

***Mise en place, développement et pérennisation de  
mutuelles de santé à destination de populations  
vulnérables***

***Madagascar, Burkina Faso, Togo***

***Termes de référence pour l'évaluation finale***



***Juillet 2025***

## Table des matières

Présentation succincte de l'organisme demandeur .....	3
Description du projet .....	3
1. Fiche résumée.....	3
2. Contexte des zones géographiques couvertes .....	4
3. Partenaires locaux .....	6
4. Objectifs et axes d'intervention du projet.....	7
5. Antécédents en matière d'évaluation et de suivi-évaluation .....	8
L'évaluation .....	8
1- Justificatif de l'évaluation .....	8
2- Objectifs de l'évaluation .....	9
3- Questions évaluatives (QE) en regard des objectifs de l'évaluation .....	9
4- Approche méthodologique indicative .....	10
Livrables attendus .....	11
Moyens humains et financiers .....	12
1- Equipe de l'évaluation .....	12
2- Budget prévu et durée de l'évaluation .....	12
Calendrier prévisionnel .....	13
Modalités de candidature .....	13
Liste des annexes.....	13

## PRESENTATION SUCCINCTE DE L'ORGANISME DEMANDEUR

---

**ATIA** (Association française loi 1901 d'intérêt général)

44 rue de la Paroisse

78 000 VERSAILLES

Tel : 01 39 02 38 59

Site internet : [www.atia-ong.org](http://www.atia-ong.org)

Créée en 2008 et issue de l'ONG Inter Aide, ATIA est une association spécialisée dans la conception et la réalisation de **programmes concrets d'aide au développement** dans 4 pays d'Afrique et d'Asie. ATIA a pour objectif de **lutter contre la grande pauvreté et d'aider les familles les plus démunies à améliorer par elles-mêmes leurs conditions de vie** grâce à des programmes de développement qui agissent simultanément sur plusieurs domaines essentiels :

- **Au niveau sanitaire** : nous développons des mutuelles de santé à destination des familles les plus vulnérables pour faciliter leur accès aux soins de santé de proximité, qu'ils soient publics ou privés. Nous contribuons aussi à la lutte contre la tuberculose, qui touche spécifiquement les familles les plus précaires.
- **Au niveau social** : nos programmes visent à réduire le niveau de pauvreté des familles en renforçant leur motivation et leur niveau d'information sur leurs droits et les services disponibles et accessibles pour elles. Un accent particulier est mis sur le renforcement des capacités et de l'autonomie des femmes et la lutte contre les violences domestiques.
- **Au niveau économique** : nous cherchons à aider les familles à améliorer leurs revenus, soit par la formation et l'insertion professionnelle, soit par l'auto-emploi (microfinance sociale). La très grande majorité de nos bénéficiaires sont des mères de famille.
- **Au niveau éducatif** : nous souhaitons améliorer l'accès à une éducation préscolaire et primaire de qualité pour les enfants des quartiers pauvres, limiter les abandons et renforcer les ressources pédagogiques des enseignants et des parents.

ATIA déploie ses activités à travers une douzaine d'associations partenaires locales (comptant environ 600 salariés locaux) qu'elle a créées et **qu'elle continue de soutenir techniquement et financièrement jusqu'à leur autonomisation**. En 2024, ATIA a mené 13 programmes dans 4 pays (Madagascar, Inde, Togo et Burkina Faso) auprès de 56 045 familles bénéficiaires (soit environ 224 000 personnes).

## DESCRIPTION DU PROJET

---

### 1. Fiche résumée

<b>Nom de l'association</b>	ATIA ( <a href="http://www.atia-ong.org">www.atia-ong.org</a> )
<b>Intitulé du projet</b>	Mise en place, développement et pérennisation de mutuelles de santé à destination de populations vulnérables
<b>Lieux d'intervention</b>	Madagascar, Burkina Faso, Togo
<b>Thématique</b>	Mutuelle de santé
<b>Principaux financeurs</b>	Agence française de développement (AFD)
<b>Durée totale du programme</b>	3 ans (janvier 2023 à décembre 2025)

### Présentation synthétique du projet

Le projet d'ATIA vise à faire bénéficier les populations les plus vulnérables à Madagascar, au Burkina Faso et au Togo d'un dispositif pérenne de protection sociale en santé via la mise en œuvre, le développement et l'autonomisation financière, opérationnelle et institutionnelle de trois mutuelles partenaires. Le développement de ces mutuelles permettra de finaliser un modèle professionnel et pérenne de protection sociale qui s'inscrit dans le cadre des politiques publiques de chacun des pays

et notamment le déploiement prévu de la Couverture Santé Universelle (CSU) ou Assurance Maladie Universelle (AMU).

Le projet répond à plusieurs enjeux majeurs : bien que les bénéficiaires des mutuelles pour l'accès aux soins et la sécurité socio-économique aient été démontrés, leur pérennité est mise à mal par la faible capacité contributive des bénéficiaires. Les cadres juridiques de la CSU existent dans les trois pays, mais les projets pilotes menés jusque-là ont échoué. ATIA propose une alternative fondée sur des mutuelles ancrées localement, mieux adaptées aux réalités du terrain.

Forte de vingt ans d'expérience, ATIA a démontré son savoir-faire dans l'accompagnement de mutuelles et la collaboration avec les autorités publiques. À Madagascar, la mutuelle de santé AFAFi, créée en 2007, est aujourd'hui une mutuelle reconnue, membre d'une fédération nationale. Au Burkina Faso, TOND LAAFI, lancée en 2018, a établi un partenariat avec l'Institution de Micro Finance (IMF) YIKRI et couvre l'ensemble de ses micro-emprunteurs. Elle est aussi devenue une actrice reconnue des autorités sanitaires et des institutions publiques. Au Togo, une mutuelle a été créée fin 2023 en partenariat avec l'IMF Assilassimé Solidarité, selon le modèle éprouvé de TOND LAAFI.

Pour la phase du projet couvrant la période 2023 à fin 2025, l'objectif fixé est d'atteindre 33 000 familles bénéficiaires et de rendre AFAFi autonome d'ici 2025. Sur neuf ans, le projet vise l'autonomie complète des mutuelles au Burkina Faso et au Togo, avec une réduction significative de la charge financière des soins pour les ménages grâce à l'intégration dans les dispositifs nationaux d'assurance santé.

**Objectif global :**

Les populations vulnérables au Burkina Faso, au Togo et à Madagascar bénéficient d'un dispositif pérenne de protection sociale en santé, en lien avec la politique nationale de santé.

**Objectif spécifique :**

Les mutuelles partenaires d'ATIA améliorent leur autonomie financière et institutionnelle

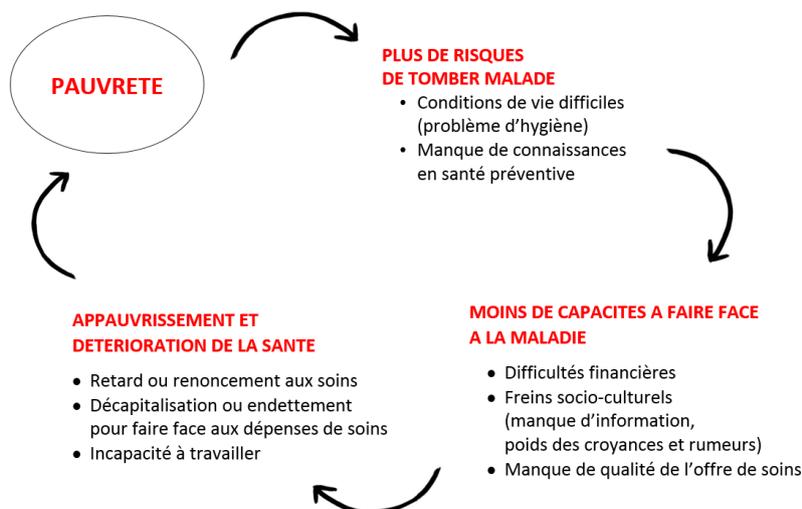
<b>Groupes cibles</b>	<b>Bénéficiaires direct-es :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les populations vulnérables du secteur informel (33 000 familles adhérentes en fin de projet soit 115 500 personnes).</li><li>• Les équipes des mutuelles, via les activités de renforcement de capacités, soit environ 150 personnes (90 femmes) en fin de projet.</li><li>• Les Ministères via les partenariats et apprentissages pour la CSU/AMU.</li><li>• Les prestataires de soins (plus de 300) via les formations et l'amélioration du parcours de soins.</li></ul>
	<b>Bénéficiaires indirect-es :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les 2 institutions de microfinance partenaires</li></ul>

## **2. Contexte des zones géographiques couvertes**

Le Burkina Faso, Madagascar et le Togo font tous partie des pays à développement humain faible. Ils sont classés respectivement 186<sup>ème</sup>, 183<sup>ème</sup> et 161<sup>ème</sup> sur 193 pays (IDH 2023). Dans ces trois pays, la majorité des familles évoluent dans le secteur informel et n'ont pas accès à une couverture santé. Cette précarité entraîne non seulement des retards ou renoncements aux soins, mais aussi une détérioration de l'activité génératrice de revenus et un appauvrissement de la famille, qui doit puiser dans son capital, vendre des biens ou emprunter pour se soigner. Le manque de connaissances (sur l'offre de soins, sur la santé) et les barrières socio-culturelles (poids des rumeurs, croyances et stéréotypes) entraînent également un retard de prise en charge. De plus, la qualité des structures de

santé (hygiène, disponibilité des médicaments, relation soignants-soignés, etc.) est aléatoire alors qu'elle constitue un déterminant à l'accès aux soins.

Les familles du secteur informel de ces trois pays ont de forts besoins en matière de couverture santé qui peuvent ainsi être résumés par le schéma suivant :



### Madagascar

À Madagascar, seuls les 10 % de la population travaillant dans le secteur formel bénéficient d'une couverture santé. Les barrières financières et socio-culturelles limitent fortement l'accès aux soins. La mauvaise qualité des services de santé réduit aussi la demande de couverture.

Une étude menée en 2021 par le cabinet CEEI a révélé que les femmes sont souvent les premières à vouloir adhérer à une mutuelle, mais elles disposent rarement du pouvoir décisionnel nécessaire pour engager les dépenses liées à la santé. Ainsi, 13 % des femmes interrogées affirment ne pas participer aux décisions concernant leurs propres soins.

Le pays compte huit mutuelles membres de la fédération MIARA-MIAHY, appuyées par des projets liés au microcrédit ou à des activités agricoles comme la production de vanille. Ces structures restent encore très limitées en termes de couverture et de capacité à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables.

### Burkina Faso

Au Burkina Faso, environ 80 % de la population travaille dans le secteur informel, sans accès à une couverture santé. En 2012, seuls 0,5 % des femmes et 1,5 % des hommes étaient couverts par une assurance maladie, révélant une très faible protection sociale. À Ouagadougou, la précarité et l'accès limité aux soins poussent les familles à s'endetter ou à renoncer aux soins.

Le coût des soins reste prohibitif : une consultation de soins primaire coûte en moyenne 3 000 FCFA, et une hospitalisation 22 000 FCFA, alors que le revenu journalier moyen par personne y est de 400 FCFA (0,61 €), bien en dessous du seuil de pauvreté. Le paludisme est la première cause de morbidité, en particulier chez les enfants et les femmes enceintes, mais beaucoup retardent le recours aux soins, préférant des traitements traditionnels, souvent inefficaces. Cela augmente les cas graves nécessitant des interventions lourdes comme des transfusions.

Le dernier recensement des mutuelles sociales (2011) a identifié 188 structures actives couvrant à peine 1 % de la population. À Ouagadougou, seules quatre mutuelles sociales de petite taille existent, avec un taux de pénétration inférieur à 1 %. Ces structures fonctionnent sur une base volontaire, avec des difficultés de recouvrement et une offre souvent mal adaptée aux plus pauvres. Une étude d'impact menée par ATIA et l'Université de Bordeaux a aussi mis en évidence les inégalités de genre dans la prise de décision : les femmes ont peu d'autonomie financière et dépendent largement de leur conjoint pour accéder et financer les soins.

## **Togo**

Au Togo, environ 70 % de la population active évolue dans le secteur informel, sans couverture santé. En 2016, les ménages finançaient plus de la moitié des dépenses de santé (51,2 %), tandis que la contribution de l'État restait faible (19,3 %). Ce sous-financement entraîne un recours limité aux soins et une forte charge financière pour les familles. À Lomé, seulement six mutuelles de santé étaient actives en 2020, couvrant environ 18 000 personnes, soit à peine 1 % de la population de la capitale.

À l'échelle nationale, seules 17 685 familles (environ 69 000 personnes) sont affiliées à une mutuelle, ce qui représente à peine 0,8 % de la population. Les mutuelles existantes fonctionnent sur un modèle volontaire, avec une portée limitée et une couverture jugée insuffisante par les populations.

Une étude de faisabilité menée par ATIA et Assilassimé Solidarité a révélé que seuls 30 % des bénéficiaires (micro-emprunteurs d'Assilassimé Solidarité) se rendent directement dans un centre de santé en cas de maladie. Les autres recourent d'abord à l'automédication ou n'y vont pas du tout, principalement pour des raisons financières. Près d'un quart des enquêtés (24,4 %) utilisent leur fonds de roulement professionnel pour financer des soins, compromettant ainsi la stabilité de leur activité économique. Les femmes, qui représentent plus de 90 % des bénéficiaires d'Assilassimé Solidarité, sont particulièrement exposées à ces risques, avec un accès restreint aux soins malgré des besoins avérés en santé et en protection sociale.

### **Couverture Santé Universelle – une brève présentation de la situation dans chaque pays :**

Les trois pays ont chacun voté des lois portant sur la Couverture Santé Universelle mais sont à des stades d'avancement différents.

A **Madagascar**, le choix de l'acteur le plus approprié pour améliorer l'accès aux soins des populations évoluant dans le secteur informel est encore en pleine réflexion. Un projet dans le district de Fénériverive Est a testé le modèle des Assurances Maladies à Base Communautaires (As) pour proposer un mécanisme de protection financière quant au risque maladie. Les résultats sont pour le moment peu significatifs avec une faible adhésion des habitants des communes. De surcroît, les financements pour ce projet sont arrivés à terme et aucun organe n'a été identifié pour prendre le relais sur le suivi des AMBC. La Cellule d'Appui à la CSU (CACSU) doit capitaliser sur toutes ces initiatives et il est donc pour le moment, difficile de savoir quels acteurs seront choisis pour offrir une couverture santé aux personnes évoluant dans le secteur informel.

Au **Burkina Faso**, un atelier a été organisé par le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale à travers la Direction Générale de la Protection Sociale, début mai 2025. Cet atelier a réuni plus d'une cinquantaine de participants (la direction de différentes mutuelles de santé, des agents de la fonction publique, etc.) pour discuter du rôle des mutuelles quant à la mise en œuvre de la CSU. Suite à cet atelier, il a été convenu qu'une étude sera réalisée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie Universelle (CNAMU) pour identifier les différentes fonctions « déléguables » aux mutuelles. Concrètement, l'objectif de cette étude est d'identifier quelles actions les mutuelles pourront remplir quant à la mise en œuvre de la CSU pour le secteur informel : collecte de la cotisation, remboursement des soins, etc.

Le contexte politique en matière de santé a évolué au **Togo** avec l'introduction de nouvelles mesures visant à garantir l'accès universel aux soins. En janvier 2024, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) a instauré une couverture santé destinée à l'ensemble des travailleurs du secteur formel. Concrètement, ces travailleurs doivent désormais cotiser mensuellement afin de bénéficier d'une assurance maladie. A noter que la CNSS est responsable de la prise en charge des travailleurs informels, formels et des titulaires de pensions. Pour l'instant, la prise en charge du secteur informel n'est pas encore définie et est en cours de réflexion auprès du ministère de l'accès universel aux soins.

### **3. Partenaires locaux**

Le programme est mis en œuvre en partenariat avec les associations locales suivantes : AFAFi à Madagascar, TOND LAAFI au Burkina Faso et LAMESIN NYO au Togo.

Les associations partenaires interviennent dans les zones indiquées dans le tableau ci-dessous et ciblent les populations vulnérables de ces régions.

<b>Pays</b>	<b>Partenaire</b>	<b>Zone d'intervention / régions</b>
Madagascar	AFAFi	5 régions : Analamanga, Haute Matsiatra, Itasy, Bongolava, Analanjirifo
Burkina Faso	TOND LAAFI	Ouagadougou et périphéries de la capitale
Togo	LAMESIN NYO	Lomé

#### **AFAFi :**

AFAFi est une mutuelle de santé créée à Madagascar par Inter Aide en 2007 et reprise par ATIA en 2015. Initialement destinée aux bénéficiaires de l'IMF CEFOR à Antananarivo, elle s'est ensuite étendue à de nouveaux groupes de bénéficiaires et de nouvelles régions. Depuis sa création, les activités d'AFAFi n'ont cessé d'évoluer pour améliorer durablement la santé des familles vulnérables au travers de 2 objectifs principaux : i) lever les barrières financières à l'accès aux soins en même temps qu'améliorer la qualité des soins ii) lever les barrières socio-culturelles à l'accès aux soins et à un système de prévoyance santé.

Le développement d'AFAFi lui a notamment permis d'être choisie pour un projet pilote de l'opérationnalisation de la CSU du Ministère de la Santé dans la commune de Ste Marie.

La mutuelle est membre de la Fédération des mutuelles MIARA-MIAHY.

Sur l'année 2024, AFAFi a couvert 17 107 familles différentes, soit environ 52 500 personnes. Toujours sur la même année, la mutuelle de santé a pu rembourser 21 950 soins pour un montant total d'environ 69 387€ et comptait 289 prestataires de santé partenaires.

#### **TOND LAAFI :**

TOND LAAFI est une association burkinabè à vocation de « mutuelle de santé » créée en 2018 avec l'appui d'ATIA. Elle a démarré ses opérations en 2019 à destination des bénéficiaires de l'institution de microfinance YIKRI et de leur famille, IMF soutenue par Entrepreneurs du Monde. La mutuelle est membre du Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS).

Sur l'année 2024, TOND LAAFI a couvert 11 770 familles différentes, soit environ 44 726 personnes. Toujours sur la même année, la mutuelle de santé a pu rembourser 17 727 soins pour un montant total d'environ 151 972€ et comptait 155 prestataires de santé partenaires.

#### **LAMESIN NYO :**

ATIA a mené en 2021 une étude de faisabilité avec Assilassimé Solidarité, une IMF soutenue par Entrepreneurs du Monde, qui a mis en exergue les besoins des familles en matière de santé et protection sociale. Une discussion collective a abouti à la décision de démarrer une mutuelle de santé, capitalisant et dupliquant le modèle de TOND LAAFI. La mutuelle de santé a été créée en 2023 et a enregistré ses premières adhésions début novembre 2023.

Sur l'année 2024, LAMESIN NYO a couvert 5 754 familles différentes, soit environ 17 262 personnes. Toujours sur la même année, la mutuelle de santé a pu rembourser 10 391 soins pour un montant total d'environ 88 972€ et comptait 26 structures de santé partenaires.

### **4. Objectifs et axes d'intervention du projet**

#### **Objectif global :**

Les populations vulnérables au Burkina Faso, au Togo et à Madagascar bénéficient d'un dispositif pérenne de protection sociale en santé, en lien avec la politique nationale de santé.

#### **Objectif spécifique :**

Les mutuelles partenaires d'ATIA améliorent leur autonomie financière et institutionnelle.

## **Résultats et activités prévus :**

- Résultat 1 : Les mutuelles partenaires d'ATIA augmentent leur pérennité financière
  - Activité 1.1 : Renforcer les capacités techniques, y compris comptables et financières, des équipes d'encadrement des mutuelles.
  - Activité 1.2 : Augmenter le nombre de bénéficiaires et diversifier les groupes partenaires.
- Résultat 2 : Les mutuelles améliorent leur pérennité institutionnelle
  - Activité 2.1 : Innover et tester des partenariats innovants et alimenter la CSU
  - Activité 2.2 : Développer les actions de capitalisation.

*Voir le cadre logique en annexe 2*

### **5. Antécédents en matière d'évaluation et de suivi-évaluation**

Pour suivre les progrès et évaluer l'impact des actions mises en œuvre, ATIA et ses partenaires s'appuient sur une base de données robuste, permettant un reporting opérationnel régulier sur les activités et les résultats.

Deux évaluations ont été réalisées sur les projets menés :

- Evaluation finale sur les activités d'AFAFI, effectué par Ethno Logik en juin 2021 à la fin du projet numéro CMG1653 01 T financé par l'AFD, sur la période de juillet 2018 à juin 2021.
- Etude d'impact réalisée par l'Université de Bordeaux sur le Dispositif de Santé et Protection Sociale (DSPS) TOND LAAFI pour les familles vulnérables au Burkina Faso, financé par l'AFD sur la période de 2019 à 2022.

Cette dernière était réalisée en collaboration avec l'Université de Bordeaux, avec pour objectif de mesurer l'impact de la mutuelle d'une part sur le recours aux soins des bénéficiaires et d'autre part sur la sécurisation de leur situation socioéconomique. Pour évaluer l'efficacité du dispositif de santé et de protection sociale de TOND LAAFI, l'équipe de recherche a opté pour la Méthode d'Essai Contrôlé Randomisé (ECR). Cette méthode a permis de suivre, pendant environ deux ans, un groupe de traitement (qui a eu accès au DSPS) et un groupe de contrôle (qui n'y a pas eu accès). Environ 2 000 micro-emprunteurs (1 000 dans le groupe de contrôle et 1 000 dans le groupe de traitement) ont été enquêtés lors de l'enquête baseline début 2020 et lors de l'enquête endline début 2022. En résumé les conclusions ont été :

- **Amélioration du recours au soin** des ménages assurés : augmentation de 14 % du recours aux établissements de santé ; augmentation de 30 % de recours au soin le jour de l'apparition des symptômes ; diminution de 80% du renoncement à l'achat de médicament pour raisons financières.
- **Réduction de la vulnérabilité** des assurés face aux dépenses de santé : diminution de 41 % de la proportion de personnes ayant rencontré des difficultés à payer leurs dépenses de santé ; diminution de 23 % de la proportion de personnes ayant puisé dans le capital de leur activité.

Les résultats de l'étude d'impact sont disponibles [ici](#).

Les rapports ou les résumés des évaluations sont disponibles sur demande.

## **L'ÉVALUATION**

---

### **1- Justificatif de l'évaluation**

Cette évaluation intervient à la fin d'un cycle de 3 ans de financement par l'Agence Française de Développement, dans le cadre de la convention ATIA-AFD **CZZ3564 01 F** qui prévoit une évaluation finale en dernière année du projet.

## 2- Objectifs de l'évaluation

L'évaluation porte sur les actions mises en œuvre dans le cadre du projet depuis janvier 2023 à Madagascar, au Burkina Faso et au Togo avec nos trois partenaires locaux : AFAFi, TOND LAAFI, LAMESIN NYO.

Les objectifs généraux de l'évaluation sont :

- **Objectif 1 : Evaluer dans quelle mesure l'action des mutuelles a permis de renforcer leur visibilité et leur légitimité dans les dynamiques publiques liées à la Couverture Santé Universelle**

Durant la période 2023 à 2025, les mutuelles de santé ont mis en place différentes actions pour accroître leur visibilité auprès des différents acteurs responsables de la mise en place de la Couverture Santé Universelle, dont notamment à Madagascar : 1) un projet pilote de couverture santé universelle à Sainte Marie et 2) un second projet pilote testant la capacité d'une commune à faciliter l'accès à une couverture santé aux personnes indigentes de la commune.

L'objectif est d'évaluer dans un premier temps les actions des mutuelles de santé, d'identifier les obstacles auxquels font face ces dernières, et de formuler des recommandations pour la suite de ce projet.

- **Objectif 2 : Evaluer comment les dispositifs de renforcement de capacités mis en œuvre ont permis aux mutuelles de s'approprier les outils et méthodes proposés et de développer une capacité de gestion autonome, incluant le pilotage stratégique, le management des équipes et un plan d'autonomisation financière.**

ATIA a mis en œuvre un programme de formations destiné à renforcer l'autonomie financière et l'efficacité organisationnelle des mutuelles partenaires, tout en améliorant la qualité des services. Ces actions ont été conçues pour répondre aux besoins spécifiques des partenaires, tout en incluant des volets communs pour harmoniser les pratiques et partager des outils stratégiques.

- **Objectif 3 : Evaluer dans quelle mesure les mutuelles ont permis d'améliorer la prévention sur les maladies transmissibles, et plus spécifiquement sur la dengue, et en quoi l'adhésion à une mutuelle influe sur l'autonomisation des femmes dans la gestion de la santé familiale**

Les mutuelles de santé sensibilisent leurs bénéficiaires sur les pathologies à forte prévalence et sur celles où de simples gestes peuvent limiter considérablement le risque de contraction de la maladie (ex. la dengue). L'objectif est de mesurer l'appréciation des actions de sensibilisation par les bénéficiaires.

Par ailleurs, la majorité des bénéficiaires sont des femmes et des filles pour l'ensemble des mutuelles. L'étude d'impact réalisée par l'Université de Bordeaux au Burkina Faso entre 2020 et 2022 a pu démontrer que l'accès à une mutuelle de santé (TOND LAAFI) renforce le pouvoir décisionnel des femmes dans le ménage, et plus particulièrement sur les décisions liées à l'accès aux soins. L'objectif est d'évaluer l'influence des mutuelles de santé LAMESIN NYO et TOND LAAFI sur le pouvoir de décision des femmes en matière de santé au sein du ménage, ainsi que de comprendre la perception de leur environnement familial concernant leur adhésion à ces mutuelles.

## 3- Questions évaluatives (QE) en regard des objectifs de l'évaluation

### Questions évaluatives concernant l'objectif 1 (évaluation qualitative des actions publiques des mutuelles)

**QE 1.1 :** Comment les mutuelles partenaires d'ATIA sont-elles perçues et positionnées par les autorités publiques en charge de la CSU, en particulier pour le secteur informel ? Quelles initiatives mises en œuvre par les mutuelles sont reconnues comme des contributions concrètes à la stratégie ou à la mise en œuvre de la CSU ?

**QE 1.2 :** Quels sont les acteurs ou groupes de travail qui participent actuellement à la réflexion sur la mise en œuvre de la CSU ? Quelles sont les contributions (directes ou indirectes) actuelles des mutuelles appuyées par ATIA aux réflexions de ces acteurs ? Quels groupes de travail supplémentaires pourraient intégrer les mutuelles et comment ?

**QE 1.3 :** Dans quelle mesure les mutuelles de santé appuyées par ATIA pourraient appuyer le respect des protocoles de soins déjà établis par les autorités publiques ?

### **Questions évaluatives concernant l'objectif 2 (évaluation qualitative des actions de renforcement de capacités des mutuelles de santé)**

**QE 2.1 :** Quelles compétences clés les équipes locales ont-elles renforcées (gestion financière, planification, pilotage stratégique, gestion d'équipe, gestion des risques, recherche de financements, utilisation du système d'information et de gestion (SIG) B'Mas) ?

**QE 2.2 :** Quelle est l'appréciation des équipes locales quant aux formations effectuées par ATIA et à l'appui reçu ?

**QE 2.3 :** Quelles sont les forces et les faiblesses de chacune des équipes ?

**QE 2.4 :** Dans quelle mesure les mutuelles sont-elles aujourd'hui capables de piloter leurs activités et leur plan de financement de manière autonome ?

**QE 2.5 :** Quelles sont vos recommandations sur les actions de renforcement des capacités des mutuelles de santé à mettre en œuvre pour la suite du projet ?

### **Questions évaluatives concernant l'objectif 3 (évaluation qualitative de l'amélioration de l'accès aux soins, et spécifiquement pour les femmes)**

**QE 3.1 :** Burkina Faso – Comment les actions de sensibilisation et prévention sur la dengue sont-elles perçues par les bénéficiaires ? Quels messages clés retiennent les mutualistes de TOND LAAFI après avoir été sensibilisés ?

**QE 3.2 :** Togo & Burkina Faso – Comment l'adhésion des femmes à une mutuelle est perçue par leur entourage familial et influe sur leur pouvoir de décision en matière de santé au sein du ménage ?

**QE 3.3 :** Burkina Faso – Comment les stratégies mises en place pour mieux impliquer les hommes dans la santé familiale et réduire les résistances à l'adhésion ou à l'usage des services ont-elles été perçues par les bénéficiaires ? Quelle a été leur efficacité ?

#### **4- Approche méthodologique indicative**

L'évaluation reposera sur :

- Des entretiens semi-directifs avec les autorités publiques responsables de la mise en œuvre de la CSU.
- Des entretiens semi-directifs avec l'équipe de direction des partenaires : directrice, coordinateur des activités, responsable administratif et financier, médecin conseil, responsable suivi et évaluation et contrôle (seulement pour TOND LAAFI).
- Des focus groupes semi-directifs avec les femmes et les hommes bénéficiaires des mutuelles de santé.

- Les grilles d'entretiens avec les bénéficiaires seront discutées entre l'équipe d'ATIA dédiée à l'étude et les évaluateurs retenus. Ces grilles devront comporter majoritairement des questions ouvertes.
- Des entretiens semi-directifs avec les prestataires de santé conventionnés avec la mutuelle et présélectionnés par le chef de secteur d'ATIA.
- Des discussions avec le chef de secteur d'ATIA en France, la co-directrice d'ATIA et les responsables de programmes/conseillères techniques d'ATIA basées sur place.

Nature et durée des principales étapes de l'évaluation : (suggestions)

- Consultation de la base documentaire : 2 jours
- Réunion de cadrage (dont rédaction/relecture de la grille d'entretien avec l'équipe d'ATIA et les équipes de terrain et sélection des bénéficiaires et des participants avec lesquels faire les entretiens) : 1 jour
- Note de cadrage : 1 jour de rédaction
- Mission sur le terrain : entretiens avec les équipes terrain, avec les bénéficiaires, avec les autorités publiques et avec les centres de santé conventionnés : 4 jours à Antananarivo, 4 jours à Ouagadougou, 4 jours à Lomé, plus une restitution sur le terrain sur la base des entretiens et discussions avec les équipes (½ journée à Antananarivo, ½ journée à Ouagadougou, ½ journée à Lomé) : arrondi à 14 jours
- Rapport provisoire : temps de rédaction estimé à 5 jours
- Réunion de restitution à Versailles sur la base du rapport provisoire : 1 jour (cela peut être fait à distance si l'évaluateur n'est pas en Europe) et une deuxième à l'AFD.
- Rapport final : 2 jours

Soit au total **26 jours**.

## LIVRABLES ATTENDUS

Les produits attendus dans le cadre de cette évaluation **seront rédigés en français et en version Word (ou compatible)** et sont les suivants :

- Une **note de cadrage**, envoyée à ATIA plusieurs jours avant le départ sur le terrain, relatara les premières investigations effectuées par l'Évaluateur à partir des lectures des documents et des entretiens réalisés avec la France lors de la réunion de cadrage. Elle présentera les questions, les hypothèses et les grilles d'entretiens appuyant le travail sur le terrain, ainsi que la méthodologie d'évaluation proposée pour les phases suivantes de l'évaluation.
- Un **rapport provisoire** sera remis à ATIA et sera la base d'une **restitution** à Versailles.
- Un **rapport final (20 pages maximum hors synthèse et annexes)** faisant suite aux échanges sur le rapport provisoire sera produit. Les droits moraux et patrimoniaux des consultants appartiendront à ATIA.

Ce rapport comprendra :

- Une **partie principale** qui traitera :
  - de l'analyse des résultats obtenus par le projet, détaillés et mis en regard avec les objectifs du projet ;
  - des perspectives et des recommandations, avec des propositions concrètes et des propositions stratégiques.
- Un **corps d'annexes** qui reprendra les résultats, les données factuelles et un ensemble d'extrait des entretiens réalisés nécessaires à une meilleure compréhension de l'information développée dans le rapport principal.
- Une **synthèse (8 à 10 pages maximum)** qui comportera :
  - un état des lieux ;

- une synthèse de l'analyse des résultats obtenus, des principaux constats ou conclusions majeures sur la base des attentes exprimées dans ces termes de référence ;
- les principales recommandations des évaluateurs.

Cette synthèse sera aussi rédigée en anglais. Une version électronique (versions Word et PDF) des documents sera systématiquement jointe aux versions papier.

## MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

---

### 1- Equipe de l'évaluation

Cette évaluation sera conduite par une équipe d'experts, dont :

- Une experte ou un expert international, évaluateur principal et responsable de l'évaluation, avec qui le contrat sera signé. ATIA privilégiera les offres incluant une mission dans chaque pays de l'évaluateur principal ;
- Trois experts locaux (Madagascar, Burkina Faso, Togo), collaborateurs de l'évaluatrice ou de l'évaluateur principal. Notez qu'ATIA ne signera pas de contrat avec ces experts, mais uniquement avec l'évaluatrice ou l'évaluateur principal, qui pourra lui-même passer un contrat avec eux.

L'évaluatrice ou l'évaluateur principal fera appel à des consultants disposant d'une expérience et d'une expertise confirmée en :

- Evaluation d'actions et de projets s'intégrant dans les politiques de CSU sur le continent africain ;
- Méthodologie d'enquête qualitative ;
- Evaluation de projet de développement en zone urbaine, et plus précisément sur des mutuelles de santé à destination de population vulnérable ;
- Disposant d'une qualité d'écoute et de bonnes capacités relationnelles ainsi que d'une maîtrise du français entre les différents membres de l'équipe.

L'équipe devra par ailleurs faire état d'une bonne connaissance et d'une certaine expérience opérationnelle autour des thématiques suivantes :

- La Couverture Santé Universelle
- Les mutuelles de santé
- L'accès aux soins des populations évoluant dans le secteur informel

Enfin, il est impératif que l'équipe dispose d'une connaissance **préalable des pays d'intervention**.  
**Le choix se fera sur la base d'un appel d'offres.**

Les propositions des consultants intéressés par la présente évaluation devront inclure :

- Une proposition technique présentant la **compréhension des enjeux** de cette évaluation et des termes de références, ainsi que la **méthode d'évaluation proposée** ;
- Une proposition financière (faisant apparaître la TVA, payable où le prestataire est établi) ;
- Le CV des consultants : formation, expertises et expériences dans les champs couverts par le projet et dans ce type d'action, ainsi que d'éventuelles références.

### 2- Budget prévu et durée de l'évaluation

ATIA prévoit 26 jours de mission (voir partie Méthodologie ci-dessus.)

Les offres financières s'élèveront à un montant total maximum de 33 000 €. La TVA est payable dans le pays où le prestataire est établi ; s'il y est assujetti, il doit facturer ATIA avec la TVA en faisant

apparaître le montant HT et le montant TTC (conformément à la directive 2008/9/CE du 12 février 2008 relative au lieu des prestations de services : nouvelles règles d'imposition).

Le devis du prestataire comportera donc trois parties conformément à l'annexe 3 :

1. **Les honoraires**, faisant apparaître la TVA le cas échéant ;
2. Les **frais de déplacement** à Antananarivo, Ouagadougou, Lomé, ainsi que les frais d'hébergement sur place ;
3. **Les autres frais**, remboursables sur présentation de justificatifs.

ATIA mettra un de ses véhicules à disposition et prendra à sa charge les frais liés à l'utilisation du véhicule. Le prestataire n'aura donc pas à les inclure dans son devis.

Les consultants sont responsables de l'organisation logistique locale liée au bon déroulement de l'évaluation (réservations de l'hébergement, transports locaux le cas échéant).

Les équipes d'ATIA faciliteront, si nécessaire, les prises de rendez-vous avec les bénéficiaires, les autorités publiques, les prestataires de santé ainsi que les membres des équipes des organisations partenaires.

## CALENDRIER PREVISIONNEL

Le calendrier prévisionnel de l'évaluation est le suivant (dates au plus tard) :

Date	Actions
15 juillet 2025	Publication de l'offre
15 août 2025	Date limite de réception des offres
18 au 29 août 2025	Analyse des offres et choix des évaluateurs
1 <sup>e</sup> septembre 2025	Information de la sélection et analyse de la documentation par l'équipe d'évaluateurs retenue (2 jours)
4 septembre 2025	Réunion de cadrage
8 septembre 2025	Remise de la note de cadrage
15 septembre au 15 octobre 2025	Mission de terrain (Antananarivo : 4 jours à Antananarivo, 4 jours à Ouagadougou, 4 jours à Lomé, plus restitution localement (1,5 jour) = total arrondi de 14 jours)
30 octobre 2025	Remise du rapport provisoire
7 novembre 2025	Restitution du rapport provisoire à Versailles / Paris
20 novembre 2025	Remise du rapport final

## MODALITES DE CANDIDATURE

Veuillez adresser vos offres le **15 août 2025 au plus tard**, à l'adresse **brendan.farrell@atia-ong.org** en précisant l'objet «  **EVAL/AFD/MDS**  ».

Le document de projet envoyé au bailleur principal (AFD) pourra être fourni aux candidats sur demande. De plus, une base documentaire sera mise à disposition pour les candidats retenus (cf. annexe 1).

## LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Documentation
- Annexe 2 : Cadre logique
- Annexe 3 : Modèle de devis (peut être fourni sous Excel)

# ANNEXE 1 : Documentation disponible pour l'expert sélectionné

## **Documentation du projet**

- Cadre logique
- Document de projet envoyé au bailleur principal (pourra être envoyé aux candidats sur demande)
- Rapport d'exécution intermédiaire portant sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2023.

## **Base documentaire qui sera mise à disposition pour l'équipe de candidats retenue**

- Rapports d'activité par pays
- Documents de suivi évaluation
- Rapports d'évaluation des précédents projets au Burkina et à Madagascar
- Documents de capitalisation

## **Personnes ressources**

- Chef de secteur des mutuelles de santé et qualité des soins ATIA (*il effectue des missions régulières dans les pays d'intervention*)
- Responsables programmes/conseillères techniques (*expatriées, elles sont en charge du suivi de chaque programme et de l'accompagnement des partenaires*)
- Responsables des partenaires locaux : ONG locales
- Responsables administratifs et financiers (*basé(e)s à Versailles*)

## ANNEXE 2 : Cadre logique

	Chaîne de résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Situations de référence / valeurs cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses critiques (liées au contexte ou programmation)
<b>Objectif global</b>	Les populations vulnérables au Burkina Faso, au Togo et à Madagascar bénéficient d'un dispositif pérenne de protection sociale en santé, en lien avec la politique nationale de santé.	Le pourcentage des dépenses directes des ménages utilisé pour financer l'ensemble des dépenses de santé diminue d'au moins 2 point de pourcentage	SR (2019) : Burkina Faso : 34.7% Madagascar : 32.5% Togo : 66.2%  C : Burkina Faso : 32.7% Madagascar : 30.5% Togo : 64.2%	World Health Organization, Global Health Expenditure Database	L'évolution de ce pourcentage dépendra aussi évidemment de l'évolution globale des ressources des ménages de ces trois pays et de l'implication des autorités publiques dans le déploiement des dispositifs.
<b>Objectifs spécifiques (OS)</b>	Les mutuelles partenaires d'ATIA améliorent leur autonomie financière et institutionnelle	Le score de la grille de mesure de l'autonomie d'ATIA	SR : Burkina Faso (TOND LAAFI) : 14/45 Madagascar (AFAFI) : 26/45 Togo : Non applicable  C : Burkina Faso (TOND LAAFI) : 32/45 Madagascar (AFAFI) : 40/45 Togo : 14/45	La grille de mesure de l'autonomie d'ATIA	Les personnes nommées à la direction d'AFAFI et de TOND LAAFI restent à leur poste. Les institutions de microfinance partenaires acceptent que la cotisation de leurs membres augmente
<b>Résultats attendus</b>	<i>RI : Les mutuelles partenaires d'ATIA augmentent leur pérennité financière</i>	Taux d'autonomie du fonds mutuel et du service de micro-assurance santé	SR : Burkina Faso (TOND LAAFI) : le fonds mutuel est équilibré Madagascar (AFAFI) : Le fonds mutuel est pérenne et le service de micro-assurance est partiellement autonome, à 30%. Togo : Non applicable  C : Burkina Faso (TOND LAAFI) : le fonds mutuel est équilibré et le service de micro-assurance santé est partiellement autonome : cout de fonctionnement du système de micro-assurance santé couvert au moins à 50% par les cotisations des membres. Madagascar (AFAFI): le fonds mutuel et le service de micro-assurance santé sont financés à 100% par la cotisation des membres. Togo : le fonds mutuel est équilibré	Outils de suivi financier des partenaires et logiciel B'mas développé par ATIA.	Les bénéficiaires des institutions de microfinance ont la capacité financière suffisante pour payer leur cotisation santé. Les autres groupes partenaires des mutuelles cofinancent effectivement la cotisation santé de leurs bénéficiaires.  Le déploiement de la CSU / AMU demeurent des priorités nationales, malgré les changements / instabilité politiques, et les autorités publiques ont des

	Chaîne de résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Situations de référence / valeurs cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses critiques (liées au contexte ou programmatique)
	<b>R2 : Les mutuelles améliorent leur pérennité institutionnelle</b>	Partenariat avec les ministères de tutelle en direct ou via les réseaux de mutuelle de santé	SR : Burkina Faso (TOND LAAFI) : Convention de partenariat avec le Ministère de la santé qui reconnaît la mutuelle comme acteur de la politique sectorielle du financement de la santé, Madagascar (AFAFI) : Convention de partenariat avec le Ministère de la santé dans le cadre de l'opérationnalisation de la CSU dans la commune de Ste Marie Togo : Non Applicable  C : Burkina Faso (TOND LAAFI) : Définition d'un projet pilote qui s'intègre dans l'AMU en collaboration avec le Ministère du travail de la fonction publique et la protection sociale. Madagascar (AFAFI) : Renouvellement du partenariat avec le Ministère de la santé dans le cadre de l'opérationnalisation de la CSU Togo : Intégration dans le Cadre National de Concertation de la Mutualité (CNCMUT) et obtention d'une lettre de soutien du ministère délégué à la CSU	Conventions de partenariat signées	fonds (notamment en partenariat avec des bailleurs internationaux) pour des projets pilotes d'opérationnalisation de la CSU / AMU.
<b>Activités</b>	<b>Activités pour R1 :</b> <u>Activité 1.1 :</u> Renforcer les capacités techniques, y compris comptables et financières, des équipes d'encadrement des mutuelles. <u>Activité 1.2 :</u> Augmenter le nombre de bénéficiaires et diversifier les groupes partenaires.	<u>Activité 1.1 :</u> Nombre de sessions de renforcement de capacités par an par mutuelle. <u>Activité 1.2 :</u> Nombre de familles bénéficiaires	<u>Activité 1.1 :</u> Au moins trois sessions de renforcement de capacités, menées par les référents du siège d'ATIA, chaque année et pour chaque mutuelle.  <u>Activité 1.2 :</u> SR : 21 831 familles bénéficiaires Burkina Faso (TOND LAAFI) : 9 941 familles adhérentes en cours de droit Madagascar (AFAFI) : 11 929 familles adhérentes en cours de droit Togo : Non Applicable  Décembre 2025 : plus de 33 000 familles adhérentes soit plus de 115 500 personnes  Burkina Faso (TOND LAAFI) : plus de 13 000 familles bénéficiaires Madagascar (AFAFI) : plus de 12 000 familles bénéficiaires Togo : plus de 8 000 familles bénéficiaires	<u>Activité 1.1 :</u> Source : Rapports de mission, Comptes-rendus  <u>Activité 1.2 :</u> Le Système d'Information et de Gestion B'mas	- Stabilité des équipes des mutuelles - Existence de groupes organisés ciblant des populations vulnérables, d'une taille significative, qui acceptent les conditions des mutuelles (adhésion collective et obligatoire, participation aux activités d'information et sensibilisation, cofinancement de la cotisation).

	Chaîne de résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Situations de référence / valeurs cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses critiques (liées au contexte ou programmatique)
	<p><b>Activités pour R2 :</b></p> <p><u>Activité 2.1 :</u> Innover et tester des partenariats innovants et alimenter la CSU</p> <p><u>Activité 2.2 :</u> Développer les actions de capitalisation.</p>	<p><u>Activité 2.1 :</u> Nombre de participations aux réunions sectorielles avec les autres acteurs de la CSU / AMU</p> <p><u>Activité 2.2 :</u> Nombre de documents de capitalisation diffusés et d'ateliers de capitalisation</p>	<p><u>Activité 2.1 :</u> Au moins 2 par an par mutuelle</p> <p><u>Activité 2.2 :</u> Partage sur le réseau « Pratiques » d'au moins 3 documents clés ou fiches pratiques ; au moins 1 atelier de capitalisation multipays et au moins 2 ateliers de capitalisation avec les autorités de santé à Madagascar et 2 ateliers au Burkina Faso</p>	<p><u>Activité 2.1 :</u> Comptes-rendus de réunions et d'ateliers</p> <p><u>Activité 2.2 :</u> Le site internet du réseau « Pratiques »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dynamiques nationales non seulement pour la CSU / AMU mais aussi pour la contribution des mutuelles de santé perdurent.</li> <li>- La réorganisation au sein du secteur « mutuelle de santé » au siège d'ATIA permet de dégager le temps nécessaire pour les activités de capitalisation.</li> </ul>

# ANNEXE 3 : Modèle de devis

## DEVIS POUR EVALUATION

MAJ : 21/02/2019

Nom du consultant ou de la structure / n° d'enregistrement :

Date

Intitulé du projet

La première partie du devis (en jaune) fera l'objet d'une DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS.

La seconde partie (en bleu) fera l'objet d'une FACTURATION des HONORAIRES avec le montant HT et la TVA qui doit apparaître séparément.

en €	Unité	à remplir Nb unités	à remplir Coût unitaire	calcul Coût total à justifier	Remboursé sur justificatif	calcul A la charge de l'ONG	Commentaires
<b>Vols internationaux</b>							
	Pays de résidence - France	Vol	1,00 €	0,00	X		
	France (Paris) - étranger	Vol	1,00 €	0,00	X		
<b>Déplacements Europe (réunions, aéroport)</b>							
	dans le pays de résidence	Unité	1,00 €	0,00	X		
	en France	Unité	1,00 €	0,00	X		
<b>Déplacements dans le pays</b>							
	par air pour évaluateur expert	Trajet	1,00 €	0,00	X		
	terrestre	Trajet	1,00 €	0,00			
	Per diem : hébergement + restauration (expert international)	jour	1,00 €	0,00	X		
	Per diem : hébergement + restauration (expert local)	jour	1,00 €	0,00	X		
	Autres (interprète, frais de communication...)	unité	1,00 €	0,00	X		
	Imprévis	unité	1,00 €	0,00	X		
<b>TOTAL SUR JUSTIFICATIFS</b>				0,00		0,00	<b>MONTANT MAXIMUM</b>

	Unité	Nb unités	Coût unitaire HT	Total HT	TVA	Total TTC
					20%	20%
Honoraires expert 1	jour			0,00 €	0	0,00 €
	jour			0,00 €	0	0,00 €
Honoraires expert 2	jour			0,00 €	0	0,00 €
	jour			0,00 €	0	0,00 €
<b>TOTAL FACTURATION</b>				0,00 €	0,00	0,00 €

COUT TOTAL DE LA PRESTATION

0,00 €

	Récapitulatif	
	HT	TTC
A verser au prestataire contre facturation	0,00	0,00 €
A verser au prestataire sur justificatifs	0,00	0,00 €
<b>Total à verser au prestataire</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00 €</b>
<b>Total à payer par l'ONG</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00 €</b>
<b>Coût total de la prestation</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00 €</b>