des mutuelles de Bougouni, Kolokani, Kolondieba sur les soins obstétricaux d'urgence sont fructueuses. Elles reposent sur un partage des coûts entre l'Etat, les bénéficiaires et les associations de santé communautaires appuyées par l'UNICEF [12].

En Tanzanie, une expérience de création de réseau de mutuelles autour de l'hôpital de Mbozi dans la région de Mbeya sous l'égide du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) a permis de prendre en charge les gros risques (urgences obstétricales et autres interventions chirurgicales non programmées). Le partenariat de ces mutuelles avec l'hôpital confessionnel de Mbozi est scellé par un contrat [13].

En 1999 une étude a été menée conjointement par le BTI, l'USAID, l'ANMC, et Solidarité Mondiale, avec la participation de la Coopération Française, de l'UNICEF et de la GTZ. Elle a permis de procéder à un inventaire de 50 mutuelles dans six pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Sénégal et Togo). Elle a montré que les mutuelles ont contribué jusqu'à présent à une mobilisation de ressources qui reste faible malgré leur fort potentiel dans ce domaine. Leur contribution actuelle est limitée par des facteurs tels qu'une faible pénétration des groupes cibles, des taux de recouvrement bas et des niveaux de cotisation peu élevés [12].

Ainsi 60% des mutuelles étudiées ont moins de 100 membres. En matière de domaines de couverture dans l'allocation des ressources, 20% des mutuelles offrent exclusivement des services liés aux soins de santé primaires, 55% offrent uniquement des services liés aux prestations hospitalières, et seulement 25% de mutuelles proposent des services liés aux deux types de prestations.

La plupart de ces mutuelles étendent leurs services aux couches défavorisées de la population en ciblant essentiellement les personnes du secteur informel et du milieu rural pour qu'ils aient un meilleur accès aux services de santé [14].

En ce qui concerne le Bénin, les expériences ont commencé au cours des années 90. Sur l'initiative du CIDR avec l'appui de la Coopération Suisse, plusieurs mutuelles se sont développées dans les régions du Borgou et des Collines. Ces mutuelles fonctionnent sur un mode du tiers-payant : les soins consommés par les mutualistes sont payés par leur mutuelle grâce aux seules cotisations collectées auprès des adhérents [15]. On constate donc qu'un partenariat est né entre les organisations sociales et les prestataires de soins.

Au niveau du Bénin avec le développement du courant de la démocratie et de la décentralisation, le développement des mutuelles de santé a connu une forte accélération au cours des dix dernières années. L'élaboration et la signature du « document de politique et stratégie de développement des mutuelles de santé au Bénin » par le Ministère de la Santé Publique témoigne la volonté de l'Etat à soutenir cette approche.

En matière de partenariat, l'état des lieux au Sud du Bénin a montré que par rapport aux relations avec les prestataires de soins, près de la moitié des structures de micro assurances santé investiguées ne disposent pas d'une convention écrite. Elle a également révélé que la majorité des structures investiguées sont appuyés par des promoteurs sans document juridique spécifiant les modalités de collaboration [16].

Les mutuelles s'organisent de façon indépendante par rapport aux services de santé et s'engagent vis à vis de leurs adhérents sur des conditions définies d'accès aux soins dans des formations sanitaires dont elles n'ont pas, la plupart du temps la maîtrise. Ces relations sont basées sur un engagement volontaire des deux parties. Ces différents constats montrent que les opportunités de partenariat en matière d'appui pour le recouvrement des coûts et l'amélioration du système de soins existent.

Une fois créées, les mutuelles s'interrogent sur les modalités de prise en charge des dépenses de santé de leurs membres. Une des voies empruntées actuellement consiste à passer des conventions avec des formations sanitaires publiques ou privées mais aussi avec des praticiens privés. Elles portent sur les tarifs, les modalités de remboursement, l'accueil des assurés, la qualité des soins...

C'est dans la recherche d'une bonne synergie entre ces acteurs de Micro Assurance Santé (MAS) de plus en plus multiples et diversifiés, pour une meilleure rationalisation et optimisation du système de soins que la contractualisation a commencé à prendre du terrain depuis le début des années 2000 [17].

La contractualisation peut modifier la relation entre soignant soigné et emmène les mutuelles à chercher plus d'informations et de contrôle sur les prestations qu'elles achètent. De l'autre côté, les mutuelles peuvent apporter une sécurisation financière aux prestataires de soins, en garantissant le paiement des prestations réalisées et en favorisant l'augmentation de la fréquentation [18].

C'est dans ce contexte qu'est née la mutuelle de santé « Zanninon wênivivo » de Honhoué dans la commune de Houéyogbé le 14 juin 2004, pour satisfaire les besoins de santé et améliorer la couverture en soins préventifs et curatifs de la population de cette localité. Elle a effectivement

démarré ses activités le 15 décembre 2004. Les relations entre cette mutuelle et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué sont contractualisées à travers une convention de collaboration. Dans cette relation contractuelle :

- les différentes étapes du processus de contractualisation sont-elles respectées ?
- les engagements pris par chacune des parties prenantes sont-ils respectés ?
- la mise en œuvre du contrat garantit-elle la satisfaction des acteurs ?

Afin de mieux cerner la nature de la relation contractuelle entre la mutuelle et le centre de santé, nous nous sommes proposé à travers cette étude, d'évaluer les différents éléments qui garantissent la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé « Zanninon wêgnivivo » et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué.

1.2. Cadre conceptuel

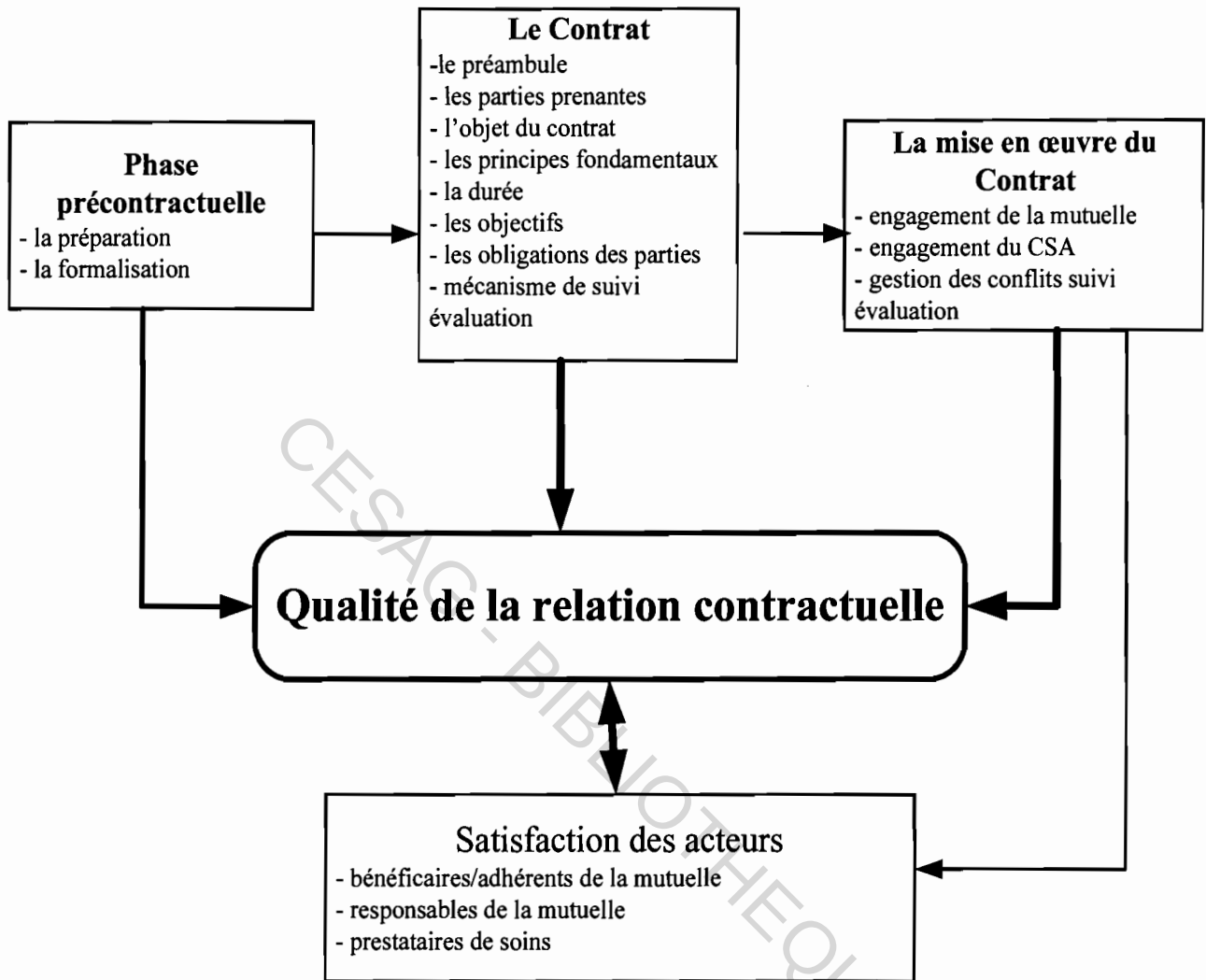


Figure N° 1 : Cadre conceptuel relatif à l'évaluation de la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé Zanninon wêgnivivo et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué

Commentaire du cadre conceptuel

Le cadre conceptuel tel que conçu, met en exergue les liens qui existent entre « la qualité de la relation contractuelle », la phase précontractuelle du processus de la contractualisation, le contrat dans sa complétude, sa mise en œuvre et la satisfaction des parties intéressées.

La combinaison de ces différents éléments permet de garantir la qualité des relations contractuelles.

Deux catégories de composantes essentielles sont retenues :

- la composante centrale qui est « la qualité de la relation contractuelle »
- les composantes explicatives qui influent sur la qualité de la relation contractuelle.

➤ Phase précontractuelle

Cette phase commence par la préparation au cours de laquelle l'initiative est prise. Ainsi les acteurs s'identifient et prennent conscience de la contractualisation qui pourrait les unir, mesurent les enjeux, les avantages, les risques et les contraintes. Ils mettent en place les mécanismes qui vont leur permettre de progresser. Le processus s'organise, pour déboucher sur l'étude de faisabilité.

➤ Le Contrat

La phase précontractuelle est suivie de la formalisation de la relation contractuelle qui aboutit à la signature d'un contrat par les deux parties. Dans ce contrat, sont consignés tout ce qui lie les deux parties : les obligations et les engagements de chaque partie prenante, les dispositions régulatrices, les mécanismes de suivi et d'évaluation. La complétude du contrat scelle donc la base de la qualité de la relation contractuelle et

constitue un bon document signé par les deux parties contractantes pour la mise en œuvre.

➤ **La mise en œuvre du contrat**

Une fois le contrat signé, les parties prenantes doivent l'exécuter selon les termes définis dans le contrat. Il s'agit du respect des engagements des parties prenantes en termes d'obligations et de devoirs d'une part, des dispositions régulatrices, des mécanismes de suivi et d'évaluation d'autre part. Ce faisant, on aboutira à la qualité de la relation contractuelle et la satisfaction des acteurs.

➤ **La satisfaction des acteurs**

Il y a une interdépendance entre la satisfaction des acteurs et la qualité de la relation contractuelle. La satisfaction des acteurs favorise et maintient la qualité de la relation contractuelle. La relation contractuelle de qualité conduit à la satisfaction des acteurs.

Le respect scrupuleux des différentes phases suscitées conditionne la qualité de la relation contractuelle.

1.3. Hypothèse

La qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle Zanninon wêgnivio et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué est bonne.

1.4. Objectifs

Objectif Général

Evaluer la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé Zanninon Wêgnivivo et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué

Objectifs spécifiques

1. Apprécier la phase précontractuelle de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué
2. Analyser le document du contrat entre la mutuelle de santé et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué
3. Apprécier la mise en œuvre du contrat entre la mutuelle de santé et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué
4. Mesurer la satisfaction des acteurs de la contractualisation entre la mutuelle de santé et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué
5. Proposer des approches de solutions aux insuffisances en vue de la qualité des relations contractuelles futures.

2. GENERALITES

2.1. Définition opératoire des concepts

Evaluation : C'est une sous fonction du processus gestionnaire qui consiste à mesurer, comparer et juger. Elle permet à travers la collecte, l'analyse et l'interprétation des données de porter un jugement sur les résultats produits par une intervention. L'évaluation consiste à mesurer les résultats sur la base d'indicateurs prédéterminés, à les comparer aux prévisions et grâce aux critères établis pour porter le jugement approprié [19].

Critère : C'est un paramètre qualitatif ou quantitatif sur lequel on peut baser un jugement pour prendre une décision

Micro-assurance : Régime volontaire et contributif pour une communauté ayant un faible budget de trésorerie afin de lui permettre de faire face aux risques courus par ses membres. De tels régimes peuvent inclure des risques très variés, dont le risque associé à la aux dépenses en rapport avec les soins de santé [20].

Mutuelle de la santé : La mutuelle de santé est une association facultative de personnes physiques, sans but lucratif, basée notamment sur les principes de solidarité entre tous les membres (adhérents et bénéficiaires). Elle mène, au moyen des cotisations des membres adhérents, et sur la base des décisions de ceux-ci, des actions de prévoyance, de solidarité, et accessoirement d'entraide en leur faveur, dans le domaine des risques sociaux, et prioritairement les risques maladies [9, 21, 22].

Politique contractuelle : Exprime de manière claire les choix et les limites de l'engagement de l'Etat dans une relation contractuelle

Processus contractuel : C'est une suite séquentielle d'étapes distinctes qu'il faut mener à bien pour que la relation contractuelle porte ses fruits. Ce processus comporte successivement: une phase précontractuelle, la signature d'un contrat, la mise en œuvre du contrat, la fin du contrat [14].

Contrat : C'est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres (parties prenantes) à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose [17].

Mise en œuvre du contrat : C'est l'exécution par les parties prenantes de toutes les dispositions selon les termes du contrat signé.

Satisfaction des acteurs : C'est le jugement de valeur que portent les acteurs sur le processus de la contractualisation et les prestations du centre de santé et celles de la mutuelle de santé.

Relation contractuelle : C'est une alliance volontaire de partenaires indépendants qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.

Qualité de la relation contractuelle : Dans le processus contractuel, la qualité de la relation contractuelle est mesurée par des critères à partir des composantes séquentielles : phase contractuelle, le contrat, la mise en œuvre du contrat et la satisfaction des acteurs.

Adhérent : Toute personne qui s'inscrit au sein d'une mutuelle de santé et qui s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur et à verser ses cotisations. On l'appelle encore titulaire ou membre.

Bénéficiaire : Toute personne qui, à titre de titulaire ou de personne en charge, bénéficie des services de la mutuelle [9].

Ticket modérateur : C'est le paiement direct à la charge du patient, devant être effectué par un adhérent à la mutuelle au moment de l'utilisation des soins de santé. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation en dépenses de santé [20].

Prestataires de soins : Ensemble des agents de santé qui administrent et participent à l'offre de soins.

Qualité des soins : Ensemble des soins administrés dans le respect des normes et protocoles préétablis en vue d'atteindre la satisfaction totale du client.

Taux de pénétration : C'est le rapport population bénéficiaire et population cible de la zone d'intervention

Convention : Accords conclus entre le prestataire de soins et la mutuelle, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir, à l'adhérent, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance [9].

Avenant : C'est un acte additionnel au contrat entre mutuelle de santé et prestataire de soins, qui permet de constater des modifications au contrat initial. L'avenant doit faire toujours l'objet de négociation quelle que soit la modalité d'établissement du contrat initial.

2.2. Revue de la littérature

Mutuelle de santé

La recherche d'informations sur la typologie des mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne nous a permis de les distinguer selon le type d'initiative. Ainsi Waelkens M.P, et Criel B. ; [22] ont fait une distinction en six types :

- les mutuelles communautaires : gérées par les membres de la communauté avec une adhésion sur la base géographique
- les mutuelles initiées et gérées par les prestataires
- les mutuelles de santé corporatistes : adhésion sur la base professionnelle pour les employés du secteur formel
- les mutuelles de santé basées sur une appartenance ethnique
- les mutuels de santé du secteur informel : adhésion sur une base professionnelle
- et les qui visent une adhésion pour des groupements existants plutôt pour les ménages individuels.

Dans la plupart des cas cités, les modèles sont développés sur des relations entre les bénéficiaires de la mutuelle, la mutuelle (en tant qu'assureur) et le prestataire, selon un partenariat scellé par un contrat.

Les types de mutuelles les plus décrits dans la littérature sont les mutuelles communautaires et les mutuelles initiées par les prestataires avec l'appui des ONG ou partenaires pour le développement internationaux ou nationaux et l'état, et les mutuelles corporatistes. Voici quelques exemples :

- Au Rwanda, le ministère de la santé avec l'appui de l'USAID, a créé des mutuelles dans trois districts pilotes. Chaque district a signé un contrat avec le centre de santé public local. A la fin de la première année, l'ensemble des 54 mutuelles créées avait un taux de pénétration de 8% [22].
- Au Sénégal, La mutuelle des Volontaires de l'Education National (mutuelle corporatiste pour les retraités), la mutuelle FAGGU, la mutuelle de Lalane

Diassap (mutuelles communautaires) ont tous un contrat avec l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès [23].

- Au Bénin, le CIDR, appuie les mutuelles de santé depuis 1993. l'objectif consistait à développer une assurance mutualiste limitée aux gros risques, en passant une convention avec les deux hopitaux privés non lucratif (confessionnels) de Boko et de Nikki, dans le Borgou. Les relations nouées avec les villages ciblées ont conduit à élargir la garantie des interventions aux interventions urgentes, hospitalisations et accouchements en centres de santé, ce qui a impliqué des conventions avec d'autres formations sanitaires publiques. La cotisation annuelle est au maximum de 1500 FCFA par personne, le tarif étant dégressif pour la couverture d'un ensemble de personnes rattachées au même cotisant. La réussite du projet a amené à l'étendre en zone rurale, dans le nord du Zou, autour de l'hôpital de Papané et du centre de santé de Ouèssè [24, 25].

Dans le développement et l'évolution des mutuelles, des études ont montré un lien étroit entre la mutualité et la microfinance. Les mutuelles communautaires à qui on attribue un bon recouvrement de coût sont celles qui concilient la micro-assurance et la microfinance [25, 26].

Mutuelle de santé et ses adhérents

Les mutuelles de santé ont un statut associatif ou coopératif [7].

Selon Letourmy A. et Perrot J., la relation "Mutuelle - adhérents", est une relation contractuelle c'est-à-dire une convention ou accord de volontés avec les conséquences qui en découlent, à savoir principalement l'obligation mutuelle des parties en présence. La mutuelle de santé développe un contrat standard (ou plusieurs) auquel la population aura la latitude d'adhérer. La relation contractuelle entre la population et la mutuelle de santé est donc basée sur un *contrat d'adhésion*.

Les avantages de l'assurance maladie découlent de la mutualisation du risque, c'est-à-dire de la possibilité de mise en commun au sein des régimes des ressources collectées auprès des assurés pour couvrir les sinistres frappant chacun d'eux et dont il faut supposer qu'ils ne concernent pas tous les assurés en même temps [7].

Mutuelle de santé et contractualisation avec les services de santé

La relation contractuelle entre la mutuelle de santé et les services de santé est un long processus qui peut se présenter en quatre phases successives :

- la préparation à la contractualisation,
- la formalisation de la relation contractuelle,
- la mise en œuvre du contrat,
- la fin du contrat.

Ces phases prendront une dimension différente selon les modalités de la relation contractuelle. Ce qui nous intéresse dans cette étude est une relation contractuelle basée sur un contrat d'achat de services. La mutuelle de santé, détenteur des fonds cotisés par ses membres, va négocier l'achat de l'offre des soins dans l'intérêt de ses adhérents. Dans cette étude, nous nous intéresserons aux trois premières phases [7,17,].

Phase I: La préparation à la contractualisation:

Cette phase commence lorsque les populations et des acteurs du secteur de la santé envisagent de recourir à la contractualisation jusqu'au moment où ils vont effectivement procéder à la formalisation de leur relation contractuelle. Cette phase comporte elle-même différentes étapes:

- Identification des acteurs et des enjeux: les acteurs s'identifient et prennent conscience de la contractualisation qui pourraient les unir; ils

mesurent les enjeux, les avantages, les risques et les contraintes de cette contractualisation; les acteurs s'engagent;

- Les acteurs mettent en place les mécanismes qui vont leur permettent de progresser; le processus s'organise;
- Étude de faisabilité de l'éventuelle relation contractuelle.

Cette phase associe également les leaders d'opinion et les responsables administratives au niveau décentralisé.

En pratique, les négociations se limitent généralement à la fixation des tarifs. Dans les rares cas où la qualité des soins fait partie des arrangements, il s'agit le plus souvent de composantes telles que les temps d'attente ou la qualité de l'accueil. Négocier la qualité de la prescription, par exemple, est difficile pour les membres, parce qu'ils ne disposent pas de l'information objective nécessaire pour pouvoir mener à bien de telles discussions. Il y a une asymétrie de l'information médicale. De plus, les mutualistes ne disposent pas de moyens de s'offrir les services d'un médecin-conseil. Le comportement du personnel peut s'améliorer sous pression, mais trop d'éléments dépendent du niveau central du système de santé lui-même. « La mutuelle Maliando a certainement contribué à créer un contre-pouvoir à celui des services et professionnels de santé ... mais cela n'a pas suffi ».

A l'issue de cette phase, on considèrera que les préparatifs sont terminés et que maintenant on peut passer à la phase suivante. Mais à tout moment, il peut être décidé de ne pas poursuivre plus loin les contacts. Les parties en présence renoncent alors à entrer dans une formulation d'une relation contractuelle [7, 17, 22,].

Phase II: La formalisation de la relation contractuelle

Cette phase commence au moment où les partenaires ont reconnu leur intérêt à établir une relation contractuelle et se terminera juste à l'issue de la signature du contrat. Cette phase peut présenter les étapes suivantes:

- Négociation: permet d'établir tous les éléments qui seront consignés dans le contrat, elle permet de fixer l'entente entre les partenaires ;
- Rédaction du contrat: il faut mettre tous les éléments ci-dessus dans la forme d'un contrat ;
- Signature: il est alors établi comment il sera procédé à la signature du contrat.

A l'issue de cette phase, on dispose d'un document contractuel signé par toutes les parties concernées. A tout moment, il peut être décidé de ne pas poursuivre plus loin les contacts. Les parties en présence renoncent alors à mener à bien la formulation de la relation contractuelle qu'il envisageait.

Le contrat :

La signature du contrat précède la mise en œuvre. La revue de littérature ne nous a pas permis de retrouver des études des antérieures sur l'appréciation ou l'évaluation d'un contrat-type. Toutefois, nous avons fait utiliser la grille internationale d'analyse du contrat, obtenue lors du premier atelier international de formation sur le recours à la contractualisation du 11 au 16 septembre 2005, pour apprécier le contrat. Toutefois, Waelkens MP., et Criel B., ont souligné : « L'appui donné manque souvent d'efficacité et le personnel des organisations d'appui n'a pas toujours la formation nécessaire pour traduire la théorie en pratique et pour donner des conseils individualisés et adaptés au contexte. Il y a donc lieu de revoir le fonctionnement des structures d'appui et éventuellement de redéfinir leur rôle. Tout en faisant une

promotion active, les gouvernements tardent à élaborer une législation qui clarifierait le statut des systèmes de mutualisation des risques maladie. Jusqu'à présent, le Mali est le seul pays qui a mis en place un cadre légal pour les mutuelles de santé » [22, 30].

Phase III: La mise en œuvre du contrat

Le contrat étant signé, les parties prenantes doivent l'exécuter selon les termes définis dans le contrat :

- mise en œuvre de toutes les dispositions du contrat: obligations de mettre en place tous les moyens prévus au contrat, suivi des résultats, mécanismes de concertation et de résolution des conflits ;
- avenants: parce que tout ne peut jamais être prévu, des avenants au contrat initial pourront être introduits par les parties en présence. Ces avenants doivent faire l'objet de négociation, quelles que soient les modalités d'établissement du contrat initial ;
- ruptures: à tout moment, le contrat peut être rompu. Normalement, les modalités de ces ruptures auront été prévues dans le texte même du contrat ;
- l'État doit aussi être en mesure de contrôler le bon déroulement du contrat afin de préserver les intérêts de la population [17].

La satisfaction des acteurs

Une bonne dynamique dans la relation contractuelle aboutit à la satisfaction des acteurs, autrement elle conduit à l'insatisfaction. Beaucoup d'études ont été réalisées sur le niveau de satisfaction. Mais très peu se sont penchées sur le cas spécifique de la relation contractuelle mutuelle de santé et centre de santé.

Une étude réalisée en Guinée-Conakry, par Criel B. Diallo AA, Van Der Vennet J, Waelkens MP, Wiegandt A, souligne la difficulté dans le partenariat mutuelle de santé et prestataires de soins. Une mutuelle communautaire d'aire de santé (MUCAS) a été conçue et mise en place en 1998 en Guinée forestière. L'objectif visait à tester sous quelles conditions un système mutualiste permet d'améliorer l'accès à des soins de qualité. La spécificité du modèle MUCAS est double: d'une part, le souhait de l'intégrer dans le système local de santé par la construction d'un partenariat entre mutuelle et services de santé ; et d'autre part, l'effort systématique de l'équipe de recherche locale pour essayer d'impliquer les professionnels de santé, aux niveaux opérationnels aussi bien que gestionnaires du système, dans la planification et la mise en place de la mutuelle. Les résultats montrent que les professionnels perçoivent la mutuelle comme une stratégie efficace pour améliorer l'accès aux soins, mais ils illustrent également le manque de compréhension, l'incertitude et même la résistance que le modèle semble avoir suscité auprès des professionnels. L'approche partenariale, si elle a été comprise, n'a pas été intériorisée par les professionnels de la santé. Ils maîtrisent l'outil technique mais sont désemparés dans leur dialogue avec la population. Cette étude illustre les difficultés d'un réel partenariat entre population et services de santé et le besoin de mieux préparer, former et encadrer les professionnels lors de la conception, la mise en place et l'organisation de modèles mutualistes de financement des soins de santé. L'importance de cet aspect a été insuffisamment reconnue par l'équipe de recherche malgré sa bonne volonté et les nombreux moments de concertation qu'elle a organisés entre les différentes parties prenantes. Une leçon importante de cette expérience est le besoin pour les promoteurs de concevoir et d'opérer des systèmes mutualistes dans lesquels les attentes et craintes des agents de santé sont mieux identifiées et mieux prises en compte [28,29].

Letourmy et Perrot J. rapporte le cas de plusieurs mutuelles qui se sont constituées autour de la ville de Ouèssè, qui est le siège d'un centre de santé de commune (CSC), créé en 1983. Cinq arrondissements (Toui, Kémon, Kilibo, Ouèssé et Gbanlin), dont les populations sont susceptibles de fréquenter le CSC, ont des mutuelles, qui couvraient (en 2000) environ 4200 personnes. C'est dans ce contexte que les mutuelles de Ouèssé ont passé un contrat avec le CSC, formation publique, contrat qui se révèle assez original en ce qu'il prévoit un partage du risque entre les payeurs et le prestataire [7].

Pour comprendre la nature du contrat, il convient de signaler que le CSC n'avait pas bonne réputation auprès des populations, notamment parce qu'il avait une tarification à l'acte modulée selon le client. Face à cette pratique, l'arrivée de la mutuelle qui prétendait obtenir des conditions de tarification fixées et identiques pour tous et qui voulait instaurer le tiers payant n'était pas une bonne chose pour tout le monde. Mais l'établissement y voyait néanmoins un avantage : la possibilité d'augmenter son taux de fréquentation qui était très bas. Une longue négociation a eu lieu et, finalement, l'approche contractuelle a trouvé un terrain d'application avec la mise en place du tiers payant et un engagement tarifaire pour trois ans qui s'inspirait du principe de la facturation au forfait pour toute hospitalisation concernant un mutualiste. Le contenu du contrat portait ainsi sur les éléments suivants : i) mise en place par l'établissement d'une tarification simplifiée fondée sur un forfait par catégorie d'intervention, ii) tenue d'un dossier médical, et, iii) mise en place d'un Comité de suivi et évaluation du manque à gagner éventuel du CSC.

La dernière clause est intéressante en ce qu'elle prévoit une compensation de la part de la mutuelle, en cas de déficit important pour le centre. Le contrat vise bien l'efficience, mais pas au profit de l'une des parties contre l'autre.

Après un an de fonctionnement, le dispositif a été évalué par l'examen des dossiers des mutualistes de la mutuelle de Ouessé qui, pour diverses raisons, ont été les seuls à fréquenter le centre durant cette période. L'évaluation a conclu au respect des éléments contractuels relatifs à la prise en charge des mutualistes : bon accueil, tenue du dossier médical, service conforme aux attentes. L'appréciation positive et la mise en évidence de voies d'amélioration indiquent l'apport du contrat pour ce qui relève de la qualité des soins, mais le bilan économique est très instructif. Il s'avère que, globalement, la dépense de la mutuelle a été supérieure de 15% à ce qu'elle aurait été en fonction des tarifs à l'acte affichés. Le gain du CSSP a porté sur l'hospitalisation, mais c'est la mutuelle qui a été gagnante sur les petites interventions. Dans la mesure où les forfaits ont été établis à partir d'un travail sur les coûts, il est possible que ce résultat traduise une distorsion voulue de la tarification affichée qui ajuste les prix à la capacité contributive de la population, en augmentant un peu les services ambulatoires pour pouvoir rendre plus accessible l'hospitalisation. Mais l'essentiel n'est pas là, car les mutualistes se sont montrés satisfaits de la dépense globale et affichent une meilleure disposition à fréquenter le CSC. C'est la disparition de la surtarification qui explique cette attitude; on peut l'interpréter comme un gain de la mutuelle par rapport à la dépense qui aurait été réellement engagée par les mutualistes, sans la mutuelle, ni le contrat avec le CSC. En d'autres termes, l'établissement a gagné 15% par rapport aux recettes qu'il aurait obtenues et la mutuelle a probablement gagné beaucoup plus par rapport à la dépense qui aurait été nécessaire pour le même service. On devine évidemment qu'il y a un perdant dans l'opération, en l'occurrence la fraction indécise du personnel, mais le dispositif laisse espérer une augmentation de l'activité, donc des recettes du CSC. A terme, si le contrat montre sa robustesse, une revalorisation des rémunérations, sur les salaires ou sous la forme de primes, est envisageable [7].

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1. Cadre d'étude

3.1.1. Commune de Houéyogbé

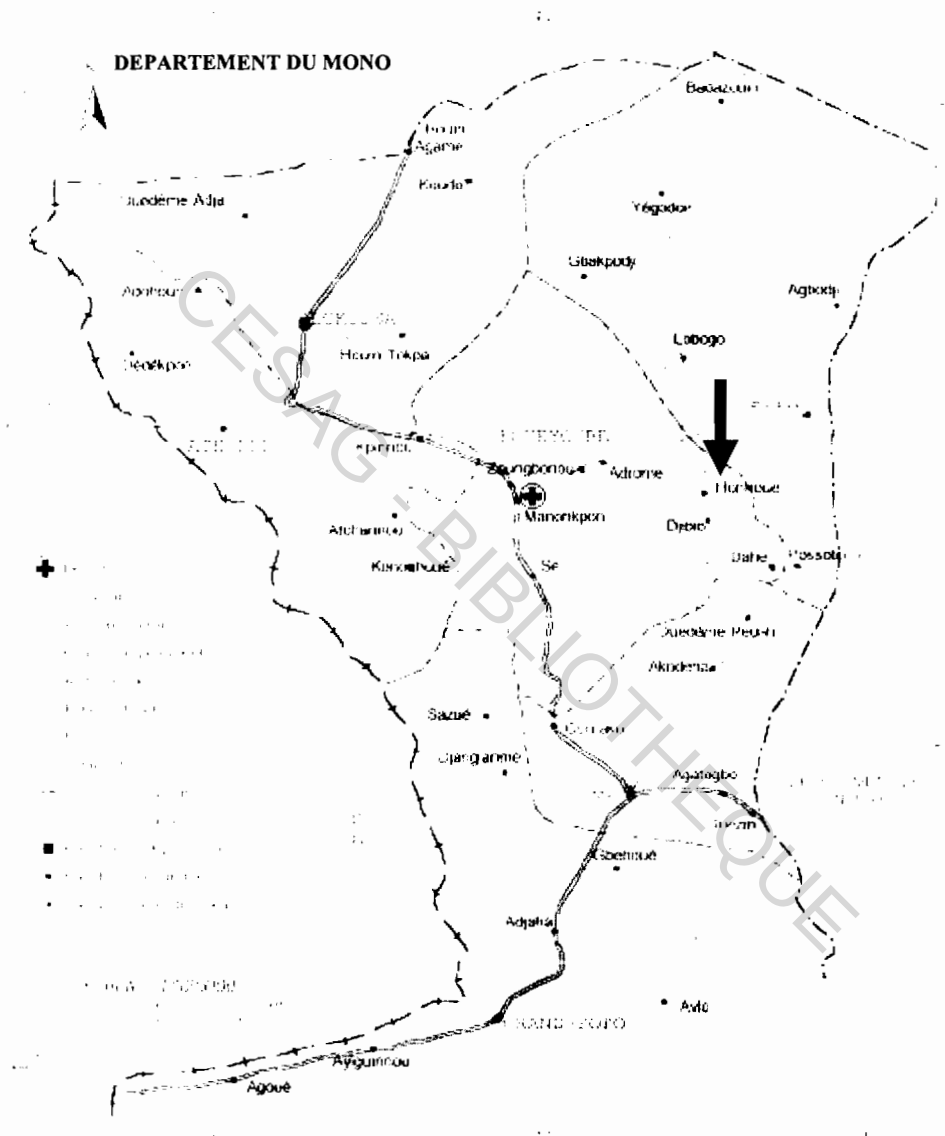


Figure N° 2 : Carte du département du Mono¹

¹ Source : Atlas Cartographiques des Infrastructures sanitaires : DIEM/ MS, BENIN 2001

Cadre physique

Située dans le département du Mono, avec une superficie de 290 km², la commune de Houéyogbé s'étend sur 16,25 km du nord au sud et sur 13,75 km de l'est à l'ouest. Elle appartient à la zone sanitaire de Comè. Elle est limitée au nord par les communes de Lokossa et de Bopa, au sud par les communes de Comè et de Grand-Popo, à l'est par la commune de Comè et à l'ouest par la commune d'Athiémé.

Elle jouit d'un climat de type subéquatorial, chaud et humide, marqué par deux saisons pluvieuses (mi-mars à mi-juillet et mi-septembre à mi-novembre) alternant avec deux saisons sèches (mi-novembre à mi-mars et mi-juillet à mi-septembre).

Données démographiques

Selon le recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2002, la population est de 74 492 habitants soit une densité de 257 habitants par Km². En supposant que le taux d'accroissement annuel de 3,8% est constant, la population actuelle est estimée à environ 83 385 habitants.

La commune de Houéyogbé compte six (06) arrondissements. La population de l'arrondissement de Doutou représente 30% de la population communale, suivi de l'arrondissement de Sè 26%, de l'arrondissement Dahè environ 20%, de l'arrondissement de Zoungbonou 9%, de l'arrondissement Houéyogbé 9% puis de l'arrondissement de Honhoué environ 6%.

Données sanitaires

La commune de Houéyogbé dispose de :

- un (1) centre de santé de commune,
- six (6) centres de santé d'arrondissement

- trois (3) maternités isolées dont une dans l'arrondissement de Doutou et deux dans l'arrondissement de Sè
- huit (8) unités villageoises de santé

un (1) seul médecin couvre la commune, sept (07) sages-femmes d'état et seize (17) infirmiers en 2006².

Les maladies les plus rencontrées sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, l'anémie, les diarrhées, les affections dermatologiques et les lésions traumatiques. Le taux de d'utilisation des soins curatifs des formations sanitaires de Houéyogbé est de 27,3% alors que celui des soins préventifs est de 28%³.

3.1.2. L'arrondissement de Honhoué

Cadre physique

L'arrondissement de Honhoué est situé à l'extrême Est de la commune de Houéyogbé. Il est limité à l'Ouest par les arrondissements de Doutou et de Sè, à l'Est par la commune de Bopa, au Sud par la commune de Comè et l'arrondissement de Dahè. Il compte six villages : Dévédji, Gavè, Honhoué-Aglè, Honhoué-Aklo, Kpétou-Gbadji et Togbonou. C'est un arrondissement essentiellement rural qui possède 300 hectares à la lisière du centre ville et qui présente quelque caractère urbain, résultat de la coopération de l'arrondissement avec la ville française d'Eschirrolles.

Données démographiques

La population de Honhoué est estimée à 5 203 habitants en 2006 avec 48,2% de sexe masculin et 51,8% de sexe féminin. L'ethnie Adja est la plus représentée.

² Source : Cellule statistique du bureau de la zone sanitaire de Comè

³ Source : Rapport de monitoring du 1^{er} semestre 2006

Données socio- économiques

- L'agriculture est l'activité dominante dans l'arrondissement. Les principales cultures sont le maïs, le manioc, le haricot, l'arachide, le piment, la tomate, les légumes et le palmier à huile. Le rendement de ces activités est fortement lié aux aléas climatiques imprévisibles, qui rendent la grande partie de la population dans une situation économique précaire. Face à ce problème, le secteur de la transformation agricole se développe dans la région. La transformation de manioc en tapioca et gari et la production de vin de palme et de sodabi prédominent dans ce domaine. Les groupements associatifs de femmes sont actifs dans cette transformation. L'existence d'une longue période de soudure entre février et juillet accentue la paupérisation de la masse paysanne à faible revenu de l'arrondissement.
- L'élevage domestique comme volailles et les petits ruminants destinés aussi bien à la vente qu'à la consommation prend également de l'ampleur. Trois **structures de micro finance** opèrent dans l'arrondissement, surtout dans les domaines du commerce des produits agricoles et de l'élevage de volailles⁴.
- L'artisanat prend plusieurs domaines à savoir les forgerons, les menuisiers par l'exploitation des forêts d'Aklo et d'Aglè, les maçons, les tailleurs, mais occupent peu de familles dans l'arrondissement. Le commerce est très peu développé, compte tenu du niveau de vie de la population. Il existe également une association de développement de l'arrondissement.
- Recours aux soins : la pratique est de recourir aux emprunts ou à l'aide des parents et d'amis en cas de maladie. Certaines familles,

⁴ Source : Plan de développement Communal de Houéyogbé.

n'ayant pas de moyens, recourent à la pharmacopée traditionnelle ou encore à l'automédication.

- L'existence **des associations à base communautaire**, le regroupement **des femmes autour des tontines tournantes les jours de marché** sont des valeurs fondées sur la solidarité et l'entraide mutuelle dans la localité. Il existe des Organisations Non Gouvernementales au sein de l'arrondissement.

Ces différentes valeurs peuvent constituer une base de solidarité pour la mutualité.

Données sanitaires

Il existe un seul centre de santé, le Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) qui couvre les six (6) villages. Le niveau d'équipement est bon, de même que la qualité des services grâce à l'appui conjugué du jumelage avec la ville d'Eschirrolles et l'Association des Médecins du Monde.

Le financement communautaire est pratiqué selon le système de cogestion avec le Comité de Gestion d'Arrondissement COGEA.

Le personnel du CSA est composé de :

- Deux infirmiers : le chef poste et la responsable de maternité
- Quatre aides-soignants dont deux pour la maternité et deux pour le dispensaire

Les maladies les plus fréquentes sont : le paludisme 37,3%, les infections respiratoires aiguës 11%, les diarrhées 7,5%, l'anémie 5%, les lésions traumatiques 5,1% et les dermatoses 3,5%⁵.

⁵ Source : Données statistiques du CSA de Honhoué

L'évolution du taux de fréquentation du centre de santé est de 52% en 2005 et 54% au cours du 1^{er} semestre 2006 contre une moyenne de 30 à 35% dans la zone sanitaire.

Le niveau de recouvrement des coûts est de 1,20 au cours du 1^{er} semestre 2006. Le taux de disponibilité en médicaments essentiels sous nom générique est de 100%.

3.1.3. La mutuelle de santé

La mutuelle de Honhoué s'appelle "Zanninon wêgnivivo". Ce nom qu'elle porte signifie en langue locale "la santé avant tout : quand on se porte bien, on a le bonheur". Cette mutuelle est née et rendue fonctionnelle en juin 2004 sur l'initiative de l'ONG GROPERE suite à l'appel des communautés villageoises vivant dans l'arrondissement de Honhoué. Elle est créée dans la perspective d'organisation de la demande, pour régler les faibles taux d'utilisation des services de l'aire sanitaire et de garantir une meilleure santé à la population par l'accessibilité financière aux soins de santé dans la formation sanitaire. Le siège social est situé à Honhoué-Aclo. Elle couvre les 6 villages de l'arrondissement de Honhoué et le village Doguè de l'arrondissement de Bopa. Elle compte 544 adhérents et 617 bénéficiaires, soit **un taux de pénétration de 12%** à la date du 30 septembre 2006 contre **un taux de pénétration de 10, 44% en 2005**.

Les organes de la mutuelle sont :

- L'assemblée générale (AG) composée de tous les membres de la mutuelle
- Le Conseil d'Administration (CA) composé de 7 membres élus par l'AG
- Le Comité de Contrôle (CC) composé de 3 membres élus par l'AG
- Le Conseil de Sensibilisation, de Collecte et de Suivi des Soins (CSCS) composé de 21 membres approuvés par l'AG.

Le prestataire de soins conventionné est le CSA de Honhoué et le dépôt pharmaceutique de Sè.

La mutuelle couvre les prestations suivantes :

- Les soins curatifs qui comprennent la consultation, la petite chirurgie (incision des abcès, sutures, pansements), l'observation
- Les soins maternels : consultation prénatale, laboratoire (albumine et sucre), petite chirurgie (épisiotomie, sutures), accouchement, observation
- Les médicaments génériques vendus aux CSA et quelques médicaments de spécialité figurant dans la convention. La liste de ces médicaments de spécialité fait l'objet d'une convention avec la Pharmacie de Sè qui est la pharmacie la plus proche du CSA de Honhoué.

La mutuelle ne prend pas en charge les maladies chroniques (liste en annexe), la référence vers l'hôpital de zone, le carnet de soins, le carnet de santé, la fiche maternelle et la fiche infantile.

La mutuelle pratique le système du tiers payant : 75% des frais des prestations sont pris en charge par la mutuelle et 25% sont à la charge des mutualistes. Les factures qui comportent tous les soins dispensés aux bénéficiaires seraient envoyées à la mutuelle par le prestataire tous les 20 de chaque mois. Et ce dernier ferait le remboursement au plus tard 7 jours ouvrables après leur réception. Le droit d'adhésion est fixé à 500 FCFA pour chaque adhérent. La cotisation annuelle est fixée à 1250 FCFA par bénéficiaire. Le contrat dure un an renouvelable. Le premier exercice a commencé le 15 décembre 2004. Une réunion de concertation entre la mutuelle, le CSA, le COGEA, les autorités sanitaires de la zone sanitaire et les élus locaux s'effectue tous les trimestres afin de discuter de la collaboration entre ces structures.

3.2 Méthode

3.2.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée évaluative devant permettre d'apprécier la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé et le centre de santé de Honhoué.

3.2.2. Population d'étude :

- La population de notre étude est constituée de :
- les membres des organes de gestion de la mutuelle (le gérant de la mutuelle, les membres du CA, membres du CC, membres du CSCS)
- les agents de santé ;
- le responsable de l'ONG qui appuie la mutuelle
- les bénéficiaires de la mutuelle

3.2.3. Echantillonnage

Méthode :

- Echantillonnage probabiliste pour les bénéficiaires de la mutuelle
- Echantillonnage non probabiliste pour les responsables de la mutuelle, les agents de santé et le responsable de l'ONG qui appuie la mutuelle

Technique :

Les techniques d'échantillonnage utilisées pour la collecte des données sont :

- **Pour les bénéficiaires**, nous avons fait un **sondage aléatoire systématique** des mutualistes. Nous avons calculé la taille de l'échantillon à partir de la formule de Schwartz et avons obtenu 162.

Le nombre total de bénéficiaires inscrits à la date du 30 septembre 2006 est de 617. Le pas de sondage a été déterminé en divisant le nombre total de bénéficiaires par l'effectif des bénéficiaires à enquêter ; soit $617/162 = 3,8$ soit 4; le pas de sondage retenu est de 4. Nous avons écrit des chiffres de 1 à 4 sur des morceaux de papier que nous avons enroulé. Un des papiers enroulés a été tiré au sort et le chiffre inscrit sur ce papier était de 2. A partir du registre des bénéficiaires, nous avons considéré comme premier sujet à enquêter le deuxième bénéficiaire inscrit sur la liste et à ce chiffre nous avons ajouté le pas de sondage pour obtenir le deuxième sujet. Nous avons procédé ainsi de suite jusqu'à obtenir les 162 sujets prévus pour l'enquête.

- Nous avons procédé à **un choix raisonné** pour les membres des organes de gestion de la mutuelle, les agents de santé et le représentant de l'ONG qui appuie la mutuelle.

Taille de l'échantillon

- Pour le calcul du nombre de bénéficiaires retenus, nous avons utilisé la formule de Schwartz :

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{pq}{i^2}$$

p = taux de pénétration = 0,12 (calculé à partir de l'effectif des bénéficiaires et de la population cible de l'arrondissement)

$$q = 1 - p = 0,88$$

$$Z_{\alpha} = 1,96 ; i = 5 \% \text{ (degré de précision désirée)}$$

$$n = 162 \text{ bénéficiaires}$$

- le gérant (1)

-
-
- cinq (5) membres du CA de la mutuelle
 - trois (3) membres du CC de la mutuelle
 - six (6) membres du CSCS
 - Deux (2) prestataires de soins du centre de santé conventionné
 - Un (1) représentant de l'ONG qui appuie la mutuelle

La taille totale de notre échantillon est donc $N = 162 + 18$ soit 180 personnes.

3.2.4. Techniques et outils de collectes des données

Techniques

Les techniques suivantes ont été utilisées :

- l'exploitation documentaire au du siège de la mutuelle portant sur les Statuts de la mutuelle de santé, le règlement intérieur, le contrat entre la mutuelle et le centre de santé de Honhoué, les rapports d'activités de la mutuelle, les états ou rapports financiers et les registres administratifs, les lois et textes divers en faveur de la promotion des mutuelles
- l'exploitation documentaire au centre de santé conventionné portant sur le registre de consultation, les rapports de monitoring, les rapports SNIGS, les rapports financiers, les cahiers d'enregistrement des mutualistes, les facturiers des mutualistes, la carte de l'arrondissement
- l'entretien individuel avec les membres des organes de gestion de la mutuelle sur les formations reçues dans le domaine de la mutualisation, le processus de mise en place de la mutuelle, le déroulement du processus de contractualisation avec le centre de santé, leur connaissance et appréciation du contrat et de sa mise, les avantages du processus et leur niveau de satisfaction.

-
-
- l'entretien individuel avec les prestataires de soins a porté sur le déroulement du processus de contractualisation, les différentes formations reçues, le contrat et sa mise en œuvre, les avantages et leur niveau de satisfaction
 - L'entretien individuel avec un représentant de l'ONG qui appuie la mutuelle a porté sur l'historique et les raisons de l'appui, les types d'appui, l'opinion sur l'évolution de la relation contractuelle entre le centre de santé et la mutuelle.
 - L'entretien individuel avec les bénéficiaires a porté sur la connaissance du contenu du contrat, les avantages, leur niveau de satisfaction par rapport au processus.

Outils

Les outils de collecte des données sont en adéquation avec chaque technique et sont constitués de:

- fiches de dépouillement en rapport avec l'exploitation de documents
- grille internationale d'analyse du contrat (*conçue et utilisée dans le cours annuel de l'OMS et de la Banque Mondiale sur le processus contractuel en santé, IRSP 2006*) que nous avons adapté à la situation en modifiant la pondération des scores qu'elle nous a proposée
- guide d'entretien en rapport avec l'entretien.

3.2.5. Définition des variables

La contractualisation est un processus qui est évalué à travers ses différentes composantes. Ainsi :

- la variable principale retenue pour l'étude est la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé et le centre de santé de Honhoué ;
- les composantes explicatives retenues sont celles qui déterminent la qualité de la relation contractuelle et sont les suivantes:
 - la phase précontractuelle
 - le contrat
 - la mise en œuvre du contrat
 - la satisfaction des acteurs

3.2.6. Aspects opérationnels des composantes

Pour rendre opérationnelles les composantes, nous avons défini pour chacune d'elles des modalités et pour chaque modalité nous avons attribué un score. Le total des scores sert de base pour définir des critères permettant de mesurer la variable.

3.2.6.1. Aspect opérationnel de la composante « phase précontractuelle »

Tableau I : Répartition des scores en fonction des modalités de la composante "Phase précontractuelle"

Composante	Modalités	Scores
Phase précontractuelle	1) La préparation de la relation contractuelle	
	- Identification des acteurs effectuée	2
	- Identification des acteurs non effectuée	1
	- Analyse des enjeux et avantages de la relation contractuelle effectuée	2
	- Analyse des enjeux et avantages de la relation contractuelle non effectuée	1
	- Etude de faisabilité de la relation contractuelle	

réalisée	2
- Etude faisabilité de la relation contractuelle n'a pas été réalisée	1

Tableau I : (Suite)

- Dossier de négociation élaboré	2
- Dossier de négociation non élaboré	1
- Dossier de négociation mis à disposition des 2 parties contractantes	2
- Dossier de négociation mis à disposition d'une seule partie	1
2) La formalisation de la relation contractuelle	
- La séance de négociation a été tenue	2
- La séance de négociation n'a pas été tenue	1
- La rédaction du contrat tient compte des résultats de la négociation	2
- La rédaction du contrat ne tient pas compte des résultats de la négociation	1
- Le contrat a été officiellement enregistré	2
- Le contrat n'a pas été officiellement enregistré	1

Total des scores	9 à 15
-------------------------	---------------

Le total des scores en fonction des modalités de la composante « Phase précontractuelle » varie de 8 à 16 points.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- [13-15] : bonne
- [9-12] : acceptable
- < 9 : mauvaise

3.2.6.2. Aspect opérationnel de la composante « contrat »

Tableau II : Répartition des scores en fonction des modalités de la composante "contrat"

Composante	Modalités	Scores
Contrat	1) Préambule du contrat	
	Le contrat fait une référence claire à la politique nationale de santé ou à tout autre texte de portée nationale, ou à une convention-cadre?	2
	Le contrat ne fait pas référence à la politique nationale de santé	1
	- Le contexte du contrat est clairement défini	2
	- Le contexte du contrat n'est pas clairement défini	1
	- Le contrat dispose d'informations suffisantes sur les acteurs	2
	- Le contrat ne dispose pas d'informations suffisantes sur les acteurs	1
	2) Les parties prenantes	
	- Les parties prenantes sont clairement identifiées	2
	- Les parties prenantes ne sont pas clairement identifiées	1

- Le contrat fait mention de la capacité juridique des parties prenantes	2
- Le contrat ne fait pas mention de la capacité juridique des parties prenantes	1

Tableau II : suite

Composante	Modalités	Scores
Contrat	3) L'objet de la relation contractuelle	
	- L'objet de la relation contractuelle est clairement formulé	2
	- L'objet de la relation contractuelle n'est pas clairement formulé	1
	4) Les engagements des parties contractantes	
	- Les engagements pour chacune des parties contractantes sont bien définis	2
	- Les engagements pour chacune des parties contractantes ne sont pas clairement définis	1
	- Le rôle que doit jouer chacune des parties au contrat est clair	2
	- Le rôle que doit jouer chacune des parties au contrat n'est pas clair	1
	- Les modalités de mise en œuvre des actions sont claires	2
	- Les modalités de mise en œuvre des actions ne sont pas claires	1
	5) Les objectifs du contrat	
	- Les objectifs du contrat sont clairement définis	2
	- Les objectifs du contrat ne sont pas clairement définis	1

- | | |
|--|---|
| - Les objectifs du contrat sont réalistes | 2 |
| - Les objectifs du contrat ne sont pas réalistes | 1 |

Tableau II : suite

Composante	Modalités	Scores
Contrat	6) La durée du contrat	
	- La durée du contrat est clairement indiquée	2
	- La durée du contrat n'est pas clairement indiquée	1
	- La durée du contrat est appropriée par rapport au type de contrat	2
	- La durée du contrat n'est pas appropriée par rapport au type de contrat	1
	7) Les moyens	
	- Les moyens humains à mettre en place dans le contrat sont clairement identifiés	2
	- Les moyens humains à mettre en place dans le contrat ne sont pas clairement identifiés	1
	- Les moyens financiers qui devront être mis en place pendant le contrat sont clairement définis	2
	- Les moyens financiers qui devront être mis en place pendant le contrat ne sont pas clairement définis	1
	8) Le respect du service public	
	- Les principes de respect de service public sont	2

clairement définis dans le contrat

- Les principes du respect de service public ne pas
clairement définis dans le contrat 1

Tableau II : suite

Composante	Modalités	Scores
Contrat	9) Les mécanismes de suivi	
	- Les mécanismes de suivi sont clairement prévus	2
	- Les mécanismes de suivi ne sont pas clairement définis	1
	10) Les mécanismes d'évaluation	
	- Les mécanismes d'évaluation sont clairement inscrits dans le contrat	2
	- Les mécanismes d'évaluation ne sont pas prévus	1
	11) Prévention et résolution des conflits	
	- Le contrat prévoit des mécanismes de prévention des conflits	2
	- Le contrat ne prévoit aucun mécanisme de prévention de conflit	1
	- Le contrat prévoit des mécanismes de résolution des conflits	2
	- Le contrat ne prévoit aucun mécanisme de résolution des conflits	1
	12) Les clauses de ruptures avant échéance	
	- Les clauses de rupture du contrat avant échéance sont correctement prévues	2
	- Les clauses de rupture du contrat avant échéance ne sont pas correctement prévues	1

13) Les avenants

- Les possibilités d'établir des avenants sont correctement prévues 2
- Aucune possibilité d'établir des avenants n'est prévue 1

Tableau II : suite et Fin

Composante	Modalités	Scores
14) Fin et renouvellement du contrat		
	- Les modalités de fin et de renouvellement du contrat sont clairement identifiées et explicitées	2
	- Les modalités de fin et de renouvellement du contrat ne sont pas clairement identifiées et explicitées	1
15) Enregistrement du contrat		
Contrat	- Les modalités d'enregistrement du contrat sont clairement stipulées	2
	- Les modalités d'enregistrement du contrat ne sont pas clairement stipulées	1
16) Visa des parties signataires du contrat		
	- Le contrat est visé par les mandataires des deux parties prenantes	2
	- Le contrat n'est visé par aucun mandataire	1
Total des scores		25 à 50

Le total des scores en fonction des modalités de la composante « contrat » varie de 25 à 50 points.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- [40-50] : bon
- [25-39] : acceptable
- < 25 : mauvais

3.2.6.3. Aspect opérationnel de la composante « mise en œuvre du contrat »

Tableau III : Répartition des scores en fonction des modalités de la variable "mise en œuvre du contrat"

Composante	Modalités	Scores
Mise en œuvre du contrat	1) Engagements de la mutuelle de santé	
	- La liste des bénéficiaires à jour de leur cotisation est toujours à disposition du CSA	2
	- La liste des bénéficiaires à jour de leur cotisation n'est pas à disposition du CSA	1
	- Les facturiers sont toujours mis à disposition du CSA	2
	- Les facturiers ne sont toujours mis à disposition du CSA	1
	- Les factures émises par le CSA sont remboursées dans les délais prévus par le contrat	2
	- Les factures émises par le CSA ne sont pas remboursées dans les délais prévus au contrat	1

2) Engagements du prestataire de soins conventionné

- Le taux de disponibilité des médicaments essentiels est supérieur ou égal à 80% 2
- Le taux de disponibilité des médicaments essentiels est inférieur à 80% 1

Tableau III : suite et fin

Composante	Modalités	Scores
Mise en œuvre du contrat	- La disponibilité des prestataires de soins est assurée	2
	- La disponibilité des prestataires de soins n'est pas assurée	1
	- Les soins sont administrés en respectant les protocoles de prise en charge des affections prévues au contrat	2
	- Les soins administrés ne respectent les protocoles de prise en charge des affections prévues	1
	- Les tarifs appliqués sont conformes à ceux prévus au contrat	2
	- Les tarifs appliqués ne sont pas conformes à ceux prévus au contrat	1
3) Gestion des conflits		
	- Les mécanismes de prévention et de résolution des conflits prévus au contrat sont appliqués	2
	- Les mécanismes de prévention et de résolution des conflits prévus au contrat ne sont appliqués	1
4) Suivi et évaluation		
	- Le mécanisme de suivi par une réunion mensuelle des 2 parties est appliqué	2

- Le mécanisme de suivi par une réunion mensuelle des 2 parties est appliqué	1
- Le mécanisme de révision annuelle prévu au contrat est appliqué	2
- Le mécanisme de révision annuelle prévu au contrat n'est pas appliqué	1

Total des scores	10 à 20
-------------------------	----------------

Le total des scores en fonction des modalités de la composante « mise en œuvre du contrat » varie de 10 à 20 points.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- [16-20] : bonne
- [10-15] : acceptable
- < 10 : mauvaise

3.2.6.4. Aspect opérationnel de la composante « satisfaction des acteurs»

Tableau IV: Répartition des scores en fonction des modalités de la composante "satisfaction des acteurs"

Composante	Modalités	Scores
Satisfaction des acteurs	1) Satisfaction des bénéficiaires	
	La proportion des bénéficiaires satisfaits par aux paquets d'activités offerts est :	
	Supérieure ou égale à 80%	3
	- Entre 50% et 80%	2
	- Inférieure à 50%	1
	La proportion des bénéficiaires satisfaits par au temps d'attente est :	
	- Supérieure ou égale à 80%	3
	- Entre 50% et 80%	2
	- Inférieure à 50%	1

La proportion des bénéficiaires satisfaits par aux soins administrés par les prestataires (consultation, traitement, les délais de guérison, les rendez-vous de suivi) est :

- Supérieure ou égale à 80% 3
- Entre 50% et 80% 2
- Inférieure à 50% 1

Composante	Modalités	Scores
Satisfaction des acteurs	La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport à la disponibilité des prestataires de soins est :	
	- Supérieure ou égale à 80%	3
	- Entre 50% et 80%	2
	- Inférieure à 50%	1
	La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport à la disponibilité des médicaments est :	
	- Supérieure ou égale à 80%	3
	- Entre 50% et 80%	2
	- Inférieure à 50%	1
	La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport au mode de paiement des prestations est :	
	- Supérieure ou égale à 80%	3
	- Entre 50% et 80%	2
	- Inférieure à 50%	1
	La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport aux services couverts par la mutuelle est :	
	- Supérieure ou égale à 80%	3
	- Entre 50% et 80%	2
	- Inférieure à 50%	1

2) Satisfaction des membres des organes de gestion de la mutuelle

La proportion des membres des organes de gestion de la mutuelle satisfaits des services couverts par la mutuelle est :

- | | |
|-------------------------------|---|
| - Supérieure ou égale à 12/15 | 3 |
| - De 11 à 8/15 | 2 |
| - Inférieure à 8/5 | 1 |

Composante	Modalités	Scores
Satisfaction des acteurs	La proportion des membres des organes de gestion de la mutuelle satisfaits sur les termes sur contrat :	
	- Supérieure ou égale à 12/15	3
	- De 11 à 8/15	2
	- Inférieure à 8/15	1
	La proportion des membres des organes de gestion de la mutuelle satisfaits de la qualité des soins au CSA :	
	- Supérieure ou égale à 12/15	3
	- De 11 à 8/15	2
	- Inférieure à 8/15	1
3) Satisfaction des prestataires de soins		
	- Les prestataires de soins sont satisfaits de la mise à jour de la liste des bénéficiaires	2
	- Les prestataires ne sont pas satisfaits de la mise à jour de la liste des bénéficiaires	1
	- Les prestataires de soins sont satisfaits du mode de remboursement des prestations	2
	- Les prestataires de soins ne sont pas satisfaits du mode de remboursement des prestations	1

- Les prestataires de soins estiment que les termes du contrat sont satisfaisants pour garantir la qualité de la relation contractuelle	3
-Les prestataires estiment qu'il faut réviser certains points du contrat pour garantir la qualité de la relation	2
Les prestataires estiment qu'il faut revoir le contrat dans son ensemble	1
Total des scores	13 à 37

Le total des scores en fonction des modalités de la composante « satisfaction des acteurs » varie de 13 à 37 points.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- [30-37] : satisfaction bonne
- [19-29] : satisfaction acceptable
- < 19 : satisfaction insuffisante

3.2.6.5. *Qualité de la relation contractuelle*

Tableau V : Aspects opérationnels de la composante principale "Qualité de la relation contractuelle"

Composante principale	Composantes explicatives	Scores
Qualité de la relation contractuelle	La phase précontractuelle	8 à 16
	Le contrat (document)	25 à 50
	La mise en œuvre	10 à 20
	La satisfaction des acteurs	13 à 37

Total des scores possible
56 à 123

Le total des scores des modalités de la composante principale « qualité de la relation contractuelle » varie de 56 à 123.

Les critères d'appréciation de la variable dépendante « qualité de la relation contractuelle » sont les suivants :

- De 99 à 123, la qualité de la relation contractuelle est bonne
- De 62 à 98, la qualité de la relation contractuelle est acceptable
- De 56 à 61, la qualité de la relation contractuelle n'est pas bonne

3.2.6.6. Collecte, analyse des données et système de présentation des références

Les enquêteurs ont été formés le 16 octobre 2006.

Les outils ont été testés dans l'arrondissement de Comè le 17 octobre 2006.

La collecte des données a débuté le 19 octobre et s'est poursuivie jusqu'au 31 octobre 2006 pour pouvoir atteindre la taille prévue.

Les données collectées ont été compilées et analysées avec le logiciel Epi-info6 et Microsoft office Excel 2003.

Le traitement de texte a été effectué avec Microsoft office Word 2003.

Les normes de Vancouver ont été utilisées pour la présentation des références.

3.2.6.7. Considérations d'ordre éthique

Les considérations d'ordre éthique ont été prises en compte dans la présente étude. Les différents entretiens ont été réalisés après le consentement éclairé des personnes incluses dans l'étude. Les données recueillies ont été traitées de façon anonyme et les informations présentées

ne sauraient porter préjudice à aucun adhérent et bénéficiaire de la mutuelle, prestataire ou personne ressource.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4. RESULTATS

Les résultats seront présentés suivant les objectifs après une brève description des caractéristiques des échantillons.

4.1 Caractéristiques des échantillons

4.1.1 Les membres des organes de gestion de la mutuelle

Au cours de l'enquête nous avons interrogé 15 membres des organes de gestion de la mutuelle. Ce sont pour :

- le Conseil d'Administration (CA) : la présidente, le secrétaire, le trésorier, le secrétaire adjoint et le trésorier adjoint. Ils ont tous participé au processus de contractualisation depuis l'identification des acteurs jusqu'à la mise en œuvre.
- le Comité de Contrôle (CC): le président, le secrétaire et le secrétaire adjoint
- le Conseil de Sensibilisation, de Collecte et Suivi des soins (CSCS) : un membre par village pour les six villages
- le gérant de la mutuelle

4.1.2. Les prestataires de soins

Les prestataires de soins interrogés au cours de l'enquête sont l'infirmier d'état responsable du centre de santé et l'infirmière diplômée d'état, responsable de la maternité. L'infirmier est à ce poste depuis 10 ans et la responsable de la maternité depuis 5 ans.

4.1.3. Les bénéficiaires de la mutuelle de santé

▪ Age

Tableau VI : Répartition des bénéficiaires de la mutuelle de santé selon la tranche d'âge

Classe d'âge (années)	Effectifs	Pourcentage
Moins de 20	3	1,8
21 à 40	104	64,2
41 à 60	51	31,5
Plus de 60	4	2,5
Total	162	100,0

Age médian = 37 ans, minimum = 19 ans, Maximum = 66ans

De ce tableau, il ressort que la tranche d'âge la plus représentée est de 21 à 40 ans (64,2%)

■ Sexe

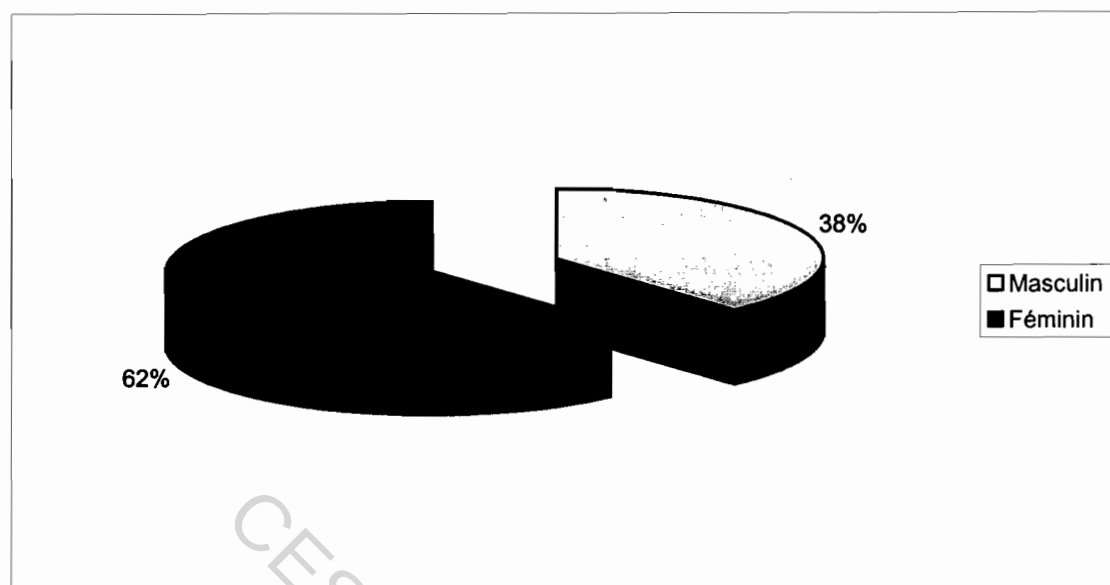


Figure N°3 : Répartition des bénéficiaires de la mutuelle selon le sexe
Le sexe féminin est prédominant dans une proportion de 62%.

■ Profession

Tableau VII : Répartition des bénéficiaires de la mutuelle selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	70	43,2
Artisan	33	20,4
Commerçant/vendeur	57	35,2
Autres	2	1,2
Total		100,0

La majorité des bénéficiaires de la mutuelle sont des cultivateurs (43,2%)

Provenance

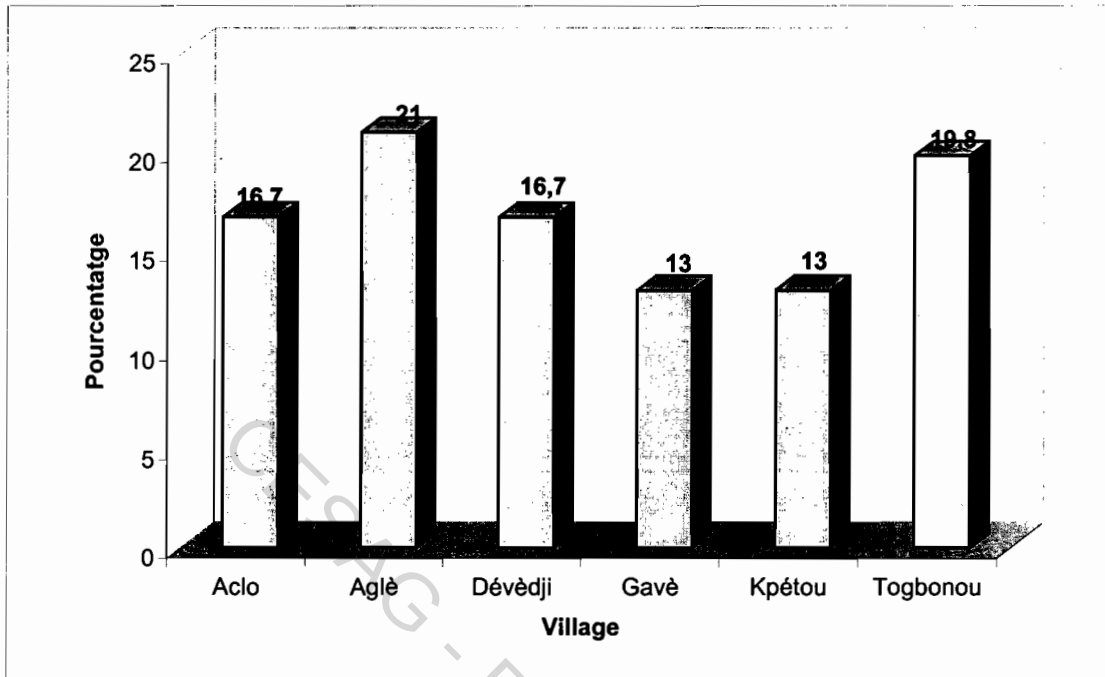


Figure N°4 : Répartition des bénéficiaires selon le village de provenance

Les villages de Aglè et Togbonou ont fourni le plus de bénéficiaires au cours de l'enquête, respectivement 21% et 19,8%.

4.2. Phase précontractuelle

Tableau VIII : Appréciation des modalités de la composante "Phase précontractuelle"

N°	Modalités	Scores obtenus
1	La préparation de la relation contractuelle	10
2	La formalisation de la relation contractuelle	5
Total		15

Selon les critères retenus, le score obtenu (15) se situe dans l'intervalle de 13 à 16. Donc la phase précontractuelle est bonne.

4.3. Le contrat

Tableau IX: Appréciation des modalités de la composante « contrat »

N°	Modalités	Scores obtenus
1	Préambule du contrat	4
2	Les parties prenantes	3
3	L'objet de la relation contractuelle	2
4	Les engagements des parties contractantes	6
5	Les objectifs du contrat	4
6	La durée du contrat	4
7	Les moyens	2
8	Le respect du service public	2
9	Les mécanismes de suivi	2
10	Les mécanismes d'évaluation	1
11	Prévention et résolution des conflits	4
12	Les clauses de ruptures avant échéance	2
13	Les avenants	2
14	Fin et renouvellement du contrat	1
15	Enregistrement du contrat	1
16	Visa des parties signataires du contrat	2
Total		42

Selon les critères retenus, le score obtenu (42) se situe dans l'intervalle de 40 à 50. Donc le contrat est bon.

4.4. La mise en œuvre du contrat

Tableau X : Appréciation des modalités de la composante « mise en œuvre du contrat »

N°	Modalités	Scores obtenus
1	Engagements de la mutuelle de santé	6
2	Engagements du prestataire de soins conventionné	7
3	Gestion des conflits	1
4	Suivi et évaluation	2
Total		16

Selon les critères retenus, le score obtenu (16) se situe dans l'intervalle de 16 à 20. Donc la mise en œuvre du contrat est bonne.

4.5. La satisfaction des acteurs

Tableau XI : Appréciation des modalités de la composante « satisfaction des acteurs »

N°	Modalités	Scores obtenus
1	Satisfaction des bénéficiaires	16
2	Satisfaction des membres des organes de gestion de la mutuelle	5
3	Satisfaction des prestataires de soins	8
Total		29

Selon les critères retenus, le score obtenu (29) se situe dans l'intervalle de 19 à 29. Donc la satisfaction des acteurs est acceptable.

4.6. La qualité de la relation contractuelle

Tableau XII : Appréciation de la composante principale « qualité de la relation contractuelle »

N°	Variables indépendantes	Scores obtenus
1	La phase précontractuelle	15
2	Le contrat (document)	42
3	La mise en œuvre	16
4	La satisfaction des acteurs	29
Total		102

Selon les critères retenus le score obtenu est de 102. Ce score se trouve dans l'intervalle de 99 à 123. La qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle Zanninon wêgnivivo et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué est donc bonne.

5. DISCUSSION

La discussion des résultats de l'étude va porter sur les points suivants :

- l'atteinte des objectifs de l'étude, la qualité et la validité des résultats
- la phase précontractuelle
- le contrat
- la mise en œuvre du contrat
- la satisfaction des acteurs

5.1. Atteinte des objectifs, qualité et validité des résultats

La présente étude a permis d'évaluer la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé « Zanninon wêgnivivo » et le centre de santé de Honhoué sur la base de la phase précontractuelle, du contrat, de la mise en œuvre du contrat et de la satisfaction des acteurs.

Les données collectées ont permis de couvrir entièrement tous ces aspects. De même, chaque composante explicative de la qualité de la relation contractuelle (variable indépendante) a été respectivement mesurée et appréciée, à partir des outils de collecte et critères retenus.

En ce qui concerne la validité, l'étude a été transversale, descriptive et évaluative. L'échantillonnage a été probabiliste pour les bénéficiaires (mutualistes non membres du conseil d'administration), la technique étant le sondage aléatoire systématique. Cette technique garantit la représentativité de cet échantillon. Elle permet d'étendre les résultats à l'ensemble des mutualistes.

Le choix raisonné a été utilisé pour le personnel de santé, les membres des organes de gestion de la mutuelle, le représentant de l'ONG qui appuie la mutuelle. Ce faisant, certaines cibles n'ont pas pu être interrogées. Ces situations pourraient introduire des biais de sélection pour une généralisation. Mais en fait le type de données à collecter ne peut être fiable que s'il provient de personnes spécifiques, les plus à même d'en parler.

Les outils de collecte et les techniques utilisés sont en adéquation avec la méthode d'étude. Cet ensemble sous tend la qualité et la validité des résultats de l'étude.

5.2. De la phase précontractuelle

La phase précontractuelle de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé et le centre de santé de Honhoué est jugée bonne. Elle est donc favorable à la formalisation du contrat et conditionne les phases suivantes. La réussite de cette phase a été possible grâce à la prise en compte et au respect des séquences prévues à cet effet et à la prise en compte des intérêts des différentes parties prenantes et à la participation des leaders communautaires et responsables de l'administration décentralisée [17].

Bien que cette phase soit jugée bonne, de notre point de vue, il est difficile de négocier tous les aspects surtout ceux touchant à la qualité des prestations dans toutes ses dimensions. Les mutualistes n'en ont ni les moyens techniques ni les moyens financiers. Ce point faible a été déjà relevé par Waelkens MP, et Criel B. dans une étude intitulée « Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne : État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche ». Selon cette étude, « Le pouvoir de négociation des collectifs d'utilisateurs est encore insuffisamment

développé. En pratique, les négociations se limitent généralement à la fixation des tarifs » [22].

5.3. Du contrat

Le contrat qui lie la mutuelle et le centre de santé de Honhoué est jugé bon. Bien qu'en ayant un bon score, toutes les dispositions pour une bonne complétude d'un contrat n'y figurent pas. Cette insuffisance de complétude s'explique à notre avis par :

- l'inexistence d'un cadre réglementaire et légal d'établissement de contrat entre mutuelle et centre de santé ;
- l'absence de statut juridique des deux parties prenantes : la mutuelle a un statut associatif et le centre de santé de Honhoué est sous tutelle du Ministère de la Santé ;
- la nature même du contrat (achat de services) ;
- et l'absence de mécanisme d'évaluation

Waelkens MP., et Criel B. dans leur publication sur « les mutuelles de santé en Afrique Sub-Saharienne : état des lieux et réflexion sur un agenda de recherche », avaient déjà relevé ces insuffisances en ces termes : « L'appui donné manque souvent d'efficacité et le personnel des organisations d'appui n'a pas toujours la formation nécessaire pour traduire la théorie en pratique et pour donner des conseils individualisés et adaptés au contexte. Il y a donc lieu de revoir le fonctionnement des structures d'appui et éventuellement de redéfinir leur rôle. Tout en faisant une promotion active, les gouvernements tardent à élaborer une législation qui clarifierait le statut des systèmes de mutualisation des risques maladie. Jusqu'à présent, le Mali est le seul pays qui a mis en place un cadre légal pour les mutuelles de santé » [22].

Letourmy A., et Perrot J., ont souligné l'absence de statut juridique dans la plupart des expériences de contractualisation entre structures de micro-assurance de santé et les formations sanitaires publiques dans bon nombre

de pays au sud du Sahara [7]. Cet aspect du processus contractuel est pourtant important car il permettrait de prévenir les conflits, de promouvoir les mutuelles et d'accroître la satisfaction des parties contractantes.

5.4. La mise en œuvre

Selon les critères retenus pour notre étude, la mise en œuvre du contrat entre la mutuelle de santé et le centre de Honhoué est jugée bonne. Ce résultat s'explique par le respect des engagements des deux parties prenantes.

Toutefois, quelques points faibles méritent d'être soulignés et sont en rapport avec les dispositions relatives au suivi et à l'évaluation. En effet, aucune réunion mensuelle de concertation et de suivi du déroulement de la mise en œuvre n'a eu lieu au cours de l'année 2006. Les quelques rares réunions tenues en 2005, certainement sur l'impulsion de l'ONG d'appui, n'ont pas été toutes, sanctionnées par un procès verbal.

Depuis le 15 décembre 2004, date de démarrage de la mise en œuvre de la convention de collaboration entre les deux structures, le contrat d'une durée de un an a été reconduit de façon tacite, sans que les parties prenantes n'aient évalué le processus. Les mesures de révision du contrat pour la première année après six mois de mise en œuvre n'ont pas été suivies. Les membres des organes de gestion n'ont pas les compétences nécessaires pour un suivi du respect des protocoles de prise en charge lors de la visite des bénéficiaires au centre de santé. Il existe une asymétrie d'informations médicales. Dans ces conditions, il serait difficile vu le niveau de connaissance des membres des organes de gestion d'être une force pour l'amélioration des intérêts des mutualistes dans le sens d'un avenant au contrat.

Letourmy A. et Perrot J., ont rapporté l'expérience fructueuse du poids de négociation des mutuelles de santé avec le centre de santé de Ouèssè, où les négociations contractuelles ont abouti à la tarification au forfait et la mise en place d'un comité de suivi et évaluation du processus....Mais l'établissement y voyait néanmoins un avantage : la possibilité d'augmenter son taux de fréquentation qui était très bas.... la mise en place du tiers payant et un engagement tarifaire pour trois ans qui s'inspirait du principe de la facturation au forfait pour toute hospitalisation concernant un mutualiste. [7].

Ces expériences montrent qu'un effort reste à faire en matière de mise en œuvre pour un équilibre des forces en présence dans le contrat.

5.5. La satisfaction des acteurs

Selon les critères retenus, le niveau de satisfaction des acteurs est jugé acceptable. Les niveaux de satisfaction sont variables selon que l'on soit mutualiste, membre des organes de gestion, bénéficiaire des prestations ou prestataire de soins.

Des entretiens réalisés avec les prestataires de soins, la relation contractuelle avec la mutuelle de santé apporte une valeur ajoutée à la structure sanitaire. Cette valeur ajoutée concerne :

- la fréquentation du centre de santé à en juger par l'évolution du taux de fréquentation vers l'ascendance
- la disponibilité permanente des médicaments essentiels sous nom générique
- le niveau de recouvrement des coûts de prestation.

Les entretiens que nous avons eu avec les membres des organes de gestion et les bénéficiaires de la mutuelle nous ont permis de savoir qu'ils sont

satisfaits de la qualité des soins au centre de santé, et ceux à travers le temps d'attente, la disponibilité du personnel, les soins offerts. Toutefois, cette satisfaction n'est que perçue et de notre point de vue, est le reflet du niveau de connaissance des mutualistes par rapport à leur besoin en matière de santé.

Le centre de santé ne dispose que de deux agents qualifiés dont l'un à la maternité et l'autre au dispensaire. De notre connaissance du système de santé, où les deux agents doivent s'occuper aussi bien de la gestion technique qu'administrative, participer aux réunions et aux séances de formations continues et séminaires, peut-on dire qu'il y a qualité des soins. De quel pouvoir disposent les mutualistes pour s'assurer du respect des protocoles de prise en charge ? De plus, il n'existe qu'un seul centre de santé dans l'arrondissement de Honhoué qui détient le monopole des prestations de soins de santé. La mutuelle de santé fait avec l'existant ; le degré de connaissance et d'appréciation de la qualité amène les mutualistes à ne pas être trop exigeant.

Nous sommes dans un contexte de méconnaissance des droits de la part des mutualistes, et où une partie tire profit de l'autre.

Le constat n'est pas le même en Guinée-Conakry pour la mutuelle « Maliando » selon Criel B. et al ; Wiegandt A., et al. En effet, ils ont mené une étude qui a consisté en une série d'interviews semi-structurées faite auprès de 16 agents de santé. Elle décrit les perceptions des professionnels de la santé par rapport au modèle de collaboration. L'étude a révélé que les mutualistes sont exigeants au point où les professionnels de santé sont désemparés dans le dialogue avec eux. Cette étude illustre les difficultés d'un réel partenariat entre mutualistes et services de santé [26,27]. Ce qui n'est pas exactement le cas de la mutuelle de Honhoué. En dehors des agents de santé, notre étude a pris en compte les organes de gestion et les

bénéficiaires. Mais ici les mutualistes sont moins exigeants. Ce qui justifie l'absence de difficulté dans le partenariat.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La présente évaluation montre que la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle de santé Zanninon wêgnivivo et le centre de santé de l'arrondissement de Honhoué est bonne.

Elle a cependant, relevé des insuffisances relatives :

- au pouvoir de négociation des acteurs surtout les mutualistes
- à l'inexistence d'un cadre réglementaire et légal pour l'établissement d'un contrat
- aux dispositions de suivi et d'évaluation du processus
- aux services couverts par la mutuelle selon les termes du contrat
- à l'asymétrie d'informations entre mutualistes et prestataires de soins conventionnés

Enfin la grille internationale adaptée dans ce travail sera un outil disponible pour tous les besoins de suivi de processus de contractualisation en Afrique sud-Saharienne.

SUGGESTIONS

Au Ministère de la santé :

- Créer un cadre légal de développement de la contractualisation entre mutuelles de santé et structures sanitaires en élaborant des lois sur la contractualisation ;
- Vulgariser les lois élaborées sur la contractualisation entre mutuelles et structures sanitaires
- Renforcer les compétences des acteurs sur le processus contractuel

A l'ONG d'appui à la mutuelle de Honhoué

- Former/recycler les membres des organes de gestion de la mutuelle et les prestataires de soins sur les avantages et les spécificités des mutuelles de santé
- Renforcer la capacité des membres des organes de gestion de la mutuelle en technique de négociation
- Former les membres des organes de gestion sur les dispositions de suivi évaluation du contrat et sur les exigences de la qualité des soins

A l'endroit du CSA et de la mutuelle de Honhoué

- Inclure au préambule du contrat une référence sur la politique nationale de développement du secteur santé
- Dynamiser les réunions mensuelles de suivi de la mise en œuvre du contrat
- Renforcer les campagnes d'information et de sensibilisation des adhérents et de la population sur le processus de contractualisation entre la mutuelle et le centre de santé.

REFERENCES

1. Hsiao W.

Le financement des soins de santé dans les pays du Sud. *Havard University*; 2000:254 p.

2. Ouendo E-M, Makoutodé M, Agueh V, d'Almeida A M.

Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge des indigents au Bénin et approche de solution.

In: **Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E.**

Le financement de la santé dans les pays d'Afrique à faible revenu. *Paris: Karthala;2003: p.119-29.*

3. Galland D, Kaddar M, Debaig G.

Mutualité et système de prépaiement des soins de santé en Afrique Sub-Saharienne.In : CIEF.

L'enfant en milieu tropical.*Paris* : CIEF;1997.

4. Audibert M, de Roodenbeke E, Pavy-Letourmy A, Mathonnat J.

Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ?

In: Communication lors de l'atelier sur le Développement durable et santé dans les pays du sud. Lyon, 2004.

5. Organisation Internationale du Travail. Centre International de Formation. Turin.

Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique : Plate-forme d'Abidjan. *Abidjan: BIT: STEP: ACOPAM; 1998:21p.*

6. Develtere P, Doyen G, Fonteneau B.

Micro assurances et soins de santé dans le tiers monde: Au-delà des frontières.

Leuven :Cera Foundation;2004.

7. Letourmy A, Perrot J.

Assurance maladie et contractualisation avec l'offre de soins dans les pays en développement.

In : **Perrot J, de Roodenbeke E.**

La contractualisation dans les services de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. *Paris:Karthala;2005: p.373-421.*

8. Bureau International de Travail

Mutuelles de santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place. 2^e éd. *Genève:ANMC: STEP;2000:302 p.*

9. Bureau International du Travail

Mutuelle de santé en Afrique : guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants. 1^{ère} éd. *Dakar: ANMC:ACOPAM;1996:164 p.*

10. Sylla MB.

« Maliando » une mutuelle-test du modèle MUCAS mutuelle Communautaire d'Aire de Santé: *Atelier sur la mutualité en Afrique. Dakar: CIDEF;1998.*

11. Makoutodé P.

Etude des déterminants de la viabilité de la mutuelle de sécurité sociale des travailleurs du secteur informel à Cotonou au Bénin. *Mémoire:Santé Publique: IRSP;2002.*

12. Organisation Internationale du Travail.

Programme, Stratégies et Techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté : recherche sur les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : étude de cas de mutuelles de santé au Mali. *Genève: BIT;1998. 40p.*

13. Dkhimi F.

Les mutuelles de santé : une piste de solution à la crise du secteur sanitaire africain ? Le cas du projet CIDR en Tanzanie. Mémoire : sciences sociales : Sorbonne; 2005: 138 p.

14. Organisation Internationale du Travail.

Programmes, Stratégiques et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la pauvreté : Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Genève: BIT; 1998: 51p.

15. Garba M, Cyr V.

Présentation des mutuelles de santé du Sud –Borgou et Zou-Nord au Bénin. Paris : CIDEF; 1998 : 15p.

16. Makoutodé P.

Etat des lieux des systèmes de Micro-Assurance Santé au Bénin : Rapport final.

Ouidah : ISPEC: IRSP, 2004 : 52p.

17. Perrot J.

Eléments pour la conduite d'une relation contractuelle.

In : Perrot J, de Roodenbeke E.

La contractualisation dans les services de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. Paris : Karthala, 2005: p. 97-193.

18. Programme d'Appui au Développement de la Santé.

Les centres de santé communautaires: concepts, hypothèses, viabilité et évaluation. Genève : Coopération Suisse : IUED; 2000 : 140 p.

19. Organisation Mondiale de la Santé. Genève

L'OMS évalue les systèmes de santé. *Communiqué de presse. Genève : OMS, 2000 :*

20. Partner Health Reform Plus.

21 questions sur: les mutuelles de santé : un aperçu du financement communautaire de la santé. *Bethesda:Abt Associates;2004.*

21. Louvain Développement Bénin.

Développement des mutuelles de santé : Rôles et place des acteurs dans les relations avec les prestataires de soins :*Atelier. Cotonou:PROMUSAF;2002.*

22. Waelkens MP, Criel B.

Le mutuelles en Afrique Sub-Saharienne : état des lieux et réflexion sur un agenda de recherche.*Washington:World Bank;2004:140 p.*

23. Bureau International de Travail

Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal.*Dakar:STEP: ACOPAM: ANMC;1998: 60 p.*

24. Bureau International de Travail

Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Bénin. *Dakar:STEP : ACOPAM : ANMC;1998: 43 p.*

25. Letourmy A, Letourmy AP.

La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu. *Paris :AFD;2005: 223p.*

26. Musango L.

Organisation et mise en place des mutuelles de santé : défi au développement de l'assurance maladie. *Bruxelles :ULB;2005: 179p.*

27. Perrot J.

La décentralisation administrative et la contractualisation.

In : **Perrot J, de Roodenbeke E.**

La contractualisation dans les services de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. *Paris :Karthala;2005: p.209-30.*

28. Criel B, Diallo AA, Van Der Venet J, Waelkens MP, Wiegandt A.

La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et les mutualistes : cas de la mutuelle Maliando en Guinée-Conakry. *Tropical Medecine and international Health 2005;10:450-63.*

29. Wiegandt A, Van der Venet, J. Diallo A, Criel B.

La perception des professionnels de santé de la MUCAS Maliando : La difficulté de l'approche partenariale.

In : **Criel B, Barry A, Von Roenne F.**

Le projet PRIMA en Guinée-Conakry : une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. *Bruxelles:Medicus Mundis;2002: p.88-104.*

30. Perrot J.

Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé. *Genève : OMS ; 2004 :70p.*

Annexe 1

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA
MUTUELLE ZANNINONWEGNIVIVO ET LE CENTRE DE SANTE DE
L'ARRONDISSEMENT DE HONHOUE (COMMUNE DE HOUHEYOGBE)**

**FICHE DE DEPOUILLEMENT AU CENTRE
DE SANTE DE HONHOUE**

N°	/ / /
Date de l'entretien :	/ ____ /10/2006/
Nom et prénoms de l'enquêteur :	

1. Documents à exploiter

Registre de consultation.....
 Rapports de monitoring.....
 Rapports SNIGS.....
 Rapports financiers.....
 Cahiers d'enregistrement des mutualistes.....
 Facturiers des mutualistes.....
 Plan de développement communal.....
 Atlas monographiques des communes du Bénin.....

2. Informations recherchées

Situation sociodémographique, géographique et économique de la commune et
 de l'arrondissement.....
 Carte de la commune de Houéyogbé et de l'arrondissement de Honhoué.
 Partenaires pour le développement.....
 Politique en matière des mutuelles.....
 Personnel de santé par catégorie.....
 Disponibilité en médicaments.....
 Fréquentation du centre.....
 Utilisations CPN, Accouchement, PF.....
 Couverture en PEV.....
 Tarifs des prestations
 Niveau de recouvrement des coûts.....

Annexe 2

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA
MUTUELLE ZANNINONWEGNIVIVO ET LE CENTRE DE SANTE DE
L'ARRONDISSEMENT DE HONHOUE (COMMUNE DE HOUHEYOGBE)**

**FICHE DE DEPOUILLEMENT AU SIEGE DE LA
MUTUELLE DE SANTE**

N°	/ / /
Date de l'entretien :	/ ____/10/2006/
Nom et prénoms de l'enquêteur :.....	

3. Documents à exploiter

Statut de la mutuelle de santé.....

Règlement intérieur de la mutuelle.....

Contrat entre la mutuelle et le centre de santé de Honhoué.....

Rapports d'activités de la mutuelle.....

Etats ou rapports financiers.....

Registres administratifs.....

Lois et textes divers en faveur de la promotion des mutuelles.....

4. Informations recherchées

Nombre d'adhérents.....

Nombre de bénéficiaires et répartition selon les villages.....

Taux de pénétration.....

Taux de sinistralité.....

Coût des prestations.....

Annexe 3

GRILLE INTERNATIONALE D'ANALYSE DE CONTRAT

QUESTIONS	NOTE	REMARQUES
1. Préambule - Est-il fait une référence claire à la politique nationale de santé ou à tout autre texte de portée nationale, ou à une convention-cadre? - Le contexte du contrat est-il clair? - Dispose-t-on d'informations suffisantes sur les acteurs?	0,2,4,6 0,1,2,3 0,1,2,3	
2. Les parties prenantes (institutions) au contrat - sont-elles clairement identifiées? - ont-elles la capacité juridique permettant la signature d'un contrat?	0,2,4,8 0,3,6,9	
3. L'objet du contrat : - Est-il clair? - S'inscrit-il dans la Politique nationale de santé et de protection sociale? - Est-il bien formulé? - Il n'y a pas de confusion avec les objectifs?	0,4,8,12 0,2,4,6 0,1,2,3 0,1,2,3	
4. Est-ce qu'un certain nombre de principes fondamentaux pour le contrat ont été énoncés?	0,2,4,6	
5. Les engagements: - sont-ils bien définis pour chacune des parties? - les actions concernées par le contrat sont-elles clairement identifiées? - Les modalités de mise en œuvre des actions sont-elles claires? - L'échéancier des actions est-il présent? - Le rôle que doit jouer chacune des parties au contrat est-il clair? - Si prévu, la collaboration avec d'autres acteurs est-elle claire?	0,1,2,3 0,2,4,6 0,1,2,3 0,2,4,6 0,1,2,3 0,1,2,3	
6. Les objectifs à atteindre: - Les objectifs à atteindre sont-ils clairement définis? - Ces objectifs sont-ils réalistes?	0,1,2,3 0,1,2,3	
7. La durée du contrat: - est-elle clairement indiquée? - est-elle appropriée par rapport au type de contrat?	0,2,4,6 0,1,2,3	
8. Les moyens - les moyens humains à mettre en place dans le contrat sont-ils clairement identifiés? - Les moyens financiers qui devront être mis en place pendant le contrat sont-ils clairement définis? - Les moyens à mettre en place vous paraissent-ils appropriés?	0,3,6,9 0,3,6,9 0,2,4,6	
9. Les indicateurs de résultats		

- existe-t-il des indicateurs (avec quantification) permettant d'apprécier la mise en place des moyens prévus au contrat?	0,3,6,9	
- existe-t-il des indicateurs (avec quantification) permettant d'apprécier les résultats obtenus?	0,3,6,9	
- ces indicateurs (y compris leur quantification) vous paraissent-ils pertinents par rapport aux objectifs?	0,2,4,6	
10. Les mécanismes de suivi		
- Le contrat prévoit-il clairement des mécanismes de suivi?	0,2,4,6	
- Les modalités de fonctionnement de ces mécanismes sont-elles prévues?	0,1,2,3	
11. Mécanismes d'évaluation:		
- ces mécanismes d'évaluation sont-ils prévus au contrat?	0,2,4,6	
- les moyens de les mener à bien sont-ils identifiés?	0,1,2,3	
12. Prévention et résolution des conflits		
- le contrat prévoit-il des mécanismes de prévention des conflits?	0,2,4,6	
- le contrat prévoit-il des mécanismes de résolution des conflits (y compris les instances ultimes de régulation ou de règlement)?	0,2,4,6	
- ces mécanismes sont-ils graduels?	0,1,2,3	
13. Les clauses de ruptures avant échéance sont-elles correctement prévues?	0,1,2,3	
14. La possibilité d'établir des avenants est-elle correctement prévue?	0,1,2,3	
15. Les modalités de fin de contrat et de renouvellement ont-elles été clairement identifiées et explicitées?	0,2,4,6	
16. Les modalités d'enregistrement du contrat sont-elles claires?	0,2,4,6	
17. Identification des signataires: les mandats donnés par les institutions sont-ils clairs?	0,1,2,3	
Total des notes obtenues		

Annexe 4

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA
MUTUELLE ZANNINONWEGNIVIVO ET LE CENTRE DE SANTE DE
L'ARRONDISSEMENT DE HONHOUE (COMMUNE DE HOUEYOGBE)**

Grille d'analyse de contrat entre la mutuelle et le centre de santé

QUESTIONS	NOTE	REMARQUES
1. Préambule - Est-il fait une référence claire à la politique nationale de santé ou à tout autre texte de portée nationale, ou à une convention-cadre? - Le contexte du contrat est-il clair? - Dispose-t-on d'informations suffisantes sur les acteurs?	 1,2 1,2 1,2	
2. Les parties prenantes (institutions) au contrat - sont-elles clairement identifiées? - ont-elles la capacité juridique permettant la signature d'un contrat?	 1,2 1,2	
3. L'objet du contrat : - Est-il clair?	1,2	
4. Les engagements: - sont-ils bien définis pour chacune des parties? - Le rôle que doit jouer chacune des parties au contrat est-il clair - Les modalités de mise en œuvre des actions sont-elles claires?	 1,2 1,2 1,2	
5. Les objectifs du contrat: - Les objectifs à atteindre sont-ils clairement définis? - Ces objectifs sont-ils réalistes?	 1,2 1,2	
6. La durée du contrat: - est-elle clairement indiquée? - est-elle appropriée par rapport au type de contrat?	 1,2 1,2	
7. Les moyens - les moyens humains à mettre en place dans le contrat sont-ils clairement identifiés? - Les moyens financiers qui devront être mis en place pendant le contrat sont-ils clairement définis?	 1,2 1,2	
8. Le respect du service public - Les principes de respect du service public sont-ils clairement définis dans le contrat ?	1,2	
9. Les mécanismes de suivi - Le contrat prévoit-il clairement des mécanismes de suivi?	1,2	

10. Mécanismes d'évaluation: - ces mécanismes d'évaluation sont-ils prévus au contrat?	1,2	
11. Prévention et résolution des conflits - le contrat prévoit-il des mécanismes de prévention des conflits? - le contrat prévoit-il des mécanismes de résolution des conflits (y compris les instances ultimes de régulation ou de règlement)?	1,2 1,2	
12. Les clauses de ruptures avant échéance sont-elles correctement prévues?	1,2	
13. La possibilité d'établir des avenants est-elle correctement prévue?	1,2	
14. Les modalités de fin de contrat et de renouvellement ont-elles été clairement identifiées et explicitées?	1,2	
15. Les modalités d'enregistrement du contrat sont-elles claires?	1,2	
16. Visa des signataires: le contrat est visé par les mandataires des 2 parties prenantes?	1,2	
Total des notes obtenues		

Annexe 5

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA MUTUELLE ZANNINONWEGNIVIVO ET LE CENTRE DE SANTE DE L'ARRONDISSEMENT DE HONHOUE (COMMUNE DE HOUHEYOGBE)

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

CIBLE : ADHERENTS/BENEFICIAIRES DE LA MUTUELLE

N°aléatoire de l'adhérent : / / / / Entretien N° : / / /

N° de carte d'adhérent / / / /

Bonjour, M, Mme, je suis M, Mme X. Vous avez été identifié, en tant qu' adhèrent de la mutuelle Zanninonwégnavivo pour participer à une étude conduite dans le cadre de l'amélioration des relations entre la mutuelle et le centre de santé. Je souhaiterais de ce fait m'entretenir avec vous ; l'entretien durera environ 30 minutes et j'ai besoin de votre accord pour le commencer. L'entretien est **anonyme** et les résultats seront utilisés strictement dans le cadre de cette étude qui servira pour la rédaction d'un mémoire. Les suggestions issues de cette étude pourront servir à améliorer la qualité de la relation entre votre mutuelle et le centre de santé. Puis-je commencer ?

NB1 : Bien s'assurer que le sujet a dépassé la période d'observation et qu'il a déjà eu recours, dans le cadre de la mutuelle aux prestations de soins avant de commencer l'entretien

NB2 : Les suggestions à recueillir concernent chacun des thèmes et sous thèmes abordés

Date de l'entretien :		/ /10/2006/	
Nom et prénoms de l'enquêteur :.....			Code: / /
Heure de début :	/ /	Heures	/ / / Minutes
Heure de fin :	/ /	Heures	/ / / Minutes
Durée (en minutes)	/ /	/ Minutes	
Observations et signature de l'enquêteur :.....			
.....			
Observations du superviseur :.....			
.....Signature :			

N° question	Questions	code
I- Caractéristiques de l'enquêté		
Q1	Age -en années- / / /	
Q2	Sexe (Masculin =1, Féminin =2)	☐
Q3	Lieu de résidence	
Q4	Ethnie : (Adja :1, Mina : 2, Yorouba: 3, Fon : 4, .: 5, Fon:6, Otamari : 7, Yoruba. : 8 Autres : 9 -Préciser- :.....)	

Q5	Profession : Cultivateur/ménagère = 1, Artisan = 2, Commerçant/vendeur = 3, Fonctionnaire = 4 Autres = 5 -préciser-)	
Q6	Religion pratiquée : (Chrétien =1, Musulman =2, Religion traditionnelle =3 Autres =4 -à préciser-)	
Q7	Situation matrimoniale : (Marié =1, Célibataire =2, Veuf/veuve =3, Divorcé =4 Autres =5 (à préciser)	
Q8	Niveau d'instruction (Non Scolarisé : 1, Primaire : 2, Secondaire : 3, Universitaire : 4, Autre : 5) Langue d'alphabétisation	
Q9	Date d'adhésion à la mutuelle: / ____ / ____ /200__ /	

II. Satisfaction de l'adhérent/ bénéficiaire

1. Satisfaction par rapport aux prestations de soins.

Paquets d'activités offerts, Opinions sur le temps d'attente, l'accueil, la consultation et le traitement, les délais de guérison, les rendez-vous de suivi.

Suggestions.....

2. Satisfaction par rapport à la disponibilité des ressources

Disponibilité du personnel, des médicaments, du matériel de prise en charge, coût et le mode de paiement des prestations (tiers payant et ticket modérateur)

3. Satisfaction sur les prestations de la mutuelle

Services couverts par le contrat,

.....

Suggestions.....

III. Informations, communications sur le contrat Mutuelle/ centre de santé

Suggestions.....

IV. Avantages de la mutuelle de santé

Suggestions

Je vous remercie pour le temps accordé à l'entretien. Ces informations, seront utilisées pour améliorer la qualité de la relation de votre mutuelle avec le centre de santé.

Annexe 6

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA MUTUELLE ZANNINONWEGNIVIVO ET LE CENTRE DE SANTE DE L'ARRONDISSEMENT DE HONHOUE (COMMUNE DE HOUEYOGBE)

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

CIBLE : RESPONSABLES DE LA MUTUELLE

Bonjour, M, Mme, je suis M, Mme X. Vous avez été identifié, en tant qu'adhérent de la mutuelle Zanninonwègnivivo pour participer à une étude conduite dans le cadre de l'amélioration des relations entre la mutuelle et le centre de santé. Je souhaiterais de ce fait m'entretenir avec vous ; l'entretien durera environ 30 minutes et j'ai besoin de votre accord pour le commencer. L'entretien est **anonyme** et les résultats seront utilisés strictement dans le cadre de cette étude qui servira pour la rédaction d'un mémoire. Les suggestions issues de cette étude pourront servir à améliorer la qualité de la relation entre votre mutuelle et le centre de santé. Puis-je commencer ?

NB2 : Les suggestions à recueillir concernent chacun des thèmes et sous thèmes abordés

Date de l'entretien :	/	/10/2006/
Nom et prénoms de l'enquêteur :	Code: /	/
Heure de début :	/	/
Heure de fin :	/	/
Durée (en minutes)	/	/
Observations et signature de l'enquêteur :		
Observations du superviseur :		
.....Signature :		

N°	Informations recherchées	code
I- Caractéristiques de l'enquête		
1.1	Age -en années- / / /	
1.2	Sexe (Masculin =1, Féminin =2)	
1.3	Lieu de résidence	
1.4	Ethnie :	
1.5	Profession : Cultivateur/ménagère = 1, Artisan = 2, Commerçant/vendeur = 3, Fonctionnaire = 4 Autres = 5 -préciser-)	
1.6	Religion pratiquée : (Chrétien =1, Musulman =2, Religion traditionnelle =3 Autres =4 -à préciser-)	
1.7	Situation matrimoniale : (Marié =1, Célibataire =2, Veuf/veuve =3, Divorcé =4 Autres =5 (à préciser)	

1.8	Niveau d’instruction (Non Scolarisé : 1, Primaire : 2, Secondaire : 3, Universitaire : 4, Autre : 5) Langue d’alphabétisation	
1.9	Date d’adhésion à la mutuelle: / / /200 /	
1.10	Poste occupé dans le bureau.....	
1.11	Ancienneté au poste (en années) / / /	

II. Formation reçue sur le processus de la contractualisation

Date	Thèmes	Durée	Organisée par qui ?

III. Description du processus de la contractualisation entre la mutuelle et le centre de santé de Santé

3.1. La préparation

Identification des acteurs et des enjeux: les acteurs s'identifient et prennent conscience de la contractualisation qui pourraient les unir; ils mesurent les enjeux, les avantages, les risques et les contraintes de cette contractualisation; les acteurs s'engagent.....

.....
.....
.....
.....
.....

Etude de faisabilité.....
.....

Dossier de négociation.....

Suggestions.....

3.2. La formalisation

La négociation.....
.....

La rédaction du contrat
.....

L’enregistrement du contrat.....
.....

La diffusion du contrat.....

Suggestions.....

3.3. *La mise en œuvre du contrat* (Respect scrupuleux des clauses du contrat, difficultés et perspectives)

- Mécanismes de suivi et de contrôle (abus, escalade des coûts, sur prescription, fraudes.....)

- Mécanismes d'évaluation
- Délai de remboursement.....
- Existence de conflit et mode de gestion.....

Suggestions.....

IV. Satisfaction des responsables de la mutuelle

4.1. *Satisfaction par rapport aux prestations de soins.*

Paquets d'activités offerts, Opinions sur le temps d'attente, l'accueil, la consultation et le traitement, les délais de guérison, les rendez-vous de suivi.

Suggestions.....

4.2. *Satisfaction par rapport à la disponibilité des ressources*

Disponibilité du personnel, des médicaments, du matériel de prise en charge, coût et le mode de paiement des prestations

4.3. *Satisfaction sur les termes du contrat*

Suggestions.....

V. Capacités de la mutuelle à assumer les engagements contractuels

Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et administratives....

Suggestions.....

VI. Avantages du contrat

Suggestions

Je vous remercie pour le temps accordé à l'entretien. Ces informations, seront utilisées pour améliorer la qualité de la relation de votre mutuelle avec le centre de santé.

Annexe 7

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA MUTUELLE ZANNINONWEGNIVIVO ET LE CENTRE DE SANTE DE L'ARRONDISSEMENT DE HONHOUE (COMMUNE DE HOUHEYOGBE)

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

CIBLE : RESPONSABLES DE LA MUTUELLE

Bonjour, M, Mme, je suis M, Mme X. Vous avez été identifié, en tant qu'adhérent de la mutuelle Zanninonwégnivivo pour participer à une étude conduite dans le cadre de l'amélioration des relations entre la mutuelle et le centre de santé. Je souhaiterais de ce fait m'entretenir avec vous ; l'entretien durera environ 30 minutes et j'ai besoin de votre accord pour le commencer. L'entretien est **anonyme** et les résultats seront utilisés strictement dans le cadre de cette étude qui servira pour la rédaction d'un mémoire. Les suggestions issues de cette étude pourront servir à améliorer la qualité de la relation entre votre mutuelle et le centre de santé. Puis-je commencer ?

NB2 : Les suggestions à recueillir concernent chacun des thèmes et sous thèmes abordés

Date de l'entretien :	/	/10/2006/
Nom et prénoms de l'enquêteur :	Code: /	/
Heure de début :	/	/
Heure de fin :	/	/
Durée (en minutes)	/	/
Observations et signature de l'enquêteur :		
Observations du superviseur :		
Signature :		

N° question	Questions	code
I- Caractéristiques de l'enquête		
Q1	Profession :	
Q2	Ancienneté au poste / / /	
Q3	Ancienneté dans la fonction / / /	

II. Formation reçue sur le processus de la contractualisation

Date	Thèmes	Durée	Organisée par qui ?

III. Description du processus de la contractualisation entre la mutuelle et le centre de santé de Santé

3.1. La préparation

Identification des acteurs et des enjeux: les acteurs s'identifient et prennent conscience de la contractualisation qui pourraient les unir; ils mesurent les enjeux, les avantages, les risques et les contraintes de cette contractualisation; les acteurs s'engagent.....

.....
.....
.....
.....
.....

Etude de faisabilité.....

.....

Dossier de négociation.....

Suggestions.....

3.2. La formalisation

La négociation.....

.....

La rédaction du contrat

.....

L'enregistrement du contrat.....

.....

La diffusion du contrat.....

Suggestions.....

.....

3.3. La mise en œuvre du contrat (Respect scrupuleux des clauses du contrat, difficultés et perspectives)

- Mécanismes de suivi et de contrôle (abus, escalade des coûts, surprescription , fraudes.....)

.....

- Mécanismes d'évaluation

- Délai de remboursement.....

- Existence de conflit et mode de gestion.....

.....

Suggestions.....

IV. Satisfaction des responsables du centre de santé

4.1. Satisfaction par rapport au mode de remboursement des prestations par la mutuelle et au mode de gestion du fichier des bénéficiaires.

Respect du délai.....

Régularité.....

Lourdeur dans la procédure.....

Défaillance dans la mise disposition de la liste mise à jour des bénéficiaires

.....

Suggestions.....

4.2. Satisfaction par rapport à l'impact sur le centre de santé

Taux de fréquentation.....
Situation financière du centre.....
Augmentation de la charge de travail.....
Suggestions.....

4.3. Satisfaction sur les termes du contrat

.....
.....
.....
Suggestions.....

V. Capacités du centre de santé à assumer les engagements contractuels

Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et administratives....
.....
.....
Suggestions.....

VI. Avantages du contrat

.....
.....
.....
Suggestions

Je vous remercie pour le temps accordé à l'entretien. Ces informations, seront utilisées pour améliorer la qualité de la relation de votre mutuelle avec le centre de santé.

Annexe 8

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA MUTUELLE ZANNINONWEGNIVIVO ET LE CENTRE DE SANTE DE L'ARRONDISSEMENT DE HONHOUE (COMMUNE DE HOUEYOGBE)

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

CIBLES : Responsable de l'ONG GROPERE

Bonjour, M, Mme, je suis M, Mme X. Vous avez été identifié, en tant qu'adhérent de la mutuelle Zanninonwègnivivo pour participer à une étude conduite dans le cadre de l'amélioration des relations entre la mutuelle et le centre de santé. Je souhaiterais de ce fait m'entretenir avec vous ; l'entretien durera environ 30 minutes et j'ai besoin de votre accord pour le commencer. L'entretien est **anonyme** et les résultats seront utilisés strictement dans le cadre de cette étude qui servira pour la rédaction d'un mémoire. Les suggestions issues de cette étude pourront servir à améliorer la qualité de la relation entre votre mutuelle et le centre de santé. Puis-je commencer ?

NB : Les suggestions à recueillir concernent chacun des thèmes et sous thèmes abordés

Date de l'entretien : / ____ / 10/2006/		
Nom et prénoms de l'enquêteur :		
Heure de début :	/ ____ / ____ / Heures	/ ____ / ____ / Minutes
Heure de fin :	/ ____ / ____ / Heures	/ ____ / ____ / Minutes
Durée (en minutes)	/ ____ / ____ / ____ / Minutes	
Observations de l'enquêteur :		
.....		
.....		
Signature :		
Observations du superviseur :		
.....		
Signature :		

N° question	Questions	code
I- Caractéristiques de l'enquêté		
1.1	Nom et Prénom	
1.2	Age -en années- / ____ / ____ /	
1.3	Sexe (Masculin =1, Féminin =2)	☐

1.4	Lieu de résidence	
1.5	Ethnie :	
1.6	Nom/raison sociale de la structure d'appui :	
1.7	Profession/poste occupé :	
1.8	Religion pratiquée : (Chrétien =1, Musulman =2, Religion traditionnelle =3 Autres =4 -à préciser-)	
1.9	Situation matrimoniale : (Marié =1, Célibataire =2, Veuf/veuve =3, Divorcé =4 Autres =5 (à préciser))	
1.10	Niveau d'instruction (Non Scolarisé : 1, Primaire : 2, Secondaire : 3, Universitaire : 4, PDR : 9) Langue d'alphabétisation	
1.11	Ancienneté au poste (en années): / ____ / ____ /	

II. Justification / Historique de l'appui

- Raisons pour lesquelles GROPERE appuie les mutuelles d'une façon générale et ZANNINONWEGNIVIO, de façon plus spécifique.

- Cadres de l'appui : juridique, institutionnel, administratif.....

.....

.....

- Historique : début et principales étapes

.....

- Processus d'implication des adhérents.....

.....

Textes et loi divers sur la contractualisation

Suggestions.....

III. Types d'appui et domaines d'intervention, de même que leurs durées et leurs périodes

Techniques, financiers, matériels.....

.....

.....

Valorisation de ceux-ci par exercice.....

IV. Opinions sur ces appuis et leurs impacts sur la qualité de la relation contractuelle entre la mutuelle et le centre de santé

-
-
- Opérationnalité.....
 - Fonctionnalité.....
 - Capacité des 2 structures partenaires à assumer leurs engagements
 - Pérennité

V. Satisfaction par rapport à la relation contractuelle entre les 2 structures

.....

.....

.....

VI. Suggestions pour l'amélioration de la qualité des relations contractuelles entre la mutuelle et le centre de santé

.....

.....

.....

Je vous remercie pour le temps accordé à l'entretien. Ces informations, seront utilisées pour améliorer la qualité de la relation entre la mutuelle (que vous appuyez) et le centre de santé.

Modalités	Scores obtenus
1) La préparation de la relation contractuelle	
Identification des acteurs effectuée	2
Analyse des enjeux et avantages de la relation contractuelle effectuée	2
Etude de faisabilité de la relation contractuelle réalisée	2
Dossier de négociation élaboré	2
Dossier de négociation mis à disposition des 2 parties contractantes	2
2) La formalisation de la relation contractuelle	
La séance de négociation a été tenue	2
La rédaction du contrat tient compte des résultats de la négociation	2
Le contrat n'a pas été officiellement enregistré	1
Total	15

Annexe 9

DETAIL DE L'APPRECIATION DES COMPOSANTES EXPLICATIVES

Modalités	Scores obtenus
1) Préambule du contrat	
Le contrat ne fait pas référence à la politique nationale de santé	1
Le contexte du contrat n'est pas clairement défini	1
Le contrat dispose d'informations suffisantes sur les acteurs	2
2) Les parties prenantes	
Les parties prenantes sont clairement identifiées	2
Le contrat ne fait pas mention de la capacité juridique des parties prenantes	1
3) L'objet de la relation contractuelle	
L'objet de la relation contractuelle est clairement formulé	2
4) Les engagements des parties contractantes	
Les engagements pour chacune des parties contractantes sont bien définis	2
Le rôle que doit jouer chacune des parties au contrat est clair	2
Les modalités de mise en œuvre des actions sont claires	2
5) Les objectifs du contrat	
Les objectifs du contrat sont clairement définis	2
Les objectifs du contrat sont réalistes	2
6) La durée du contrat	
La durée du contrat est clairement indiquée	2
La durée du contrat est appropriée par rapport au type de contrat	2
7) Les moyens	
Les moyens humains à mettre en place dans le contrat ne sont pas clairement identifiés	1

Les moyens financiers qui devront être mis en place pendant le contrat ne sont pas clairement définis	1
8) Le respect du service public	
Les principes de respect de service public sont clairement définis dans le contrat	2
9) Les mécanismes de suivi	
Les mécanismes de suivi sont clairement prévus	2
10) Les mécanismes d'évaluation	
Les mécanismes d'évaluation ne sont pas prévus	1
11) Prévention et résolution des conflits	
Le contrat prévoit des mécanismes de prévention des conflits	2
Le contrat prévoit des mécanismes de résolution des conflits	2
12) Les clauses de ruptures avant échéance	
Les clauses de rupture du contrat avant échéance sont correctement prévues	2
13) Les avenants	
Les possibilités d'établir des avenants sont correctement prévues	2
14) Fin et renouvellement du contrat	
Les modalités de fin et de renouvellement du contrat ne sont pas clairement identifiées et explicités	1
15) Enregistrement du contrat	
Les modalités d'enregistrement du contrat ne sont pas clairement stipulées	1
16) Visa des parties signataires du contrat	
Le contrat est visé par les mandataires des deux parties prenantes	2
Total	42

Modalités	Scores obtenus
1) Engagements de la mutuelle de santé	
La liste des bénéficiaires à jour de leur cotisation est toujours à disposition du CSA	2
Les facturiers sont toujours mis à disposition du CSA	2
Les factures émises par le CSA sont remboursées dans les délais prévus par le contrat	2
2) Engagements du prestataire de soins conventionné	
Le taux de disponibilité des médicaments essentiels est supérieur ou égal à 80%	2
La disponibilité des prestataires de soins est assurée	1
Les soins sont administrés en respectant les protocoles de prise en charge des affections prévues au contrat	2
Les tarifs appliqués sont conformes à ceux prévus au contrat	2
3) Gestion des conflits	
Les mécanismes de prévention et de résolution des conflits prévus au contrat sont appliqués	1
4) Suivi et évaluation	
Le mécanisme de suivi par une réunion mensuelle des 2 parties n'est pas appliqué	1
Le mécanisme de révision annuelle prévu au contrat n'est pas appliqué	1
Total	16

Modalités	Scores obtenus
1) Satisfaction des bénéficiaires	
La proportion des bénéficiaires satisfaits par aux paquets d'activités offerts est :	
- 47%	1
La proportion des bénéficiaires satisfaits par le temps d'attente est :	
- 87,1%	3

La proportion des bénéficiaires satisfaits par aux soins administrés par les prestataires (consultation, traitement, les délais de guérison, les rendez-vous de suivi) est :	
- 96,2%	3
La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport à la disponibilité des prestataires de soins est :	
- 93%	3
La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport à la disponibilité des médicaments est :	
- 81,0%	3
La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport au mode de paiement des prestations est :	
- 70,2%	2
La proportion des bénéficiaires satisfaits par rapport aux services couverts par la mutuelle est :	
- 46,7%	1
2) Satisfaction des membres des organes de gestion de la mutuelle	
La proportion des membres des organes de gestion de la mutuelle satisfaits des services couverts par la mutuelle est :	
- 6/15	1
La proportion des membres des organes de gestion de la mutuelle satisfaits sur les termes sur contrat :	
- 7/15	1
La proportion des membres des organes de gestion de la mutuelle satisfaits de la qualité des soins au CSA :	
- 13/15	3
3) Satisfaction des prestataires de soins	
Les prestataires de soins sont satisfaits de la mise à jour de la liste des bénéficiaires	
	3
Les prestataires de soins sont satisfaits du mode de remboursement des prestations	
	3
Les prestataires estiment qu'il faut réviser certains points du contrat pour garantir la qualité de la relation	
	2
Total	29

Annexe 10

Convention de collaboration

PREAMBULE

Les mutuelles de santé sont des associations qui mènent en faveur de leurs membres et de leurs familles une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité en vue d'assurer les risques financiers liés aux dépenses de santé.

La présente convention a pour objet de régir l'ensemble des modalités de collaboration techniques et financières entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires.

Elle pourra être complétée par d'autres conventions particulières entre les mutuelles et les formations sanitaires concernant par exemple la mise en oeuvre d'actions communes en matière de santé et au bénéfice des mutualistes.

Objectifs poursuivis par les mutuelles :

- L'amélioration de l'accessibilité financière des mutualistes aux soins de santé
- La diminution des dépenses de santé des mutualistes
- L'amélioration de l'état de santé des mutualistes en général

Objectifs poursuivis par les prestataires de soins :

- Amélioration de l'utilisation des services des formations sanitaires

Objectifs communs poursuivis :

- L'optimisation de la qualité des soins
- La rationalisation des comportements de recours des mutualistes
- L'amélioration de la circulation de l'information entre les patients et la formation sanitaire

CONVENTION DE COLLABORATION

Entre

Le Prestataire de soins dénommé Centre de santé d'Arrondissement de Honhoué représenté par :

⇒ Florentin GNAVI, infirmier responsable et,

⇒ Prosper HOUNGUE, président du comité de gestion d'arrondissement (COGEA)

Téléphone : 49 46 33

Boîte postale 09 Sè (Mono)

et

La mutuelle de santé Zanninonwègnivivo, représentée par Savi Assivêda, présidente du conseil d'administration de la mutuelle. Adresse : Togbonou, Aniwahohoué.

Il est convenu ce qui suit

1 OBJET ET DUREE DU CONTRAT

Article 1 Le présent contrat est établi pour régir les relations entre les parties, à l'occasion de fourniture de services de santé, par le CSA de Honhoué aux adhérents de la Mutuelle Zanninonwègnivivo, pour une durée d'un (1) an renouvelable par tacite reconduction.

2 ENGAGEMENTS DES PARTIES

SECTION 1 : ENGAGEMENTS DES MUTUELLES

Article 2 : Mise à disposition des supports de gestion

La mutuelle s'engage à fournir au Prestataire de soins les supports de gestion élaborés pour la gestion du système d'assurance.

En l'occurrence, il s'agit de

- La liste des mutualistes à jour de leurs cotisations. Cette liste comporte, les noms, prénoms, numéros de carte de tous les membres pouvant bénéficier des services de la mutuelle. Pour éviter la falsification de la liste, elle sera dotée d'un code spécifique chaque mois qui permettra aux mutuelles de vérifier que la bonne liste a été utilisé.
- Les factures
- Le stock initial d'ordonnancier à souches

Article 3 : Remboursement des factures

La Mutuelle s'engage à rembourser les factures émises par le prestataire au plus tard 7 jours ouvrables après leur réception.

SECTION 2 : ENGAGEMENTS DU PRESTATAIRE**Article 4 : Le prestataire s'engage à délivrer aux membres des mutuelles le même type de prestations qu'aux autres utilisateurs****Article 5 : Acceptation du principe de tiers-payant pour les soins couverts et pour les membres des Mutuelles**

Le Prestataire s'engage à accepter le principe du tiers-payant pour les soins couverts par les Mutuelles. Si un membre de la mutuelle se présente deux solutions sont possibles :

- S'il se présente pour des soins de santé couverts par sa mutuelle: Accouchement, Consultation prénatale, consultations curatives, y compris la petite chirurgie, le Prestataire le prend en charge suivant le principe du tiers payant.
- Si le motif de sa venue concerne les services non couverts par sa mutuelle, le patient doit payer lui-même les tarifs demandés, au même titre que les autres malades.

Le Prestataire s'engage à n'accepter le tiers payant, suivant les modalités définies ci-dessus, que pour les membres de la Mutuelle.

Si le Prestataire accepte de délivrer des soins à un membre suivant le principe du tiers payant et que ces soins ne sont pas couverts par la Mutuelle, la responsabilité du CSA est engagé et il ne pourra pas obtenir le remboursement des soins par la Mutuelle.

Article 6 : Acceptation des modalités de prise en charge

Le Prestataire s'engage à respecter les modalités de prise en charge des soins de santé pour les membres :

a) - Contrôle préalable :

Le Prestataire doit s'assurer que le membre qui se présente fait partie de la mutuelle et qu'il est à jour de ses cotisations.

Pour ce faire, le Prestataire dispose d'une liste mensuelle qui lui est délivrée par la mutuelle au début de chaque mois. Cette liste fait office d'autorisation préalable de prise en charge par la mutuelle.

Ainsi, l'acceptation d'un membre qui ne figurerait pas sur la liste est considérée comme n'étant pas autorisée par la Mutuelle et les frais encourus ne seront pas remboursés, la seule responsabilité du prestataire étant engagée.

Le CSA ne peut accepter un mutualiste qui se présenterait sans sa carte de membre.

b) - Elaboration de la fiche de prise en charge : Une souche sera remise au patient.

Après le contrôle préalable, le Prestataire rend la carte de membre au mutualiste. Après consultation, il remplit le facturier à souche en notifiant les actes, leurs coûts, les médicaments et consommables prescrits et leurs coûts. Le total des différents coûts sera indiqué également. Une souche sera remise au mutualiste, lequel la transmettra à sa mutuelle.

c) L'encaissement des montants non pris en charge par la Mutuelle :

La partie à prendre en charge par le patient est constituée de :

- 25% des frais des soins curatifs ce qui comprend : (consultation, la petite chirurgie, l'observation et les médicaments génériques vendus au centre de santé). Le carnet de soins est à charge du mutualiste.
- 25% des frais des soins maternels et plus précisément consultation, la Consultation prénatale, laboratoire (sucre et albumine), petite chirurgie, accouchement, observation et médicaments génériques vendus au centre de santé) Le carnet de santé, la fiche maternelle et la fiche infantile sont également à charge du mutualiste.

Le Prestataire est tenu d'encaisser auprès du membre le coût des soins qu'il aurait pu consommer et qui ne sont pas couverts.

Si le Prestataire n'encaisse pas ces sommes, il ne pourra en aucun cas la réclamer auprès de la Mutuelle.

En revanche, si un patient mutualiste refuse de payer le montant qui reste à sa charge, la caisse peut conserver la souche d'ordonnance et la carte du membre et laisser celui-ci partir. Elle signale cette situation à la mutuelle qui se chargera de la résoudre.

Base de tarification

Les tarifs des soins couverts par la mutuelle seront détaillés en annexe.

Soins couverts par la mutuelle

Les soins couverts par la mutuelle sont :

- 75% des frais des soins curatifs ce qui comprend : consultation, la petite chirurgie, (incision d'abcès, sutures, pansements) l'observation et les médicaments génériques vendus au centre de santé). Le carnet de soins n'est pas pris en charge par la mutuelle.
- 75% des frais des soins maternels et plus précisément consultation, la Consultation prénatale, laboratoire (sucre et albumine), petite chirurgie (épisiotomie, sutures) accouchement, observation et médicaments génériques vendus au centre de santé). Le carnet de santé, la fiche maternelle et la fiche infantile ne sont pas pris en charge par la mutuelle.
- La mutuelle ne prend pas en charge les maladies chroniques. La liste des maladies chroniques non prises en charge est annexée au contrat.

Article 7 : Facturation mensuelle.

Le Prestataire s'engage à élaborer la facture mensuelle qui comporte tous les soins dispensés aux membres de la Mutuelle au cours du mois.

Il est utile de mentionner que les factures sont détaillées et reprennent notamment les informations suivantes pour chaque cas pris en charge : numéro de carte et de code de chaque mutualiste, nom de la mutuelle, nom du membre, montant à rembourser par la mutuelle.

La facture sera envoyée par le prestataire le 20 de chaque mois.

Article 8 : Mise à disposition des informations nécessaires pour le suivi des prestations et des facturations.

Le Prestataire est tenu de faciliter le suivi et l'évaluation du fonctionnement du système d'assurance. Pour ce faire il mettra à disposition de la mutuelle, les informations nécessaires au suivi, y compris celles concernant les non mutualistes.

Le Prestataire autorise le responsable de la mutuelle à rencontrer les personnels impliqués dans le système d'assurance pour les activités de suivi. La liste des informations nécessaires au suivi sera annexée au contrat.

Article 9 : Qualité des soins et rationalisation des prestations et des prescriptions**Qualité des soins**

Les pratiques de surfacturation et de sous notification sont interdites et font l'objet des mêmes procédures que pour les cas de litige.

Le prestataire a l'obligation de réserver un bon accueil aux usagers du CSA. Le malade doit être informé sur les raisons de l'attente avant les soins, sur sa maladie, sur les tarifs et les rendez-vous.

Le prestataire s'engage à délivrer la qualité des soins strictement nécessaire au traitement du patient et ceci en respectant les guides d'utilisation de prise en charge des affections.

Le prestataires s'engage à prescrire ou délivrer aux malades uniquement des médicaments et consommables sous formes génériques. Les spécialités ne seront pas remboursées par la mutuelle.

Limites du CSA

Le CSA est habilité à traiter les problèmes de son niveau, mais dans les limites de ses compétences et de son équipement. Tout cas dépassant la compétence du CSA sera référé sur l'hôpital à la charge des mutualistes.

SECTION 3 : DISPOSITIONS COMMUNES**Article 10 : Promotion et sensibilisation**

Les deux parties s'engagent à entreprendre ensemble une campagne d'information de la population cible, sur le contenu du présent contrat dans les activités quotidiennes et, si nécessaire, selon un programme qui sera défini de commun accord.

Les deux parties s'engagent à promouvoir le système mutualiste dans le cadre de leurs activités quotidiennes.

Article 11 : Réunions mensuelles

Les deux parties conviennent de se rencontrer une fois par mois pour :

- Faire le point du mois écoulé ;
- Vérifier le respect des règles de prise en charge par les prestataires ;
- Encourager une plus forte collaboration entre la Mutuelle et les services de santé ;
- Traiter des problèmes spécifiques qui auraient pu se poser durant les semaines précédentes

3 dispositions particulières

Article 12 : Révision du contrat

Ce contrat sera révisé annuellement si nécessaire.

Pour la première année, une adaptation de ce contrat pourra être envisagée après 6 mois minimum d'activité sur proposition d'une des parties et à partir des enseignements tirés du mode de fonctionnement de l'activité d'assurance.

Article 13 : Gestion des litiges

Ce contrat fixe les principes de la collaboration qui est recherchée entre les Prestataires et les Mutuelles. Il s'agit donc plus d'un cadre de travail que d'une contrainte légale. Cependant, son respect est indispensable au bon fonctionnement des Mutuelles.

En cas de désaccord entre le CSA et la mutuelle, l'arbitrage se fera par un comité ad'hoc composé de deux représentants de GROPERE et deux représentants de l' EEZS de Comè et en dernier recours par la Direction Départementale de la Santé Publique du Mono-Couffo.

Article 14 : Au cas où l'une des parties se sentirait lésée du fait du non-respect des clauses par l'autre partie, elle s'engage à prendre contact directement avec le responsable de l'autre structure pour tenter de trouver un terrain d'entente.

-En cas de non-satisfaction dans un délai d'un mois, elle pourra utiliser les voies de recours stipulées à l'article 14.

Article 15 : Si toutes ces tentatives n'aboutissent pas, chaque partie peut de plein droit suspendre sa participation au Contrat, après un préavis de 3 mois, sans préjudice à une poursuite judiciaire.

Article 16 : Les deux parties déclarent être en accord avec l'ensemble des dispositions du présent Contrat. En conséquence, elles y apposent leurs signatures pour servir et valoir ce que de droit.

Contrat signé en quatre exemplaires le : à

Pour le Prestataire « Lu et approuvé » Le responsable du CSA « Lu et approuvé » Le président COGEA	Pour la Mutuelle « Lu et approuvé » La présidente
---	--

Visa Du Médecin Coordonnateur de Zone de Comè

Annexe de la convention :

• Base de tarification

La cotisation annuelle a été fixée à 1520 F CFA hors co-paiement par le mutualiste (25%). 80% de cette cotisation, soit 1216 f CFA seront consacrés pour le paiement par la mutuelle de santé des prestations au centre de santé, à la pharmacie et à l'hôpital de zone (pour les accouchements les césariennes et la pédiatrie). Lors des études des coûts moyens au CS de Honhoué en 2003, les coûts moyens obtenus avec médicaments achetés au CS sont respectivement de 800 f pour le dispensaire et 1722 pour la maternité, ce qui fait un total de 2522 f. Le malade mutualiste paiera 25% donc 630 F CFA et la mutuelle 1.891F CFA (75%). Puisque la cotisation demandée au mutualiste est de 1520 f (tenant compte de leur capacité contributive) et devrait couvrir les prestations au cs de Honhoué , à l'hôpital et à la pharmacie ainsi que les frais de fonctionnement de la mutuelle, on a convenu avec le CS de Honhoué et la coordination de la zone sanitaire de comé d'aider la mutuelle de santé afin que le coût moyen des prestations octroyées aux mutualistes malades ne dépasse pas 1500 pour le dispensaire et pour la maternité. La mutuelle comptera sur des adhésions massives afin de couvrir les frais supplémentaires.

Le nombre de recours aux soins n'est pas limité sauf si au cours d'un exercice l'Assemblée Générale des mutualistes en décide autrement. Dans ce cas une notification sera faite au centre de santé. Toutefois, pour les consultations prénatales le nombre est limité à 4 pendant toute la durée de la grossesse. La mutuelle de santé ne remboursera pas au-delà de 4 consultations prénatales pour une femme. Néanmoins les mutualistes se réuniront pour étudier les cas des grossesses pathologiques. La décision sera notifiée au centre de santé par la mutuelle de santé en temps opportun.

• Liste des maladies chroniques

Les maladies chroniques (qui durent longtemps et se développent progressivement) ci-après ne seront pas pris en compte par la mutuelle de santé :

1. Le diabète
2. le sida
3. la tension artérielle
4. les arthroses
5.

Les agents de santé pourront aider la mutuelle de santé à orienter de manière discrète les malades souffrants d'une de ces maladies vers les centres ou des programmes nationaux appropriés de lutte contre ces maladies.

• Liste des informations nécessaires à obtenir au centre de santé pour le suivi

-
-
- Nombre de consultation totale au dispensaire
 - Nombre de consultation mutualiste au dispensaire
 - Nombre de consultation non mutualiste au dispensaire
 - Nombre d'accouchement total
 - Nombre d'accouchement mutualiste
 - Nombre d'accouchement non mutualiste
 - Nombre de CPN total
 - Nombre CPN mutualiste
 - Nombre CPN non mutualiste
 - Nombre de ACPN (CPN + Albutix) total
 - Nombre de ACPN mutualiste
 - Nombre de ACPN non mutualiste
 - Nombre moyen de CPN et ACPN par femme
 - ☛ Pourcentage de recette acquis grâce à la mutuelle de santé (actes et médicaments génériques uniquement)
 - ☛ Taux d'utilisation général
 - ☛ Taux d'utilisation de la mutuelle de santé
 - ☛ Coût moyen prestation au dispensaire
 - ☛ Coût moyen prestation maternité
 - ☛ + autres informations jugées utiles

Etablir la situation de référence (la situation avant le démarrage des prestations pour la mutuelle de santé. Cela permet de comparer les données et de mesurer les effets réels de la présence de la mutuelle de santé