Rapport final et annexes (442 EEI Essentiel)

Appui à la protection sociale en République de Guinée : Etude des effets du projet « Santé pour Tous » 2002-2019

Décembre 2019

Bénédicte Fonteneau et Papa Senghane Gningue

INSTITUT DE RECHERCHE SUR LE TRAVAIL ET LA SOCIÉTÉ

HIVA-KU Leuven
47 Parkstraat – 3000 Leuven
Belgique
Benedicte.Fonteneau@kuleuven.be
senghane@gmail.com

Table des matières

Liste des acronymes **3**

1. Introduction et objectifs de l'étude **4**

2. Rappels sur la protection sociale et les mutuelles de santé en Afrique **6**

3. Méthodologie de l'étude **10**
3.1. Approche méthodologique 10
3.2. Limites de l'étude 10

4. Evolution des acteurs et analyse de la contribution du projet **12**
4.1. Introduction 12
4.2. Evolution des acteurs étatiques 12
4.3. Evolution des acteurs appuyés et analyse de la contribution du projet 15
4.3.1. Les mutuelles de santé 15
4.3.2. Organisation Nationale d'Appui à la Mutualité (ONAM) 20
4.3.3. Le Réseau des Mutuelles du Fouta-Djalon (REMUFOUD) 24
4.3.4. Fraternité Médicale Guinée (FMG) 25
4.3.5. Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI) 26
4.4. Conclusions 27

5. Dynamiques d'adhésion aux mutuelles de santé **29**
5.1. Introduction 29
5.2. Evolution quantitative de la dynamique d'adhésion depuis 2002 29
5.3. Analyse qualitative de la dynamique d'adhésion 33
5.3.1. Dynamique d'adhésion et de fidélisation 34
5.3.2. Dynamique de désaffiliation 36
5.3.3. Cause de non-adhésion 39
5.4. Conclusions 41

6. Analyse de la contribution du projet Santé Pour Tous par rapport à la protection sociale en Guinée **43**

7. Perspectives futures **48**
7.1. Introduction 48
7.2. Visions des acteurs impliqués 48
7.2.1. ESSENTIEL 48
7.2.2. ONAM 50
7.2.3. REMUFOUD 50
7.2.4. PPSOGUI 51
7.2.5. FMG 51
7.3. Options suggérées par l'équipe en charge de l'étude 52

8. Conclusions **56**

9. Recommandations **58**

10. Annexes **63**
10.1 . Liste des personnes interrogées 63
10.2. Bibliographie 64
10.3. Note méthodologie de l'étude (document séparé disponible sur demande à Essentiel) 66

Liste des acronymes

ANMC	Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne Belge
ATM	Assistants Techniques aux Mutuelles
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	Commission de Mobilisation Sociale
COPIL	Comité de Pilotage
CTPS	Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTRS	Comité Technique Régional de la Santé
CNTG	Confédération Nationale des Travailleurs de Guinée
DPS	Direction / Directeur Préfectoral/e de la Santé
DRS	Direction / Directeur Régional/e de la Santé
DYNAM	Dynamic Mutualiste
FMG	Fraternité Médicale Guinée
F3E	Fonds pour la promotion des Études préalables, des Études transversales et des Évaluations
MASPFE	Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
MATD	Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAM	Organisation Nationale d'Appui à la Mutualité
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PNS	Politique Nationale de Santé
PPSOGUI	Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée
RAF	Responsable Administratif et Financier
REMUFOUD	Réseau des Mutuelles du Fouta-Djalon
SIG	Système d'Information et de Gestion
SSP	Soins de Santé Primaires
SPT	Projet Santé pour Tous
STEP	Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté (programme du Bureau International du Travail)
UCT	Unité de Coordination Technique
UDAM	Union Départementale d'
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
WSM	Solidarité Mondiale (ONG belge)

1. Introduction et objectifs de l'étude

Le projet Santé Pour Tous intervient en Guinée depuis 2002 pour contribuer au développement des mutuelles de santé dans la région du Fouta-Djalon et au renforcement des acteurs impliqués dans cette dynamique. Le projet intervient dans les régions administratives de Labé et Mamou et s'est étendu dans sa phase actuelle à la région de Kindia. Le projet est également actif au niveau national et contribue, en concertation avec des acteurs du mouvement mutualiste, de la protection sociale et de la santé, au dialogue et au plaidoyer envers les autorités nationales.

Le projet Santé Pour Tous a connu 5 phases successives[1] :

2002-2005	Phase pilote avec 3 mutuelles constituées
2005-2008	Phase d'ancrage des mutuelles et création de nouvelles mutuelles
2009-2012	Phase de développement et de consolidation Accent sur l'autonomie des organisations mutualistes et la densification des mutuelles.
2013-2016	Structuration du mouvement mutualiste Démarrage du passage à l'échelle (augmentation des effectifs des mutuelles) et de l'ancrage national
2016-2019	Pérennisation du mouvement mutualiste et accompagnement vers un dimensionnement géographique plus large et une approche économique approfondie Contribution à l'amélioration de l'offre de soins Développement d'un cadre national favorable à la Couverture Universelle Santé

Dix-sept ans après le début de ses interventions, les acteurs du projet Santé Pour Tous sont face à un double constat :

- Le constat d'un développement des mutuelles de santé et du nombre de bénéficiaires couverts par l'assurance maladie largement en-deçà des objectifs;
- Le constat de voir le gouvernement guinéen prendre au fur et à mesures des initiatives (formulation d'une politique nationale de protection sociale en janvier 2017, projet de loi sur les mutuelles sociales en cours d'élaboration) allant vers l'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale en santé dont l'architecture repose en partie sur les mutuelles de santé.

Le projet Santé Pour Tous a depuis le début cherché à contribuer à la construction d'un mouvement mutualiste en Guinée et donc au développement d'acteurs à même d'appuyer et de structurer la dynamique mutualiste, tant au niveau de la zone du projet (mutuelles de santé, réseau de mutuelles) qu'au niveau national (structure technique d'appui, plate-forme de concertation entre acteurs). Depuis 2013, le projet Santé Pour Tous est d'ailleurs co-porté

[1] *Source: ESSENTIEL, Document du projet Santé pour Tous 2016-2019, p. 10.*

par ESSENTIEL, ONAM, REMUFOUD, FMG et PPSOGUI. L'appui au développement et au renforcement de capacités de ces acteurs a pris une place importante dans les phases successives du projet SPT et a connu les difficultés inhérentes à tout processus de ce type : problèmes institutionnels, capacités à renforcer à tous les niveaux, processus de professionnalisation, instabilité des équipes, modèle économique permettant une fourniture de service accessible au plus grand nombre, rapports de force entre acteurs, etc.

La phase actuelle du projet se termine en décembre 2019. Par cette étude, ESSENTIEL souhaitait faire le bilan de ces 17 années d'intervention pour en tirer des leçons utiles tantpour les acteurs guinéens impliqués dans le projet Santé Pour Tous que pour l'ONG elle-même par rapport à son intervention en Guinée et dans d'autres pays.

Compte tenu de ces différents enjeux, cette étude combine trois types d'objectifs :

- Objectif d'évaluation sur les effets et impact du projet sur les acteurs locaux et sur les acteurs nationaux.
- Objectif de compréhension des dynamiques d'adhésion et de recouvrement de cotisations.
- Objectif prospectif portant sur les rôles et fonctions des acteurs du développement mutualiste.

Le rapport est structuré comme suit. Afin de contextualiser le sujet de cette étude, le chapitre deux reprendra quelques éléments sur l'évolution de la protection sociale et des mutuelles de santé en Afrique. Dans le chapitre trois, la méthodologie et les limites de l'étude seront présentées. Dans le quatrième chapitre, nous ferons le bilan de l'évolution des acteurs appuyés par le projet SPT ainsi que de l'évolution des politiques publiques en faveur de la protection sociale en Guinée. Dans le cinquième chapitre, nous chercherons à mieux comprendre la dynamique d'adhésion par une analyse de son évolution quantitative ainsi que par l'analyse des résultats d'une enquête qualitative menée auprès de trois groupes distincts : des adhérents, des anciens adhérents et des non adhérents. Basée sur les éléments présentés précédemment, le sixième chapitre permettra de faire le bilan de la contribution du projet Santé Pour Tous par rapport à différents domaines inhérents à la protection sociale en Guinée. Le septième chapitre est consacré au volet prospectif de cette étude ; il présentera la vision des acteurs impliqués par rapport à l'avenir ainsi que les options sur lesquelles les auteurs de cette étude suggèrent de se concentrer. Les conclusions et recommandations seront présentées dans les deux derniers chapitres.

2. Rappels sur la protection sociale et les mutuelles de santé en Afrique

Dans ce chapitre, nous brossons rapidement un état des lieux du développement et des débats autour de la protection sociale et des mutuelles de santé en Afrique (essentiellement francophone où les mutuelles de santé se sont particulièrement développées mais aussi dans quelques pays anglophones comme le Rwanda ou le Ghana).

Au début des années 2000, la question de la protection sociale est revenue à l'agenda des agences internationales et des préoccupations politiques de certains gouvernements, y compris de pays à faibles revenus. En matière d'accès à la santé, cette préoccupation a été renforcée par le concept de couverture sanitaire universelle développée par l'OMS à partir de 2005 et maintenant partie intégrante des objectifs de développement durable.

En Afrique subsaharienne, la question de la protection sociale en santé est particulièrement aigüe. En effet, les régimes existants de sécurité sociale ne couvrent (de manière limitée) que les personnes travaillant dans le secteur privé formel ou dans la fonction publique. Or, plus de 80% de la population active tire son revenu d'une activité exercée dans l'économie informelle. Dès la fin des années 1990, un ensemble d'acteurs de la société civile africaine accompagnée par des ONG étrangères, des structures mutualistes européennes et des programmes de développement (menés par des agences bilatérales et multilatérales) a développé des initiatives visant à fournir à des personnes travaillant dans l'économie informelle des services d'assurance maladie. En Afrique francophone, ces assurances maladie ont pour la plupart pris la forme de mutuelles de santé, caractérisées par une non sélection des adhérents, une finalité non lucrative et une prise de décision participative (par des personnes élues par les adhérents).

Le processus de mise en place de mutuelles de santé (et de structuration de ces mutuelles au-delà du niveau local, donc à un niveau régional et/ou national) implique au moins trois dimensions : une dimension communautaire (sensibilisation des populations à l'adhésion et gouvernance de l'assurance par les membres, instauration d'une confiance entre les adhérents et les gestionnaires, etc.), une dimension technique (études de faisabilité, gestion de l'assurance maladie, conventionnement avec des formations sanitaires, etc.) et une dimension politique (reconnaissance des mutuelles comme acteurs dans le secteur de la santé, plaidoyer vis-à-vis des autorités sanitaires et politiques au niveau local et national). La mise en place et le fonctionnement de mutuelles de santé implique donc la concertation, la reconnaissance mutuelle et la confiance entre des acteurs de nature très différente (allant d'individus à des autorités nationales ou des agences internationales en passant par les structures mutualistes elles-mêmes). Ces mutuelles de santé se sont à l'époque développées en l'absence de tout cadre législatif ou réglementaire et représentaient un modèle nouveau (tant pour les potentiels adhérents que pour les institutions impliquées comme les formations sanitaires). Pour toutes ces raisons, les processus de création et de développement des mutuelles de santé ont été (et sont) longs et généralement complexes (Fonteneau, 2015, Fonteneau & Vaes, 2014). A cela, il faut ajouter une faible disponibilité d'offre de soins de qualité par le secteur public et une absence d'accessibilité (physique et/ou financière) des formations sanitaires privées. Il n'existe que peu de données fiables quant au nombre de mutuelles de santé fonctionnelles en Afrique. Au Mali, on estimait en 2014 que les 187 mutuelles couvraient

308.354 bénéficiaires à jour de cotisations (donc moins de 2% de couverture) (Ndiaye, 2017)[2]. Au Sénégal, le nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé communautaires a fortement augmenté entre 2007 (3.79% de la population) et 2016 (16%) (Agence de la CMU, 2017 ; Deville et al, 2018) mais dont la majorité sont des bénéficiaires de bourses familiales dont la cotisation est prise en charge par l'Etat. Selon Deville et al, (2018), la proportion de la population cotisant aux mutuelles de santé serait estimée à 5,28% de la population sénégalaise. Notons que dans ces deux pays, l'Etat s'est fortement impliqué dans l'appui aux mutuelles de santé, depuis longtemps dans le cas du Mali (2000) et plus récemment dans le cas du Sénégal (2012). Les causes, derrière les difficultés rencontrées en matière d'adhésion et de recouvrement de cotisations sont multiples : modes diversifiés de recours aux soins (une consultation dans un centre de santé en moyenne tous les 5 ans), revenus faibles et irréguliers des populations ciblées, diversité de l'économie locale, facteurs géographique (distance avec des centres de santé de qualité) et politique (relations soignants-soignés), vulnérabilités liées au genre, perception et (mauvaise) qualité de l'offre de soins, faible niveau d'attractivité des mutuelles/satisfaction par rapport au paquet de soins couvert par l'assurance, difficultés opérationnelles de collecte des cotisations, confiance dans les institutions impliquées, etc. (Verbrugge, Ajuaye, & Van Ongevalle, 2018).

Malgré cette lente et difficile émergence des mutuelles de santé, plusieurs Etats en Afrique francophones (Mali, République de Guinée, Sénégal, Burkina Faso, Ghana, Togo, Bénin, Côte d'Ivoire, RD Congo et Rwanda en particulier) ont progressivement reconnu leur existence et leur pertinence par un ensemble de politiques et de mesures, plus ou moins fortes selon les pays, pour contribuer à favoriser leur développement. Des pays comme le Rwanda, le Mali, le Sénégal ou le Ghana ont mis en œuvre des politiques de protection sociale en santé articulant de manière formelle les mécanismes de protection sociale à l'échelle nationale et les mutuelles de santé. Parallèlement, l'UEMOA a en 2009 adopté un cadre réglementaire (n°07/2009/CM/UEMOA) relatif aux mutuelles sociales applicable dans tous les Etats-membres et peut servir de référence pour des Etats non membres comme la République de Guinée.

Tant au niveau national qu'au niveau international, l'extension de la protection sociale par les mutuelles de santé reste sujette à débat dont nous relevons ici trois éléments particuliers.

Caractère volontaire. Comme organisations d'économie sociale, le caractère volontaire de l'adhésion est quasi-intrinsèque au modèle de la mutuelle de santé. Dans la dynamique d'adhésion, ce caractère volontaire montre effectivement ses limites et exige des mutuelles de multiplier les stratégies en termes de sensibilisation ou de collaboration avec des organisations (à base de membres) pour favoriser des affiliations collectives ou automatiques/obligatoires. Mais c'est surtout dans la perspective de faire de l'assurance maladie une stratégie étatique pour couvrir les personnes travaillant dans l'économie informelle que le caractère volontaire des mutuelles de santé est remis en question. Dans un souci d'équité et d'efficacité, l'OMS affirme « qu'aucun pays n'a pu progresser sensiblement vers la couverture de l'ensemble de la population en s'appuyant sur le paiement direct des services ou les cotisations facultatives à un régime d'assurance » (OMS, 2014) et recommande « d'éliminer ou réduire considérablement le recours aux paiements directs et étendre le paiement anticipé (différents types de taxation, y compris la cotisation obligatoire à un régime d'assurance maladie sociale), en fonction de la capacité à payer ». En matière d'efficacité, le caractère obligatoire présente

[2] *https://www.researchgate.net/profile/Pascal_Ndiaye/publication/318469187_Potentiel_des_mutuelles_de_sante_a_la_mise_en_oeuvre_de_la_Couverture_Maladie_Universelle_au_Mali_et_au_Senegal/links/596ce62aa6fdcc44f7d2f1db/Potentiel-des-mutuelles-de-sante-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-Couverture-Maladie-Universelle-au-Mali-et-au-Senegal.pdf*

en effet de nombreux avantages en termes d'échelle et de mesure contre la sélection adverse. Ainsi, le Rwanda a pour sa part rendu l'affiliation obligatoire (de fait) depuis 2006 et connait un taux d'affiliation de 81,6% (Chemouni, 2018). Dans des pays (Sénégal) où le caractère obligatoire de l'assurance maladie n'est pas (encore) considéré comme possible (au niveau pratique) ou acceptable, des projets-pilotes d'assurance maladie (Union Départementale d'Assurance Maladie ou UDAM) ont développé des stratégies de modulation de la cotisation (à savoir, obligation d'inscrire des ménages d'au moins 5 personnes, incitant financier en cas d'adhésion de ménages de plus de 11 personnes, tarifs préférentiel des cotisations en cas d'adhésion villageoise). Selon Bossyns et al. (2018, p.193), « Les UDAM ont utilisé la modulation de la cotisation pour augmenter l'intéressement des futurs membres à l'assurance maladie. Cet intéressement devenait tellement attractif qu'il devenait pratiquement impossible de nier ses avantages et, pour un chef de ménage, de ne pas assurer toutes les personnes à sa charge simultanément. Ainsi, à travers le jeu de l'intéressement, les cotisations devenaient moralement obligatoires. ».

Caractère excluant. Les mutuelles de santé sont des mécanismes fournissant une assurance en contrepartie du paiement d'une cotisation. Elle est donc destinée à des individus et ménages disposant de revenus et exclut – de fait – ceux et celles qui n'ont pas cette capacité contributive, à savoir les plus pauvres. C'est principalement pour cette raison que l'ONG internationale Oxfam (Oxfam, 2013) décourage les décideurs politiques et les praticiens de prendre en compte les mutuelles de santé comme moyen pour parvenir à établir une couverture sanitaire universelle. Selon Oxfam, le caractère communautaire de ces mutuelles peut également entrainer des exclusions de personnes ou de groupes discriminés. Toutefois, l'inclusion de personnes dont la capacité contributive est nulle ou faible dans les mutuelles de santé a fait l'objet de nombreuses expérimentations ou projets-pilotes, tant au sein de mutuelles individuelles que dans les politiques nationales de protection sociale. Cette inclusion se fait soit par subventionnement des cotisations par l'Etat (par exemple pour les bénéficiaires de bourses familiales au Sénégal) ou par des organisations caritatives nationales ou étrangères (comme dans le cas de Memisa en Guinée pour la prise en charge des indigents par des mutuelles appuyées par le projet Santé pour Tous), soit par contribution des adhérents (dans le cas particulier de veuves, orphelins ou indigents ; voir notamment Fonteneau et al, 2004 ou Sow, 2017). A l'échelle locale, ces expérimentations d'inclusion reflètent une préoccupation des mutuelles mais n'ont jamais réussi à perdurer structurellement (et ce pour des raisons diverses, notamment les problèmes sociaux et techniques relatifs au ciblage de ceux et celles qui pourraient être considérés comme indigents, le caractère limité dans le temps du subventionnement par des organismes tiers, etc.). Dans ce sens, les critiques sur le caractère excluant des mutuelles rappellent que celles-ci ne devraient en effet pas être l'unique mécanisme sur lequel reposent les politiques nationales de protection sociale en santé, particulièrement pour les populations les plus pauvres. Ces critiques soulignent également la nécessité que les politiques nationales de protection sociale soient envisagées dans une perspective redistributive entre les différents groupes de populations (notamment par la fiscalité et l'impôt) et entre les différents mécanismes mis en place (Fonteneau, Vaes & Van Ongevalle, 2014).

Le caractère communautaire. Le caractère communautaire des mutuelles recouvre en fait plusieurs aspects : l'échelle d'action et le caractère non professionnel de la gestion de l'assurance maladie. Les mutuelles de santé se créent généralement à partir d'organisations (à base de membres) ou de zones géographiques (villages, communes) qui servent de base sociale à ces nouvelles structures. Cette base sociale est non seulement utile pour délimiter une zone d'action mais également car elle donne aux individus et membres de la mutuelle la

possibilité de se reconnaître au moins une caractéristique commune. Le corolaire de ce caractère communautaire est de limiter la zone d'intervention et le nombre de personnes qui pourraient potentiellement contribuer à la mise en commun de ressources financières pour partager les risques. Le caractère communautaire reflète également une réalité fort présente dans les mutuelles de santé, à savoir une gouvernance par des élus (ce qui est propre au modèle théorique de la mutuelle de santé) mais également un ensemble de tâches-clés (gestion de la mutuelle, campagnes de sensibilisation) effectué sur une base essentiellement bénévole par des élus ou des personnes impliquées au niveau local. Tant la professionnalisation de la gestion que le passage à l'échelle sont en effet reconnues comme des nécessités par l'ensemble des acteurs et observateurs de la dynamique mutualiste pour renforcer l'efficacité et l'impact de ces assurances-maladies. La transition connait diverses stratégies : regroupement de mutuelles de petites tailles, organisation des mutuelles en fonction des zones sanitaires (UDAM au Sénégal), externalisation de la gestion des mutuelles et/ou prise en charge des coûts liés à l'engagement de professionnels en charge de la gestion par des financements externes (locaux, nationaux ou internationaux, privés ou publics). Jusqu'à présent, aucune de ces stratégies n'a pu être validée sur le long terme pour pouvoir servir de référence et être répliquée. Cela demeure, comme nous le verrons dans le cas du projet SPT, une préoccupation majeure.

Malgré un scepticisme croissant de la part de nombreux académiques et bailleurs de fonds internationaux (privilégiant des mécanismes d'assistance sociale envers les plus pauvres ou des politiques de gratuité envers certains groupes de la population), les mutuelles de santé continuent de faire partie des stratégies nationales de protection sociale en Santé dans plusieurs pays d'Afrique francophone et anglophone. Cette option traduit généralement un choix politique mais reflète aussi la contrainte de ces pays de pouvoir envisager la mise en œuvre d'autres politiques d'amélioration de l'accès aux soins de santé (en raison notamment de la faiblesse des administrations locales, des ressources limitées et de la dispersion des personnes travaillant dans l'économie informelle). Dans ce sens, on peut dire le mouvement mutualiste se voit doté d'une responsabilité particulière (en tant qu'intermédiaire et acteur d'une politique publique) alors qu'il est lui-même en phase de développement, de recherche de modèle économique durable et de structuration au niveau local ou supra-local. Cela explique pourquoi des projets comme Santé Pour Tous se voient devoir appuyer la dynamique mutualiste à différents niveaux (préfectoraux, régionaux et nationaux).

3. Méthodologie de l'étude

3.1. Approche méthodologique

Cette étude a été menée entre Janvier et Juillet 2019 et a été conduite par deux chercheurs/consultants : Bénédicte Fonteneau (Belgique) et Papa Senghane Gningue (Sénégal). La collecte d'information (à Nantes et en Guinée) s'est faite de Janvier à Mars et l'analyse des données s'est faite entre Avril et Juin. Plusieurs restitutions ont été organisées en Guinée (1) et à Nantes (2).

La méthodologie détaillée de cette étude est disponible dans un document séparés (disponible sur demande à ESSENTIEL ou aux auteurs de l'étude). En bref, cette étude repose sur :

- Une étude documentaire : littérature, analyse des documents de projets (voir bibliographie en annexe 10.2)

- L'exploitation du système d'information et de gestion des mutuelles

- Des entretiens individuels et collectifs avec des représentants des différents partenaires du projet (liste en annexe 10.1)

- Une enquête qualitative auprès de 44 personnes (adhérents, non adhérents et ex-adhérents)

- Les discussions durant les restitutions en Guinée et à Nantes et les commentaires sur les versions provisoires du rapport de l'étude.

Les auteurs de cette étude ont adopté une approche qui se voulait la plus participative possible, en donnant une grande place à la vision, aux expériences et à l'analyse des acteurs du projet et en rendant transparents les objectifs et enjeux de l'étude. Nous en profitons pour remercier l'ensemble de ces acteurs pour leur disponibilité et leur participation à cette étude.

3.2. Limites de l'étude

Cette étude s'est globalement déroulée telle que prévue et selon la méthodologie mise en œuvre. La lecture de ce rapport doit toutefois tenir compte des éléments suivants :

- Cette étude porte sur la période 2002-2019. Pour couvrir cette période, nous nous sommes principalement référés aux documents de projets et aux évaluations des phases successives du projet. Les entretiens avec différents acteurs (y compris certaines n'étant plus impliquées dans le projet) ont également permis de collecter des informations sur cette longue période. La connaissance préalable du projet SPT par l'une des évaluatrices a également été utile à ce niveau. Toutefois, il est clair que la présente étude n'a pas la richesse d'un travail de capitalisation systématique.

- L'étude s'est déroulée à une période de tensions entre l'ONAM et les autres partenaires du projet (ESSENTIEL en particulier). L'équipe en charge de l'étude a

cherché à dépasser ces tensions pour avoir un dialogue avec l'ONAM (conseil d'administration et équipe technique) au même titre qu'avec les autres acteurs du projet. Nous avons également veillé à ce que la restitution implique simultanément l'ensemble des acteurs présents dans la zone du projet. Toutefois, cette situation a rendu impossible la tenue d'un atelier collectif sur la vision du futur du mouvement mutualiste, des fonctions à assurer par les différents acteurs (en présence ou à venir) et sur les contours d'une future intervention d'ESSENTIEL.

– Les enquêtes qualitatives auprès d'adhérents, ex-adhérents et non-adhérents ont été menées à bien mais avec une sous-représentation des ex-adhérents (14 personnes interrogées au lieu des 20 prévues), en raison de la difficulté rencontrée par l'ONAM et les mutuelles à pouvoir les identifier et les retrouver pour de tels entretiens.

4. Evolution des acteurs et analyse de la contribution du projet

4.1. Introduction

L'un des principes et axes d'action d'ESSENTIEL et du projet SPT est de soutenir l'accès aux soins de santé par le développement de mutuelles de santé et l'appui à des acteurs guinéens à même de pérenniser la dynamique et le mouvement mutualiste. Ce chapitre est donc consacré à l'analyse de l'évolution des acteurs ayant directement été appuyés par le projet SPT. Dans ce chapitre, nous ferons également une analyse de la contribution du projet à la protection sociale en Guinée.

Ce chapitre sera introduit dans la section suivante par une brève analyse de l'évolution des acteurs étatiques et des positions politiques prises au fil du temps par rapport aux mutuelles de santé et à la protection sociale. Cette analyse nous permettra également de mieux comprendre le contexte dans lequel opère ESSENTIEL et ses partenaires. Ensuite, nous passerons en revue l'évolution des acteurs directement appuyés par le projet SPT, à savoir les mutuelles de santé, l'ONAM, le REMUFOUD, FMG et PPSOGUI. Ensuite, nous ferons une analyse de la contribution du projet à la protection sociale en Guinée en vue de pouvoir tirer des leçons des différents axes et stratégies mises en œuvre.

4.2. Evolution des acteurs étatiques

De manière générale, le gouvernement et les institutions publiques guinéennes n'ont pas fait des mutuelles de santé une stratégie-clé, ni en termes de financement de la santé, ni en termes d'accessibilité aux soins de santé.

Toutefois, les mutuelles de santé ne sont pas absentes des documents politiques, voire des compétences de certains acteurs publics depuis le début des années 2000.

La Guinée est dotée depuis 1994 d'un décret réglementant la mutualité sociale (Décret D/94/090). Mais ce décret n'est jamais entré en vigueur notamment car sa formulation, tirée du code français, nécessitait une adaptation au contexte guinéen, une simplification et la promulgation de textes d'application (Ministère des Affaires Sociales, 2003, p.1) (Fonteneau et al, 2003).

Dans son Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (2002), la Guinée mentionne déjà les mutuelles de santé comme structures et mécanismes cohérents de dialogue au niveau des sous-préfectures dans le cadre du développement et accès aux services de base (DSRP, 2002, p.41). Plus loin, « la promotion des mutuelles pour les soins obstétriques d'urgence » est également reprise comme stratégie d'amélioration du contrôle social et de la capacité des institutions décentralisées à conduire l'objectif général d'amélioration de l'état de santé des populations (DSRP, 2002, p. 73). Les mutuelles pour les soins obstétriques d'urgence (MUtuelles de santé pour la prise en charge des RIsques liés à la Grossesse et à l'Accouchement ou MURIGA) font référence à un projet conjoint pilote conduit dans le district de Dabola dès 1997 par l'Etat guinéen et de l'UNICEF pour réduire la mortalité infantile et maternelle. Suite à ce projet pilote, des MURIGA ont été mises en place à partir des années

2000 dans 17 des 33 districts sanitaires de Guinée. Les résultats furent mitigés (Ndiaye et al. 2009): le taux de pénétration est resté limité (bien qu'atteignant 10%) et le manque d'autonomie de gestion et donc d'appropriation par les populations ont conduit à voir s'éteindre les MURIGA au fur et à mesure. Au début des années 2000, d'autres organisations internationales (OIT par le programme STEP), agences bilatérale de coopération (GTZ), ONG (CIDR) ou programme de recherche-action (PRISM) commencent à appuyer le développement de mutuelles de santé à base communautaire. En 2000, l'inventaire réalisé par la Concertation avait identifié 24 mutuelles. En 2004, elles seront estimées à 115 dont 85% considérées comme fonctionnelles (Sow, 2004).

Dans son document « Analyse situationnelle sommaire sur la protection sociale en Guinée » (Juillet 2002), le Ministère de l'Action Sociale avait inséré un plan d'action prévoyant, parmi d'autres, l'élargissement de la couverture sociale à l'ensemble de la population, notamment mis en œuvre par l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale et en favorisant la création de mutuelles de santé (orientation 2). C'est ce même Ministère de l'Action Sociale qui est officiellement – et jusqu'à ce jour - en charge de la protection sociale, tant pour les mécanismes d'assistance que pour les mécanismes contributifs (mutuelles de santé). En 2016, une politique nationale de protection sociale (PNPS) a été élaborée par le Ministère de l'Action Sociale et adoptée. Le document inclut les mutuelles de santé parmi les stratégies que la politique de protection sociale entend soutenir tout en précisant que cela relève également du Ministère de la santé en charge de la couverture sanitaire universelle. Il est également précisé dans le document que les mutuelles de santé ne peuvent « constituer l'unique solution dans un pays où une importante partie de la population n'a pas la capacité financière de contribuer à ces mécanismes dont les limites existent et sont bien connues » (PNPS, 2016, p. 34). Les catégories de populations pour lesquelles les mutuelles seraient des mécanismes plus adaptés ne sont pas précisées. La politique nationale de protection sociale identifie huit actions prioritaires sur le plan législatif et réglementaire dont trois concernent les mutuelles de santé. Nous les reprenons ci-dessous (PNPS, 2016, 64-65) :

- Doter la mutualité sociale d'un cadre juridique et de financement approprié ;
    - « Étant donné l'importance du rôle social des mutuelles qui consiste, à fournir une couverture maladie à une partie de la population, et compte tenu du déficit observé en Guinée après l'épidémie d'Ébola, l'amélioration du cadre législatif et de la réglementation en faveur de développement des mutuelles est très souhaitable ».
    - « L'amélioration du cadre législatif et règlementaire portera plus spécifiquement sur l'action facilitatrice de l'État, tant au plan organisationnel qu'au plan opérationnel. Il s'agira en outre d'introduire la législation des mécanismes financiers et règlementaires d'appui au développement des mutuelles de santé, afin de remédier au faible appui de l'État et des collectivités locales ».
- Instituer un Fonds d'appui et de garantie des mutuelles sociales
    - « Il s'agit d'instituer un Fonds d'appuis dont la vocation consistera à appuyer le développement des mutuelles de santé et d'assurer la mise en œuvre et le suivi des politiques de subvention et de gratuité. Ce

faisant, les mutuelles de santé pourront offrir des prestations complémentaires à la population ».

- « Ce Fonds pourrait accorder des subventions aux mutuelles de santé remplissant certaines conditions dont le taux de couverture de la population des ruraux et du secteur informel, la qualité des prestations, la gestion attestée par le respect des indicateurs et ratios fixés, etc. ».

- Créer un dispositif de contrôle et de régulation de la mutualité sociale.

  - « Il s'agit de créer un dispositif de contrôle et de régulation par l'Etat, des systèmes d'assurance sociale non obligatoire. Ce sera un organe de régulation de la mutualité sociale qui serait également chargé de la supervision de la gestion du Fonds de garantie des mutualités sociales ».

La politique nationale de protection sociale donne donc des signes favorables à la prise en compte des mutuelles de santé comme stratégies pour étendre la protection sociale en Guinée. Le fait que des dispositifs d'appui, de régulation et de financement soient identifiés comme faisant partie des actions prioritaires est également positif. Le document reste toutefois vague sur les sources de financement qui permettront la mise en œuvre de ces actions en dehors de l'accélération et la promotion de mesures fiscales et macro-économiques en faveur de la protection sociale, tels que les financements innovants, le renforcement des cadres des dépenses à moyen terme pour les secteurs prioritaires du développement social, la mobilisation des ressources externes et des ressources du secteur privé (PNPS, 2016, p.63).

Actuellement, une division de promotion des mutuelles existe déjà au sein de ce Ministère de l'Action Sociale. Elle relève directement de la Direction Nationale de l'Action Sociale (DNAS). Aux dires mêmes de cette direction, la division est très peu opérationnelle en raison d'un manque de ressources financières (aucun budget ne lui étant affecté) et d'un manque de capacités (l'équipe n'ayant pas été formée et n'ayant pas d'expérience sur le sujet). Le Ministère de l'Action Sociale a en 2018 commandité une étude visant à identifier les priorités du Ministère et à réorganiser ce dernier. Dans cette étude, il est proposé de mettre en place une Direction Nationale Pro-Mutuelle (DNP-M). Cette direction "pourrait faire la promotion de plusieurs mutuelles indispensables plutôt que de faire celle des seules mutuelles de la santé. Elle pourra, entre autres, encourager la création de bien d'autres catégories de mutuelles telles que les Mutuelles financières des femmes africaines (MUFFA) qui jouent un rôle très important non seulement dans le développement économique des pays où elles sont implantées, mais aussi dans la cohésion sociale et le maintien du tissu social qui sont des ressources chères à la Guinée dans sa quête de la prospérité économique et sociale". Le renforcement d'une Direction Nationale Pro-Mutuelle est également un signe positif. Toutefois, le caractère moins central donné aux mutuelles de santé au sein de cette direction ne converge pas avec les priorités de la PNPS.

Du côté du Ministère de la Santé également, les mutuelles de santé font partie depuis plusieurs années des Plans Nationaux de Développement Sanitaires (PNDS). En 2002 déjà, les « mutuelles de santé » sont reprises dans l'axe stratégique du PNDS visant par « l'amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services à garantir la disponibilité et l'accessibilité géographiques et financière à de services de qualité, répondant aux besoins des populations et

susceptibles de les inciter à utiliser d'avantage ces services aussi bien dans le public que dans le privé ». En termes de stratégies, le PNDS prévoyait la mise en place d'un système de financement alternatif qui permet de « développer la solidarité entre les membres d'une même communauté » et « la prise en compte de l'accessibilité financière aux soins dans un système de partage de risques maladie au niveau communautaires en vue de réduire les exclusions permanentes » (Ministère de la Santé Publique, 2002). Ce système n'a jamais été mis en place et seules certaines initiatives, comme l'appui aux MURIGA (des mutuelles pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement), ont été prises. De l'aveu même du Ministère de la santé, la couverture sociale par les mutuelles de santé en Guinée est très faible et quasi résiduelle. Dans l'actuel plan de développement sanitaire (2015-2024), le Ministère de la santé se dit toujours "favorable au développement de la micro assurance santé […] et perçoit ces initiatives comme la possibilité d'augmenter l'accessibilité de la population aux soins, tout en améliorant le recouvrement des coûts des structures de soins". Le plan indique qu'une réflexion est en cours au niveau des Ministères pour la mise en place d'une législation spécifique aux mutuelles de santé (voir section 3.2.6.3 du plan). En effet, un projet de loi sur les mutualités sociales a été élaboré et, selon les interlocuteurs interrogés, en passe d'être discuté au parlement dans le courant 2019. Toutefois, selon les interviews menées, la priorité du Ministère de la Santé (et celles des bailleurs multilatéraux) en termes de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle est plutôt donnée à des programmes de santé maternelle et infantile et à des mécanismes de gratuité visant la prise en charge de certains traitements (paludisme, VIH), mécanismes de prévention (vaccination) et la prise en charge des enfants au niveau nutritionnel.

En matière de protection sociale en santé, le dialogue entre les deux ministères (santé et action sociale) sera déterminant. A ce stade, les relations sont décrites par les acteurs étatiques interrogés comme bonnes mais le dialogue sur des actions réelles est très limité.

La protection sociale en santé est donc une question qui est redevenue présente en Guinée depuis les années 2000. Depuis cette époque, les mutuelles de santé ont toujours fait partie des options possibles, voire privilégiées pour l'extension de la protection sociale aux populations non couvertes par les régimes existants. La récente politique nationale de protection sociale (2016-2021) indique des éléments positifs en faveur d'un engagement de l'Etat dans le développement des mutuelles de santé dont certains (Projet de loi sur la mutualité sociale) ont déjà progressé. L'intérêt plus limité du Ministère de la santé par rapport aux mutuelles de santé est plus préoccupant, considérant le rôle déterminant que ce dernier pourra jouer dans l'amélioration de la qualité des soins ainsi que dans le dialogue et le conventionnement avec les structures mutualistes.

4.3. Evolution des acteurs appuyés et analyse de la contribution du projet

L'évolution des acteurs directement appuyés par le projet SPT sera abordée dans l'ordre suivant : les mutuelles de santé, l'ONAM, le REMUFOUD, FMG et PPSOGUI.

4.3.1. Les mutuelles de santé

Dans cette section, nous ferons une appréciation de l'évolution des mutuelles en tant que structure d'action collective (fonctionnement des organes, autonomie, etc.). L'appréciation des résultats liés à la viabilité fonctionnelle des mutuelles sera faite dans le chapitre 6.

L'accompagnement des mutuelles par le projet SPT a connu plusieurs phases. Dans le tableau synthétique ci-dessous (tableau 4.1), nous reprenons les principales évolutions concernant les mutuelles ainsi que des éléments stratégiques du projet SPT.

	Mutuelles appuyées	**Stratégies du projet SPT et commentaires**
2002-2006	Création et accompagnement de trois mutuelles MAUGO, MUGTM, MUSIL (Iles de Loos)	Gestion par une équipe d'ESSENTIEL basée en Guinée
2006-2012	10 mutuelles de santé créées dont sept fonctionnelles (5 anciennes et 2 nouvelles)	Création de l'ONAM et du REMUFOUD en 2011-2012 accompagné par une assistance technique en Guinée d'ESSENTIEL
2012-2015	Appui à 10 mutuelles de santé	Suivi des mutuelles confié à l'ONAM et au REMUFOUD
2016-2019	Regroupement des mutuelles existantes en 3 mutuelles préfectorales Création de trois nouvelles mutuelles préfectorales	Suivi des mutuelles confié à l'ONAM et au REMUFOUD Offre de prestations élargies (Paquet B : soins de santé secondaires)

Tableau 4.1 Mutuelles appuyées et stratégies du projet SPT entre 2002 et 2019.

Comme on le voit, le développement et l'accompagnement des mutuelles par le projet SPT a connu des évolutions importantes, en termes de structuration, en termes de paquet de services (soins de santé secondaires depuis 2016) et en termes institutionnels (création et responsabilisation du REMUFOUD et de l'ONAM dans la représentation politique et l'accompagnement du suivi des mutuelles). Ces évolutions successives reflètent une suite logique dans le développement de la dynamique mutualiste. Elles s'expliquent aussi par le processus d'apprentissage qui a caractérisé la mise en œuvre de ce projet novateur (à partir de 2002) et par la volonté de Nantes Guinée[3]/ESSENTIEL de créer et soutenir des acteurs sociaux à même de structurer le mouvement mutualiste et de poursuivre l'accompagnement du mouvement mutualiste au-delà du projet. On retrouve notamment cette cohérence dans le souci du projet SPT de toujours contribuer au développement du nombre de mutuelles tout en s'assurant que celles-ci puissent bénéficier d'économie d'échelle en se reposant sur des bases sociales existantes. Au début du projet, ce sont les unions/groupements de paysans qui garantissaient ces bases sociales, actuellement, c'est le regroupement en mutuelles préfectorales de mutuelles locales (sections) qui assure cette fonction.

Basé sur les évaluations des différentes phases du projet, le tableau 4.2. ci-dessous présente un aperçu des constats relatifs au fonctionnement des mutuelles depuis le démarrage du projet.

[3] *Créée en 1992, l'association a changé de nom en 2011*

Date de l'évaluation	Constats positifs relatifs au fonctionnement des mutuelles	Constats problématiques
2006	Fonctionnement bénévole en ligne avec la volonté de Nantes Guinée de ne pas miner la viabilité et le dynamisme interne des mutuelles.	Les responsables des mutuelles considèrent le bénévolat comme problématique et objet d'un malentendu avec le projet (les responsables pensant que le projet subviendrait à la couverture des coûts liés aux ressources humaines impliquées dans la gestion des mutuelles. Question sur la non utilisation des 10% inclus dans le calcul de la cotisation pour couvrir les frais de gestion. Non positionnement de Nantes Guinée dans un souci de non-ingérence. Recommandations des évaluateurs de revoir le principe du bénévolat pour les tâches liées à la gestion et à la sensibilisation (indemnisation ou rémunération) et de meilleure prise en charge des déplacements.
	Existence des organes de gestion et fonctionnement formel (tenue des réunions)	Les organes ne remplissent pas toutes les missions qui leur sont confiés, ni avec toutes les ressources humaines dont elles pourraient bénéficier (en raison de l'absentéisme et des faibles capacités de certains élus). Non fonctionnement des comités de surveillance (comme dans la plupart des mutuelles dans la sous-région)
	Appropriation progressive des fonctions, notamment administratives, par les responsables élus	Faible vision à long terme et stratégique des élus mutualistes.
	Le potentiel – bien qu'encore faible, est croissant – de la décentralisation politico-administrative, n'est pas assez exploité alors qu'elle aussi permettrait d'élargir le taux de pénétration.	
		Le cahier des charges des Assistants techniques (ancien personnel d'ESSENTIEL maintenant personnel ONAM) donne l'impression que ces derniers font tout à la place des mutualistes. La complémentarité entre leurs tâches et celles des mutualistes n'est pas claire.
2012		Déficit d'ouverture et de transparence des leaders. Les organes ont du mal à gérer leur propre développement en tant que structure de service de base.
	Les mutuelles assurent les activités liées à la sensibilisation, à la collecte des cotisations et au paiement des factures.	Les mutuelles ne se gèrent pas totalement; faiblesse dans la lecture des tableaux de bord et des factures reçues des formations sanitaires, ainsi que l'analyse des informations statistiques de gestion. Sur le terrain, elles ne gardent pas avec elles les plans d'action ni les tableaux de bord. (p.30). Le personnel de l'ONAM se substitue aux mutuelles pour les tâches de gestion.
		Equilibre non établi entre l'engagement bénévole et le travail professionnel rémunéré
		Mutuelles ont du mal à sortir de leur dynamique initiale très liée à un mouvement associatif particulier.
		La place des femmes y est également encore sous-valorisée alors qu'elles sont les premières intéressées par l'accès facilité aux soins de santé
	Gain des mutuelles en reconnaissance formelle au niveau des politiques de soins de	Pas d'effets de cette reconnaissance formelle en collaborations effectives

	santé primaires locales	
	Bonne maîtrise des enjeux par les élus impliqués mais manque de renouvellement des instances et trop forte personnalisation des mutuelles.	
2016[4]	Mise en place de Commissions de Mobilisation Sociale pour impliquer et motiver les élus et des personnes clés au sein des localités (motivation liée à des indemnités de fonction, de promotion et de fidélisation)	L'effort de transparence dans la gestion de ces indemnités devrait être renforcé auprès des adhérents (mécanismes de contrôle, bilans annuels…)
		Nécessité de renforcer l'information par les mutuelles et les sections aux mutualistes (par souci de transparence et en raison du regroupement au niveau préfectoral)
	Les outils de gestion et de suivi existants sont dans l'ensemble fiables.	Les outils de gestion ne permettent pas, en particulier dans le contexte de regroupement de donner une image fidèle de la situation des mutuelles (suivi budgétaire, suivi des prestations, suivi des adhésions) avec une grande réactivité. Il est nécessaire de renforcer en particulier les outils de compilation et d'analyse des données des mutuelles pour permettre aux élus d'élaborer des stratégies et d'engager des mesures correctives dès que nécessaire.
	Bon niveau de compétences des élus pour comprendre les données techniques et financières de leurs mutuelles et assurer les contrôles sociaux des attestations de soins.	Le système de collecte et de remontée d'information nécessitant un déplacement régulier est peu efficient en termes de moyens financiers et humains. Un mécanisme plus performant doit être pensé (informatisation partielle, copie des données…) pour assurer le suivi. Nécessité d'assurer un accompagnement complémentaire plus régulier et mieux structuré dans la lecture et l'analyse des données du mouvement mutualiste, notamment en mettant à disposition les données de synthèse des sections et des mutuelles à date fixe.

4.2. Bilan des constats sur les mutuelles de santé au travers des évaluations du projet SPT

En 2019, l'étude a pu faire un ensemble de constats dont certains confirment ou renforcent des constats et recommandations des évaluations précédentes.

Manque d'appropriation de la gestion. La gestion des mutuelles (tenue des registres, adhésion) est actuellement essentiellement assurée par les Assistants Techniques aux Mutuelles (ATM) de l'ONAM et non par les élus. Ces derniers se voient remettre mensuellement par les ATM une fiche reprenant la situation de la mutuelle en termes d'adhésion. Concernant les paiements, l'ATM prépare les documents, les élus signent et paient les dépenses. Cette situation est extrêmement problématique dans le sens où elle fait perdre aux élus la maîtrise de la gestion et des données de leurs mutuelles, ce qui les déresponsabilise et ce qui ne contribue pas à leur devoir de redevabilité vis-à-vis de l'assemblée générale. Cette situation décrédibilise également les élus mutualistes par rapport à leur environnement direct (prestataires de soins, autorités politiques et administratives) puisque ces derniers sont perçus comme ne pouvant agir de manière autonome.

Manque de visibilité et d'accessibilité des mutuelles. Malgré l'existence de sièges physiques, les mutuelles continuent à manquer de visibilité et d'accessibilité permanente. Les sièges ne

[4] *Rapport de d'évaluation SANTE POUR TOUS, Santé, Protection Sociale et Dynamiques Concertées – 2013-2016 Septembre 2016*

sont occupés qu'au moment de certaines activités (par les élus et/ou les ATM) mais ne constituent pas une porte d'entrée permanente pour les adhérents ou des personnes voulant adhérer. Dans certains cas (Labé), le bureau de la mutuelle n'est pas visible de l'extérieur et n'est pas bien indiqué (l'ancien local ayant maintenant une autre affectation). Nous verrons dans la section 6.3 que l'existence de mutuelles mêmes anciennes reste inconnue pour beaucoup d'habitants non adhérents. Pour rendre les mutuelles visibles, le projet SPT facilite la production et la diffusion d'émissions et de spots radio diffusés durant certaines périodes de l'année. Pour les élus et le projet SPT, cette diffusion représente un investissement financier important. Toutefois, la portée et l'impact de ces émissions et spots radio semble surestimée par les acteurs du projet. La diffusion ne se fait que sur une période limitée (quelques mois durant l'année) et ne s'accompagne pas d'autres moments fréquents de mobilisation et de sensibilisation qui pourraient renforcer leur portée. En raison de la non permanence dans les sièges des mutuelles et des moments sporadiques de mobilisation sociale, les adhérents potentiels n'ont que peu de possibilité de pouvoir s'affilier à la mutuelle. Les élus reconnaissent que dans ce cas, les personnes doivent elles-mêmes contacter un délégué et fixer un rendez-vous. Par ailleurs, le processus d'adhésion ne peut pas être finalisé sans l'intervention des ATM (photo, carte d'adhérents) et ce, malgré les applications numériques développées par le projet Santé Pour Tous.

Faible efficacité et manque d'appropriation de la mobilisation sociale. Des moments de mobilisation sociale sont organisés et impliquent les membres des commissions de mobilisation sociale (CMS). Toutefois, l'action de ces CMS reste fortement liée aux activités (« sorties », formations) prévues et financées par le projet SPT et semblent systématiquement encadrées par les ATM de l'ONAM. En dehors de ces sorties, peu d'initiatives semblent prises par les élus et les autres membres des CMS pour faire connaître la mutuelle aux populations et encourager/faciliter les adhésions. A cela, il faut ajouter que la mobilisation sociale semble se faire de manière très standardisée et peu innovante. Les supports de formation élaborés par l'ONAM à l'intention des CMS restent très théoriques. Les entretiens avec les élus, membres de CMS et ATM ne font pas apparaître de réflexion stratégique propre à chaque mutuelle pour développer des stratégies particulières de mobilisation (selon la zone de couverture de la mutuelle, les organisations qui y sont actives, le profil sociologique de ses membres).

Le fonctionnement des **instances de décision reste problématique**. Selon les élus, les CA des mutuelles préfectorales ne se tiennent pas car les frais de déplacement ne seraient pas couverts (« le pourcentage de la cotisation destiné aux frais de fonctionnement n'étant pas suffisant en raison du trop faible taux d'adhésion »). Les **Assemblées Générales** se tiennent (financées par le projet) mais, selon les entretiens menés, celles-ci semblent parfois biaisées par la participation d'adhérents non à jour de cotisation.

L'ancrage local des mutuelles semble toujours assez limité, sans liens structurels avec les collectivités locales/mairies ou d'autres institutions (y compris les centres de santé). Ce constat est paradoxal car certains élus des mutuelles ont par ailleurs d'autres responsabilités au niveau local. On peut se demander pourquoi et comment ces implications variées au niveau local ne favorisent pas un meilleur ancrage des mutuelles. L'hypothèse que les élus mutualistes continuent à percevoir le fonctionnement et la pérennisation des mutuelles comme relevant plus d'un projet extérieur que d'un ancrage et soutien local n'est pas à exclure.

Au début du projet, le manque d'autonomie des mutuelles pouvait s'expliquer par le caractère nouveau de ce mécanisme d'assurance maladie et le manque de connaissance/pratique des élus. A l'heure actuelle, ce constat est plus problématique car les élus (dont certains sont en poste depuis plusieurs années) ont eu l'occasion de développer des connaissances et des

pratiques mais ne sont toujours pas aux commandes de leurs mutuelles respectives. Dans une analyse rétrospective, on remarque que la difficulté des mutuelles à assurer leurs fonctions de base (collecte des cotisations, affiliation, mobilisation sociale) a toujours été problématique. Ce problème est relevé par les évaluations depuis 2006. En 2012, ce constat est toujours fait avec toutefois l'espoir que la clarification des fonctions entre l'ONAM et les mutuelles permette à ces dernières de s'investir plus dans ces fonctions et de bénéficier d'un accompagnement externe. En 2016, les constats sont moins détaillés dans les documents disponibles mais un peu plus encourageants. Depuis, il semble que la situation se soit aggravée, dû principalement à un problème de posture de l'ONAM dans l'accompagnement des mutuelles (voir section 5.2.3.) et à une démotivation des élus. Le caractère bénévole de la fonction des élus (malgré les incitants financiers pour certaines tâches) contribue certainement à la démotivation des élus. Les limites du bénévolat sont connues ; ce constat est fait depuis longtemps dans la plupart des mutuelles de la sous-région. Les changements successifs dans la structuration des mutuelles jouent également un rôle. Même si ces changements sont fondés sur des raisonnements rationnels (économie d'échelle, élargissement des bases sociales, etc.), ils fragilisent les élus qui doivent les assumer sans pour autant être moteurs de ces décisions, puisque ces dernières restent fortement prises sous l'influence d'ESSENTIEL et de l'ONAM. Enfin, et certainement de manière fondamentale, la faible dynamique d'adhésion n'encourage pas les élus à s'impliquer de manière plus forte au sein de leur structure.

4.3.2. Organisation Nationale d'Appui à la Mutualité (ONAM)

L'Organisation Nationale d'Appui à la Mutualité (ONAM) est une "association à but non lucratif ayant pour mission de favoriser le développement social et économique des populations guinéennes par leur meilleur accès à une santé de qualité dans un environnement sain". Le processus de création de l'ONAM a démarré en 2009 par l'équipe guinéenne en charge du projet SPT avec l'appui d'ESSENTIEL afin de contribuer au développement d'une "expertise locale autonome en matière d'appui et de conseil à la mutualité en Guinée". L'autonomisation de l'ONAM a été appuyée par le projet SPT depuis 2011.

En 2012, l'évaluation externe relève la "réalisation d'un important travail en 2011 pour préparer ce changement organisationnel et institutionnel radical". En plus des consultances externes, l'accompagnement de l'assistante technique d'ESSENTIEL sur place a permis qu'il y ait une transition en douceur. A court terme, l'évaluation relève que ce changement ne semble pas affecter la mise en œuvre du projet : au contraire elle permettrait de concrétiser les enjeux et stratégies de pérennisation. La volonté d'ESSENTIEL de se retirer progressivement du travail opérationnel de terrain pour entrer dans une logique de partenariat fut une hypothèse favorable à la pérennisation des résultats par l'émergence des structures guinéennes. Depuis janvier 2012, l'ONAM est l'un des partenaires assurant la maîtrise d'ouvrage du projet SPT.

En 2012, les constats sur l'ONAM faits par les évaluateurs externes sont principalement les suivants:

- La volonté d'une équipe de devenir prestataire de services spécialisés, avec des compétences relatives reconnues.

- Un positionnement autonome vis-à-vis des mutuelles appuyées par le projet SPT.

- Une recherche de nouveaux contrats (sous-traitance pour le compte d'ESSENTIEL dans un projet soumis à la Banque Mondiale, Appui au Plan National de Développement Sanitaire).

- Une participation à la Plateforme des Opérateurs d'Appui aux Mutuelles de Santé en Guinée (PPSOGUI).

- Un manque de formation et des lacunes en termes d'attitude pour permettre aux responsables mutualistes de "développer leurs propres capacités de réflexion et de prise de décision qui leur permettraient une réelle autonomie". L'évaluation relève que "le traitement et l'analyse des données sur les évolutions des chiffres et paramètres (ratios) de chaque mutuelle et du réseau devraient être transférés aux responsables des mutuelles. Le monitoring des évolutions par rapport aux prévisions devrait se situer à court terme au niveau des leaders des mutuelles (et/ou de leur fédération)".

- Un manque d'analyses stratégiques et de réflexions et propositions créatives appropriées aux contextes locaux particuliers : "c'est trop souvent le même modèle/format qui est appliqué dans chaque nouvelle mutuelle".

En 2015, le conseil d'administration de l'ONAM a été renouvelé et a également procédé à une révision des textes conduisant à ce que le REMUFOUD (et en conséquences les mutuelles), FMG et ESSENTIEL n'en fassent plus partie. Cette décision a été motivée par le souhait qu'il n'y ait plus de personne morale au sein du CA, ce qui selon les membres actuels de cette instance, ne correspondrait pas à la législation guinéenne. A cela, il faut ajouter que la direction de l'ONAM a connu un turn-over important (départ de deux directeurs entre 2015 et 2018). L'ONAM est maintenant dirigée par intérim par le responsable administratif et financier.

En 2016, l'évaluation interne faite par les partenaires de Santé Pour Tous faisait pour l'ONAM les constats suivants :

- Institution dotée d'une bonne expérience en matière d'accompagnement des mutuelles de santé et interlocuteur reconnu de/par certaines instances locales, régionales et nationales (Ministères : Santé, Action Sociale, Décentralisation) mais également au sein des plateformes nationales de la société civile (PPSOGUI, PROJEG…).

- Equipe technique dotée d'un éventail de savoirs thématiques (santé, mutualité, santé communautaire, système de santé) et transversaux (genre, jeunesse, suivi-évaluation, capitalisation, comptabilité).

- Une gouvernance et une organisation fragiles, manquant souvent de concertation et impliquant trop faiblement les mutuelles.

- La nécessité de renforcer la crédibilité de l'organisation (capacités et actions de plaidoyer technique et politique, développement de la vie associative, visibilité), la viabilité de l'organisation (transparence et concertation, gestion des ressources humaines, définition du champ de mise en œuvre, formaliser les relations fonctionnelles/ partenariales avec ses interlocuteurs techniques et institutionnels, diversifier les partenariats et sources de financement), son efficacité (capacité technique de l'équipe et du CA, développer une expertise d'accompagnement des

organisations mutualistes, communautaires, offre de soins, s'insérer dans d'autres réseaux d'acteurs).

Lors de la présente étude, l'équipe a rencontré à plusieurs reprises le Conseil d'Administration de l'ONAM et l'équipe technique. Plusieurs observations peuvent être faites d'abord au niveau institutionnel d'une part, puis au niveau technique d'autre part.

Au niveau institutionnel, on constate que l'actuel Conseil d'Administration de l'ONAM se positionne de manière plus autonome vis-à-vis des autres partenaires du projet Santé Pour Tous et particulièrement d'ESSENTIEL. Concrètement, cela se traduit par la volonté de pouvoir gérer l'équipe de l'ONAM de manière indépendante et développer des nouveaux projets dans le domaine mutualiste sans forcément y associer les autres partenaires de Santé Pour Tous. Cette volonté est une bonne chose dans le sens où elle va dans la direction du processus d'autonomisation souhaitée de l'ONAM mais ce processus ne semble pas encore porté par une vision, ni des stratégies claires. Dans le cadre du projet SPT, les derniers mois ont été marqués par un manque de communication concernant l'utilisation des ressources mises à disposition par le projet SPT (équipement, équipe) et des initiatives (projet de développement de mutuelles pour les étudiants en collaboration avec le Ministère en charge de l'enseignement supérieur) auxquels certains partenaires du projet SPT ont été associés en début de processus mais par rapport auxquelles l'ONAM semble vouloir travailler seul. Cette situation a conduit ESSENTIEL et les partenaires du projet à réorganiser de façon collective – incluant l'ensemble des partenaires du projet - la gestion du projet. Cette évolution a entraîné la mise en place d'une unité de gestion du projet (dont l'animation était confiée au coordinateur du projet - également directeur d'ONAM – jusqu'à sa démission puis à l'assistant technique d'ESSENTIEL) et la mise en place d'un comité de pilotage élargi aux mutuelles.

Au niveau technique, le rôle de l'ONAM sera analysé à partir de l'accompagnement et le développement du mouvement mutualiste dans la zone du projet. L'équipe technique est actuellement composée de 11 personnes : 1 responsable administratif et financier (également directeur par intérim), 1 responsable de zone (Kindia et Télimélé), 1 responsable du pôle mutualité (RPM), 6 assistants techniques des mutuelles et 2 médecins conseils. La totalité de l'équipe est financée par le projet SPT. L'équipe technique dispose de compétences mais souffre d'un manque de coordination, de suivi et de direction opérationnelle, tant dans le cadre du projet SPT que par rapport au fonctionnement et développement de l'ONAM. Par rapport au projet, le suivi et la direction technique semble s'être améliorée depuis l'arrivée de l'assistant technique d'ESSENTIEL en octobre 2018 mais connait toujours des lacunes : les ATM agissent de manière autonome par rapport à la mutuelle dont ils assurent l'assistance technique et l'équipe agit de manière non concertée tant en termes d'approche et d'outils de suivi. L'équipe de l'ONAM se plaint du manque d'accompagnement et des initiatives désordonnées prises par le CA vis-à-vis de l'équipe, ce qui fragilise son efficacité. Cette situation est renforcée par l'absence de direction effective (le responsable administratif et financier faisant au moment de l'étude fonction de directeur).

Au niveau de la **gestion et de la supervision des mutuelles**, on remarque une bonne utilisation des outils (encodage, mise à jour, maitrise) par la personne en charge du pôle mutualité au sein de l'ONAM. Toutefois, l'outil (système d'information et de gestion) ne semble pas complètement exploité (pour des questions de maitrise et/ou de manque d'initiative) pour pouvoir accompagner les mutuelles de manière plus stratégique, tant au niveau individuel, qu'au niveau global. Par ailleurs, les informations dans leur globalité restent très centralisées

au niveau des ATM et sont peu discutées stratégiquement avec les mutuelles et avec le REMUFOUD.

Au niveau de l'accompagnement individuel des **mutuelles de santé**, la présente étude confirme le constat fait par l'évaluation de 2016, à savoir une difficulté pour les ATM à adopter des postures d'accompagnement et non de substitution du travail de gestion à faire au niveau des mutuelles. La nature bénévole de la gestion par des élus mutualistes encourage également cette tendance ; les élus pouvant se décharger de ces tâches sur les ATM. Par contre, cette situation est particulièrement dommageable car elle renforce le manque d'appropriation des mutuelles (pas de documents de gestion en permanence à disposition), non seulement en termes de gestion mais également en termes de mobilisation sociale et de décisions stratégiques. Cette situation a également des conséquences en termes d'efficacité et d'impact sur les mutuelles. En effet, l'intermédiation des ATM dans certaines fonctions (inscription des bénéficiaires, élaboration et remise des cartes de membres) entraine des retards qui peuvent décourager les membres ou futurs-membres des mutuelles.

A l'heure actuelle, le REMUFOUD dit ne bénéficier d'aucun accompagnement de la part de l'ONAM alors que cela fait partie de ses missions dans le cadre du projet SPT. Les relations semblent actuellement se limiter à la gestion des ressources du projet en fonction des demandes de paiement par le REMUFOUD.

Depuis 2016, la fonction de médecine-conseil est passée de FMG à l'ONAM et ce, à la demande de l'ONAM. La médecine-conseil est une fonction nouvelle en Guinée qui a été développée dans le cadre du projet SPT en collaboration avec ESSENTIEL (particulièrement avec la contribution de bénévoles) et FMG. Au sein du projet, cette fonction a connu un turn-over important. Actuellement, deux nouveaux médecins-conseils ont été engagés depuis début 2017. En pratique, leur fonction consiste essentiellement à faire le suivi des prestations facturées par les formations sanitaires conventionnées, le suivi trimestriel des conventions et des activités de renforcement de capacités (formations données au personnel médical des centres conventionnés selon des thèmes identifiés). Les médecins-conseils participent également aux supervisions des Directions Préfectorales de la Santé (quand celles-ci transmettent l'information à temps). Ils devraient également participer à la réalisation d'études avec FMG mais se disent trop occupés pour y être impliqués pleinement. Les deux médecins-conseils disent ne pas avoir bénéficié de formations en tant que tel. FMG confirme ne pas avoir été impliquée dans leur recrutement et ne pas avoir été sollicitée pour leur fournir un accompagnement et/ou des formations. Les médecins conseils bénéficient uniquement d'un accompagnement par ESSENTIEL au travers des missions médicales bénévoles (exemple : février 2019) dont l'approche est globale (donc sans entrer dans les détails techniques de la fonction). Ces missions sont appréciées mais ne semblent à cette date pas encore réellement contribuer à ce que les médecins-conseils se sentent mieux outillés au quotidien pour exercer la fonction de manière plus systématique et dynamique. Par ailleurs, les médecins-conseils sont sous la direction technique de l'ONAM mais travaillent de manière très autonome, voire isolée du reste de l'équipe et ne bénéficient pas d'un accompagnement/supervision méthodologique ou technique. Ces difficultés ont plusieurs explications. Certaines explications relèvent du fait que la fonction de médecine-conseil est actuellement assurée par l'ONAM pour laquelle le caractère récent de cette responsabilité combinée à l'instabilité actuelle de l'organisation ne favorise pas son encadrement et sa supervision. Plus fondamentalement, la médecine-conseil est un métier nouveau en Guinée. Or, ce métier n'est pas uniquement fait de références techniques mais aussi de réflexions en matière de qualité des soins et d'aptitudes relationnelles et de communication auxquelles la formation en médecine ne prépare pas spécifiquement.

4.3.3. Le Réseau des Mutuelles du Fouta-Djalon (REMUFOUD)

Le REMUFOUD est un réseau de représentation politique des mutuelles. La création du REMUFOUD reflète la volonté du projet que les mutualistes puissent être représentés dans le dispositif du projet dans un premier temps et dans l'architecture de la protection sociale au niveau local et national plus tard.

La création du REMUFOUD s'est faite à partir de 2011 pour être formalisée en 2012. L'évaluation de 2016 faisait un ensemble de constats qui sont toujours d'actualité. Au niveau institutionnel, l'évaluation relevait la nécessité de renforcer la vie associative du REMUFOUD : manque d'implication des mutuelles préfectorales, renouvellement des instances et adaptation par rapport à la mise en place des mutuelles préfectorales, nécessité de pérenniser le poste d'assistant technique, manque de visibilité des locaux du REMUFOUD, manque de ressources pour assurer son fonctionnement (nécessité de chercher de nouveaux partenariats). Au niveau technique, il est relevé que les services que le REMUFOUD offre (en théorie) devraient être développés et mieux structurés : inter mutualité, fonction de garant dans la prise en charge des soins secondaires, formations et accompagnement des élus, plaidoyer, communication et campagne de sensibilisation, médecine conseil, prévention/promotion de la santé et nouveaux services. Le REMUFOUD n'a bénéficié d'assistant technique (financé par le projet) que pendant quelques années (2012-2016). Durant la dernière phase du projet, l'ONAM avait pour mission l'accompagnement du REMUFOUD, mais l'effectivité de cet appui est restée quasi inexistante. L'absence de bras technique a encore plus fragilisé non seulement la gouvernance du réseau mais également les services offerts par le REMUFOUD.

En termes de gouvernance, les élus du REMUFOUD reconnaissent en 2019 que les réunions des instances (prévues trimestriellement) ne se tiennent pas toujours comme elles le devraient. Les raisons semblent principalement de deux ordres : fatigue et découragement des élus (certains élus actuels le sont depuis plusieurs années, ce qui ne favorise pas de nouvelles dynamiques ou initiatives au sein des instances) et manque de budget (les dernières rencontres trimestrielles n'auraient pas été tenues car le budget était épuisé).

Durant la phase 2013 à 2016, le REMUFOUD a créé un fonds de garantie pour couvrir les éventuelles défaillances financières des mutuelles membres. Ce fonds de garantie existe et est, selon les élus, toujours alimenté par les mutuelles (5% de cotisations par an). Toutefois, le fonds de garantie a été utilisé deux fois jusqu'à présent (en 2016) et il semblerait que les mutuelles n'aient pas payé leur contribution en 2019. Seuls les intérêts bancaires générés sont utilisés pour couvrir des dépenses de rencontres trimestrielles.

Au-delà de ces problèmes fonctionnels, le principal constat que l'on peut faire à l'heure actuelle est celui d'un manque de mandat clair du REMUFOUD par rapport aux mandats des autres partenaires du projet. La mobilisation se fait essentiellement par les mutuelles et les ATM. Le plaidoyer au niveau local se fait par les mutuelles et le REMUFOUD (toujours avec les ATM) mais celui-ci est peu opérationnel en raison de la faiblesse et du peu de répondant des autorités et structures administratives locales. Le REMUFOUD dit également ne pas avoir de plan de plaidoyer et ne pas avoir été formé dans ce sens. Dans la pratique, cela signifie que le REMUFOUD n'exerce pas réellement de fonctions exclusives et qu'il ne joue un rôle que secondaire dans les activités menées en collaboration avec d'autres acteurs. Le REMUFOUD reconnait également qu'il ne joue pas une fonction active de supervision des mutuelles.

Ce manque de mandat clair ou l'incapacité à prendre les devants sur certaines fonctions s'explique également par l'absence de « cellule technique » et les faibles moyens octroyés. Le REMUFOUD agit selon une logique de projet, mettant en œuvre les activités et utilisant les ressources mises à disposition par le projet SPT mais sans réellement qu'il y ait de capacités, voire de volonté interne à structurer et appuyer le mouvement mutualiste en dehors de cette logique.

Selon les élus, la restructuration des mutuelles au niveau préfectoral a été une bonne chose pour renforcer la viabilité des mutuelles. Toutefois, la fusion est dans la pratique difficile à accepter pour certains élus : cela aurait enlevé un dynamisme dans les sections locales et certains élus se seraient relâchés. Le REMUFOUD fait ces constats mais ne semble pas à même d'intervenir pour jouer un rôle dans la redynamisation des sections ou de certaines mutuelles.

Concernant la structuration en unions régionales telle que discutée au niveau national au sein de PPSOGUI, les élus du REMUFOUD se disent un peu démunis pour prendre des initiatives dans cette direction (voir chapitre 7.2.3). Le principal argument avancé est celui du manque d'information concernant les modalités des autres mutuelles (appuyées par Dynam) avec lesquelles des unions devraient être formées. Au-delà de ce manque d'information, on constate également que le REMUFOUD n'est pas accompagné dans ces questionnements (ni par l'ONAM, ni par ESSENTIEL). Le leadership de la structuration du mouvement mutualiste est en théorie confié à PPSOGUI mais le niveau actuel de dialogue et de transparence entre les membres de la plateforme ne permet au REMUFOUD d'y trouver un cadre propice à la réflexion.

4.3.4. Fraternité Médicale Guinée (FMG)

Fraternité Médicale Guinée est une association créée en 1994 par un groupe de médecins voulant agir dans l'assistance médicosociale. FMG a au fil des années développé une large gamme d'activités, incluant la dispense de soins de santé (dans des centres de santé associatifs) mais également des actions de prévention et de prise en charge tournées vers les populations vulnérables (travailleuses du sexe, personnes atteintes de maladies psychiques, personnes vivant avec le VIH, etc.), des activités psychosociales, des activités de réinsertion socio-économique et des actions de plaidoyer. En raison de sa nature associative et de son approche globale, FMG est un acteur à la fois atypique et innovant et reconnu pour ses capacités professionnelles.

La collaboration avec le projet SPT a formellement démarré en 2009, donnant à FMG un rôle de prestataire en appui à la concertation avec les formations sanitaires et à l'amélioration de la qualité des soins (entendue par le projet comme couvrant l'accès aux Médicaments Essentiels Génériques, de qualité des prestations, des relations patients/praticiens et des infrastructures). A partir de 2013, FMG est devenu l'un des partenaires guinéens du projet (comme REMUFOUD et ONAM), responsable de la gestion du conventionnement entre les mutuelles et les structures de soins, à travers une fonction de médecine conseil. La collaboration avec FMG reposait explicitement sur l'hypothèse que cette organisation sera à même de développer et de pérenniser cette fonction auprès du monde mutualiste. Le programme 2016-2019 a placé FMG dans une position différente, en lui confiant la réalisation de trois recherches-actions sur les mécanismes de sécurisation des approvisionnements en médicaments de qualité, l'autonomie des postes de santé, le dépistage précoce et la prise en charge des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension.

Dans le dispositif du projet, FMG a toujours eu un statut particulier oscillant entre partenaire (co-porteur du projet, partenaire du mouvement mutualiste, acteur appuyé pour développer et pérenniser la fonction de médecine-conseil) et un prestataire (réalisation d'étude, appui au conventionnement et à l'amélioration de la qualité des soins). Dans la pratique, ces statuts n'ont pas été que formels mais traduisent aussi un positionnement différent de celui des autres acteurs comme le REMUFOUD et ONAM. FMG s'est engagée dans le développement de la fonction de médecine conseil sans en avoir de connaissance préalable et en bénéficiant d'un accompagnement essentiellement ponctuel de la part d'ESSENTIEL. Par ailleurs, la fonction de FMG dans le projet a aussi été l'objet de changements en raison de l'évolution de décisions stratégiques (supervision des médecins-conseils par l'ONAM et volonté de développement de la fonction de médecine-conseil au sein des DPS à partir de 2016). L'implication et la volonté de FMG n'ont jamais été remises en cause par les acteurs du projet. Dans l'évaluation de 2012, il est fait mention d'une difficulté d'articulation entre les interventions de FMG et le renforcement des structures mutualistes, en raison d'une approche trop technique de la fonction : « se limitant à la négociation des conventions et ensuite au contrôle des protocoles et des tarifications. Peu ou pas d'analyses sont faites pour améliorer la situation sanitaire » (Vanderhulst et Olou, 2012, p. 51). L'évaluation interne de 2016 recommandait de transférer la fonction de médecine conseil au REMUFOUD, afin de sortir cette fonction du corporatisme médical et d'en faire un outil au service du management des mutuelles et de la santé des mutualistes. Comme expliqué plus haut, la fonction de médecine conseil est maintenant supervisée par l'ONAM et connait une mise en œuvre limitée en raison d'un fort turn-over du personnel et d'un manque de supervision technique et organisationnel. De son côté, FMG dit vouloir continuer à soutenir la dynamique mutualiste mais rencontre des difficultés à le faire d'une part en raison des relations avec l'ONAM (qui rende la fonction coaching difficile) et en raison d'un développement de capacités en matière de médecine-conseil encore à renforcer.

4.3.5. Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI)

Après quelques années d'organisation informelle, PPSOGUI a été officiellement constitué en 2013 et a reçu son agrément le 21 février 2014. Son appellation juridique est celle de « Réseau » des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée. La création de PPSOGUI était motivée par un double objectif : a) renforcer et mutualiser les expériences entre acteurs et partenaires travaillant en appui au mouvement mutualiste et 2) développer un plaidoyer vis-à-vis de l'Etat guinéen sur les questions de protection sociale. PPSOGUI est composé d'organisations assez diverses : structures d'appui aux mutuelles de santé (Dynam et ONAM), de mutuelles et unions de mutuelles (REMUFOUD, Union des mutuelles de santé de Mamou, mutuelle des Douanes), d'organisations médicales (FMG, Health Focus, Association Humanitaire pour le Développement) et syndicales (CNTG). PPSOGUI est appuyé par trois partenaires : ESSENTIEL (France), Memisa et WSM (Belgique).

Depuis sa création, PPSOGUI semble avoir du mal à développer une dynamique propre tant en termes de gouvernance que de logique d'action. Le fonctionnement et la gouvernance de PPSOGUI sont difficiles depuis sa création (communication interne entre le CA et les membres, concurrence entre certains membres par rapport à la mise en œuvre de projets). En termes de construction d'une vision commune sur la protection sociale, l'hétérogénéité de la composition des membres de PPSOGUI semble plus constituer un frein qu'un facteur favorable. Les préoccupations sont différentes en raison des réalités représentées par chaque membre.

Concernant le renforcement et la mutualisation des expériences entre acteurs, PPSOGUI a mené depuis 2014 plusieurs activités visant l'harmonisation des outils (indicateurs de suivi des mutuelles de santé et projet de base de données de suivi au niveau national) et des ateliers de réflexion pour préfigurer la structuration du mouvement mutualiste au niveau régional et national. En termes de plaidoyer également, PPSOGUI a mené un ensemble d'actions (Journées Nationales de la Mutualité) et de démarches pour sensibiliser les décideurs politiques à la protection sociale et aux mutuelles de santé ainsi que pour alimenter leur réflexion politique. L'implication de PPSOGUI dans l'élaboration de la Politique Nationale de Protection Sociale et la prise en compte de ses recommandations est une réalisation concrète importante. Le réseau est maintenant reconnu comme interlocuteur par différents Ministères : Santé, Action Sociale, Aménagement du territoire et Décentralisation).

4.4. Conclusions

Dans ce chapitre, nous avons passé en revue les principaux acteurs guinéens non seulement appuyés directement par le projet mais également nés dans le cadre du projet. Nous avons vu que le développement des mutuelles était effectif mais connaissait toujours des limites en termes d'appropriation de la gestion et de la gouvernance, de visibilité et d'accessibilité des mutuelles, de faible efficacité et manque d'appropriation de la mobilisation sociale et d'ancrage local toujours limité. Les mutuelles ont également connu des restructurations successives qui ont pu fragiliser la dynamique mais qui ont toujours été sous-tendues par une volonté de doter les mutuelles de bases sociales favorisant progressivement un passage à l'échelle. Le REMUFOUD reste une structure très fragile, tant en termes de capacités et de vision, semblant avoir du mal à jouer un rôle effectif d'appui et de représentation des mutuelles, tant dans le cadre du projet que dans la structuration des mutuelles de santé au niveau régional et national. La création et le soutien à l'ONAM a été un pari important du projet SPT. L'ONAM est actuellement une organisation théoriquement autonome mais dont les personnes en charge de sa gouvernance semblent encore chercher des stratégies cohérentes pour assurer son développement à court et à long terme. Au niveau national, PPSOGUI a engrangé des résultats significatifs en termes de plaidoyer envers les autorités et institutions guinéennes. En interne, la plateforme doit encore développer et stabiliser une gouvernance, une vision et un mode de fonctionnement (allant au-delà des intérêts particuliers de chaque membre) permettant l'harmonisation et la structuration des acteurs mutualistes ainsi que le renforcement du travail de plaidoyer.

Le projet SPT a œuvré à la naissance de nouveaux acteurs pouvant, en théorie, agir de manière autonome, mais étant toujours fragiles institutionnellement et techniquement, en raison de capacités encore à renforcer mais aussi d'un développement à opérer en dehors de la seule logique du projet SPT. A des niveaux divers, le projet a également contribué au développement de domaines concrets inhérents à l'extension de la protection sociale et à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Cette contribution a été déterminante par rapport au développement et à la mise en place d'outils de gestion de l'assurance maladie et d'appui à la dynamique de plaidoyer par des acteurs de la société civile sur les questions de protection sociale et de mutuelles de santé. Le projet a également contribué de manière importante au développement de capacités au niveau individuel, au développement d'organisations mutualistes et au développement de la fonction de médecine-conseil, d'outils et de pratiques de conventionnement avec l'offre de soins.

Le développement de la protection sociale en santé (et des mutuelles de santé) est une question remise à l'agenda politique guinéen depuis les années 2000 mais sans avancées concrètes significatives. L'actuelle politique nationale de protection sociale (2016-2021) réaffirme la volonté de l'Etat (le Ministère de l'Action Sociale en particulier) de s'engager dans le développement des mutuelles de santé et certaines mesures semblent en voie de concrétisation (projet de loi sur la mutualité sociale en République de Guinée). Toutefois, l'intérêt actuellement plus limité du Ministère de la santé par rapport aux mutuelles de santé (et à la protection sociale en santé) et l'insuffisance d'engagement formel des autorités nationales restent préoccupantes, connaissant leur caractère déterminant pour faire avancer ces dossiers.

5. Dynamiques d'adhésion aux mutuelles de santé

5.1. Introduction

Dans cette section, nous allons analyser quantitativement et qualitativement la dynamique d'adhésion aux mutuelles de santé appuyées par le projet SPT. Cette analyse se fera principalement à partir de deux sources d'informations : les données issues du Système d'Information et de Gestion pour l'analyse quantitative et les données issues des enquêtes conduites durant l'étude auprès d'adhérents, ex-adhérents et non-adhérents aux mutuelles de santé pour l'analyse qualitative.

5.2. Evolution quantitative de la dynamique d'adhésion depuis 2002

Le tableau 5.1 ci-dessous reprend depuis 2004 les données sur les mutuelles à partir des indicateurs de base suivants :

Nombre de bénéficiaires	Nombre de personnes assurées (personnes à jour de cotisations)
Pourcentage de femmes	Pourcentage de femmes bénéficiaires de la mutuelle
Age Médian	Age divise une population en deux groupes égaux ; une moitié est plus jeune, l'autre moitié est plus âgée.
Taux de recouvrement des cotisations	Cet indicateur est égal au rapport entre les cotisations effectivement perçues et les cotisations émises (en fonction des personnes qui se sont engagées à payer la cotisation ou qui en ont payé une partie pour la période de prise en charge)
Taille des ménages	Nombre moyen de personnes assurées par adhérents
Taux de sinistralité	Ce ratio mesure la part des cotisations ayant été utilisée au remboursement ou au paiement des prestations
Taux de fidélisation	Ce taux correspond au pourcentage d'anciens adhérents qui ont renouvelé leur cotisation.
Couts moyens des prestations	coûts moyens des prestations prises en charge par la mutuelle

Ces données doivent être lues en tenant compte de deux éléments : le fait qu'elles soient issues d'outils de gestion et de suivi qui ont évolués au fil du temps (ce qui ne rend pas les données entièrement comparables) et le fait qu'elles reflètent une évolution dans le nombre et la structuration des mutuelles au fur et à mesure des phases du projet.

Exercices	Mutuelles	Nombre de Bénéficiaires	Proportion H/F (Pourcentage de femmes)	Age Médian	Taux recouvrement cotisation	Taille des ménages	Taux de sinistralité	Taux de fidélisation	Coût moyen de prestations
2004[5]	3 mutuelles	1054	-	-	-	-	-	-	-
2005[6]	3 mutuelles	1552	-	-	-	-	-	-	-
2006	3 mutuelles	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	3 mutuelles	-	-	-	-	-	-	-	-
2008[7]	3 mutuelles	-	-	-	100%	-	45%	71,78%	-
2009	9 mutuelles	2693	-	-	100%	-	66%	35,64%	-
2010	9 mutuelles	-	-	-	100%	-	74%	71,39%	-
2011	9 mutuelles	-	-	-	100%	-	60%	77,90%	-
2012	9 mutuelles	4328	-	-	-	3,8	-	-	-
2013[8]	9 mutuelles	-	-	-	-	3,6	-	-	-
2014	10 mutuelles	4 631	-	-	-	-	-	-	-
2015	3 mutuelles préfectorales	9 617	56%	-	98%	3,2	75%	56,7%	12 166
2016	3 mutuelles préfectorales	4 865	53%	-	98,1%	3,7	95,0%	31,7%	25 134
2017[9]	3 mutuelles préfectorales	5 599	56%	19	94,9%	7,2	56,6%	50,5%	23 632
2018	6 mutuelles préfectorales	4 753	58%	16	91,8%	7,2	124,3%	20,7%	29 208
2019[10]	6 mutuelles préfectorales	7 159	56%	20	-	7,9	-	-	28 652

Tableau 5.1. Evolution des mutuelles appuyées par le projet SPT entre 2004 et 2019 (sélection d'indicateurs)

[5] *Chiffres issus de l'évaluation 2006*
[6] *Chiffres issus de l'évaluation 2006*
[7] *2008-2011: Chiffres issus de l'évaluation de 2012*
[8] *2013-2014; chiffres issus des rapports d'activités*
[9] *2015-2019: chiffres issus de l'actuel système d'information et de gestion*
[10] *Année encore en cours au moment de l'étude (juin 2019)*

Ce tableau amène à faire plusieurs commentaires. Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes et ont un âge médian de 20 ans (reflétant certainement le fait que beaucoup d'enfants et de très jeunes sont inscrits comme bénéficiaires de la mutuelle). La taille des ménages est en augmentation au fil des années et les chiffres de 2018 reflètent la taille moyenne des ménages en Guinée (7.1 personnes/ménages[11]). Le taux de recouvrement est assez élevé, ce qui s'explique par un paiement pouvant se faire en une fois ou en plusieurs tranches (modalités pratiquées informellement par certaines mutuelles). Concernant la dynamique d'adhésion, on observe une variation assez importante du nombre de bénéficiaires au fil des ans (voir Figure 5.1 ci-dessous).

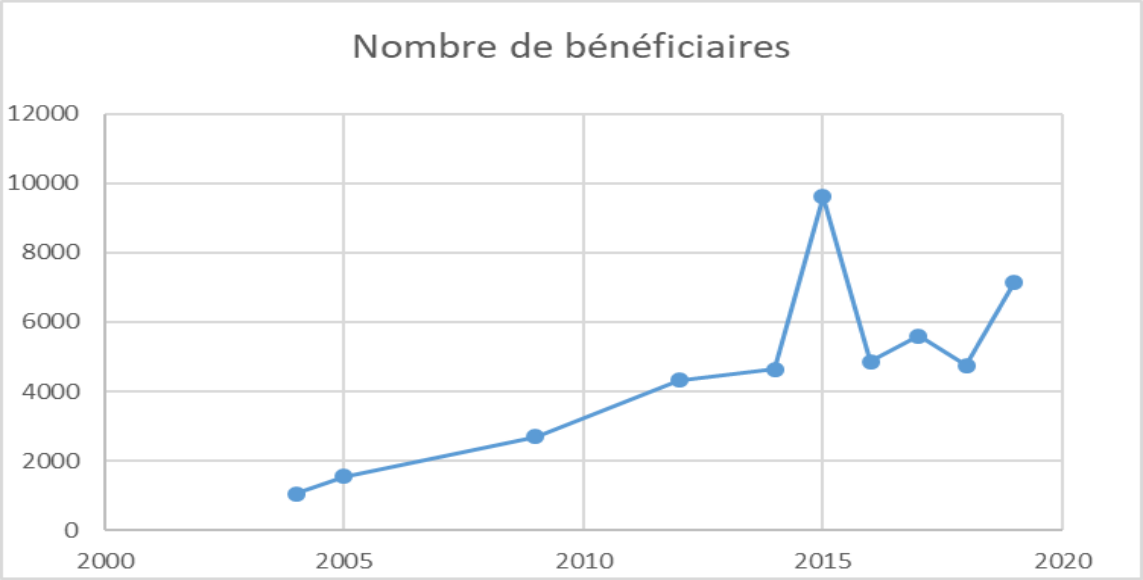


Figure 5.1. Evolution globale du nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé appuyées par le projet SPT entre 2002 et 2019.

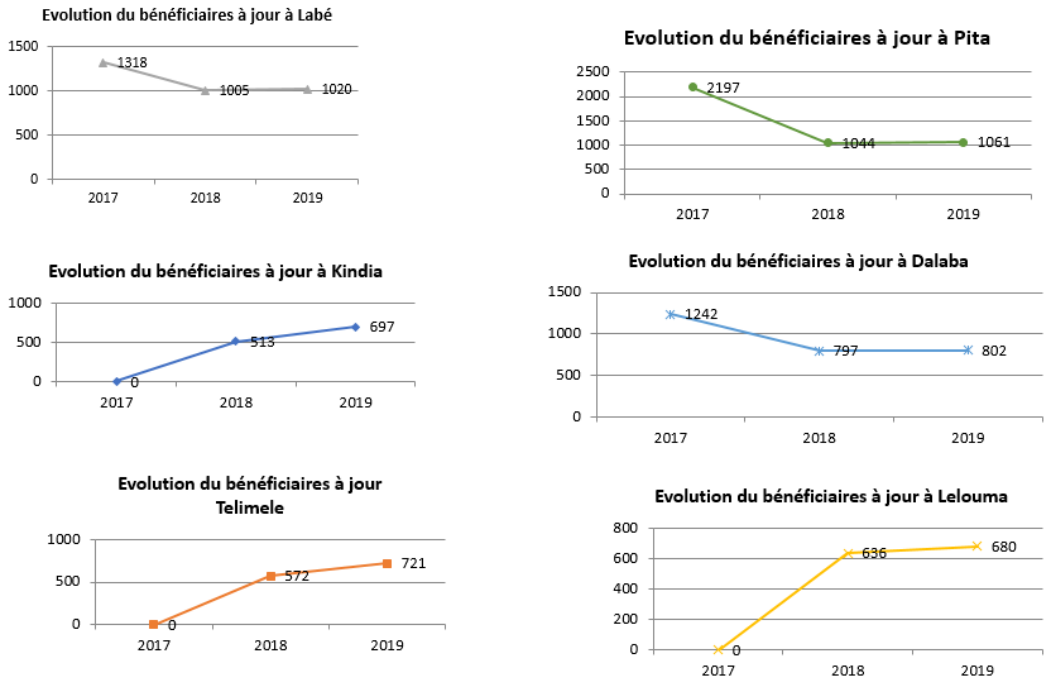
Ces variations se confirment par des taux de fidélisation peu élevés (entre 20,7 et 57%) ces dernières années. Cela signifie qu'une minorité d'adhérents/bénéficiaires renouvelle leur affiliation d'une année à l'autre (affiliation qui se traduit, dans les faits, par le paiement de leur cotisation). Pour maintenir ou augmenter le nombre de bénéficiaires, les mutuelles sont donc obligées de chercher de nouveaux membres.

Le ratio de sinistralité est un indicateur de viabilité financière qui reflète la part des cotisations ayant été utilisées au remboursement du paiement des prestations. Pour les trois dernières années d'exercice complet (2015 à 2019) on observe selon les chiffres disponibles un ratio de sinistralité très variable d'une année à l'autre avec des extrêmes allant de 56.6% à 124,3%. Un ratio de 75% est généralement considéré comme une norme acceptable. Un ratio nettement inférieur (comme en 2017) peut résulter d'une sous-utilisation des services ou d'une cotisation trop élevée par rapport aux coûts moyens des prestations. Un ratio de sinistralité nettement supérieur (comme en 2016 et en 2018) indiquerait au contraire une augmentation du cout moyen des prestations. La combinaison d'une forte sinistralité (124%) à un coût moyen (29 208 FG) supérieur à la cotisation fait craindre un épuisement des ressources au cours d'un exercice, et éventuellement un arrêt des prestations.

[11] http://www.stat-guinee.org/images/Publications/INS/annuelles/La%20Guine%20en%20chiffre%20V5.pdf

Le recouvrement de la cotisation dans les mutuelles est difficilement appréciable à cause de la période de couverture individualisée. En effet, les adhérents ne sont pas habitués à venir d'eux-mêmes renouveler leur cotisation. L'absence de gérant dans les mutuelles est palliée par les déplacements périodiques et périlleux de l'ATM dont le suivi individualisé de la période de fin de validité de la cotisation des différentes familles reste problématique. Au moment de l'étude, la campagne pour collecter les cotisations de 2019 n'avait pas encore débuté. Les adhérents en période de fin de couverture attendaient donc que les ATM viennent pour le renouvellement. En ce qui concerne les dernières années 2018 à 2019, on observe une progression de 9% des bénéficiaires à jour de leur cotisation dans les 6 mutuelles préfectorales appuyées par SPT. Cette performance enregistrée, bien que faible contraste d'avec celle précédente (2017 – 2018) qui a connu une baisse de 4% surtout dans les zones qui ont les plus fortes adhésions (Labé, Pita et Dalaba).

De manière générale, toutes les mutuelles ont connu une légère hausse durant ce dernier exercice (2018 – 2019). La désaffiliation prononcée au niveau de Dalaba serait liée au comportement du prestataire du centre de santé public. Cette évolution sur ces deux dernières années cache mal l'extrême faiblesse de certaines sections communales. La mise en place des commissions de mobilisation sociale (qui comptent chacune 15 membres) ne semble pas se montrer efficace puisque chaque membre de cette commission devrait permettre d'enregistrer un niveau raisonnable de nouvelles familles. Or, quand on sait que la taille moyenne de la famille est de 7,19 cela veut dire que chaque membre de CMS arrive à peine à enrôler une famille.



Figures 5.2. Evolution du nombre de bénéficiaires à jour de cotisation entre 2017 et 2019 (année partielle) dans les 6 mutuelles préfectorales appuyées par le projet SPT.

5.3. Analyse qualitative de la dynamique d'adhésion

Cette analyse qualitative sur les dynamiques d'adhésion vise à mieux comprendre les dynamiques d'adhésion spécifiques aux mutuelles du Fouta-Djalon en se basant d'une part sur les données de suivi et d'autre part sur des entretiens approfondis avec des personnes appartenant à trois groupes distincts au sein de la population cible : des adhérents, des anciens adhérents (s'étant désaffiliés par l'arrêt du paiement de leur cotisation) et des non adhérents. Au total, 44 personnes ont été interrogées individuellement (15 adhérents, 13 anciens adhérents et 16 non adhérents) dans 4 préfectures : Labé, Télimélé, Dalaba et Pita.

La sélection des adhérents et anciens adhérents s'est faite sur base du SIG. La sélection des non adhérents s'est faite de manière partiellement aléatoire. Pour l'ensemble des répondants, trois critères de sélection ont été appliqués : la proximité ou l'affiliation à une mutuelle fonctionnelle, l'absence de responsabilité au sein de la mutuelle (pour le groupe d'adhérents) et la proximité de résidence avec un centre de santé.

Les entretiens se sont faits sur base de guides d'entretien spécifiques à chaque groupe interrogé selon le canevas présenté dans le tableau 5.2 ci-dessous.

	Groupe A	Groupe B	Groupe C
Caractéristiques des personnes interrogées	Age/Genre/Occupation Lieu d'habitation/proximité (en mn de marche) du centre de santé	Age/Genre/ Occupation Lieu d'habitation/proximité (en mn de marche) du centre de santé	Age/Genre/ Occupation Lieu d'habitation/proximité (en mn de marche) du centre de santé
Recours aux soins, dépenses et perception de la qualité des soins	Sur base de deux épisodes maladies survenus dans la famille	Sur base de deux épisodes maladies survenus dans la famille	Sur base de deux épisodes maladies survenus dans la famille
Connaissance du fonctionnement de la finalité et du fonctionnement des mutuelles	Niveau et source de connaissance	Niveau et source de connaissance	Niveau et source de connaissance
Paquet de soins couvert par les mutuelles	Niveau de satisfaction/connaissance par rapport au paquet de soins couvert par les mutuelles	Niveau de satisfaction/connaissance du paquet de soins couvert par les mutuelles	Niveau de connaissance du paquet de soins couvert par les mutuelles
Niveaux et modalités de paiement des cotisations	Appréciation des montants et modalité de paiement de cotisation	Appréciation des montants et modalité de paiement de cotisation	Niveau de connaissance des montants et modalité de paiement de cotisation
Fonctionnement des mutuelles	Appréciation du mode de fonctionnement des mutuelles (transparence, confiance, gestion, redevabilité)	Appréciation/connaissance du mode de fonctionnement des mutuelles	Niveau de connaissance du fonctionnement des mutuelles
Motifs d'adhésion/non adhésion	Motifs de la permanence de l'adhésion	Motifs de décrochage : (in)satisfaction, difficultés permanentes/temporaires, problèmes de confiance	Motifs de non-adhésion et conditions auxquelles une adhésion serait envisageable

Tableau 5.2. Canevas des guides d'entretiens pour les enquêtes auprès des adhérents, ex-adhérents et non adhérents.

5.3.1. Dynamique d'adhésion et de fidélisation

5.3.1.1. Profil des répondants adhérents

Les 15 répondants de ce groupe sont des hommes à 67%, âgés entre 32 et 79 ans. Sur les 15 personnes, on recense 4 commerçants, 2 fonctionnaires, 2 retraités, 2 maraichères, 1 mécanicien, 1 enseignant, 1 gardien, 1 agriculteur et 1 peintre. 8 d'entre eux ont une activité complémentaire. La moitié d'entre eux résident à une distance de 10 à 40 minutes de marche d'un centre de santé. Les autres résidant à une distance comprise entre 5 et 10mn ou à une distance entre 40 et 60 minutes de marche. Un adhérent est membre de la mutuelle depuis 2008 ; les autres ont adhéré entre 2015 et 2018 (dont 6 en 2016). Ils ont entre 5 et 10 personnes prises en charge par la mutuelle. Les trois quarts des répondants paient leur cotisation en une seule fois (principalement au début ou à la fin de l'année). Tous sont couverts par le paquet A (soins de santé primaire). Aucun des répondants n'a (ou n'a eu dans le passé) de poste de responsabilité au sein de la mutuelle.

5.3.1.2. Recours aux soins et appréciation de la qualité des soins

Interrogés sur des épisodes maladie survenus récemment dans leur famille, tous les répondants disent que les personnes concernées ont été prises en charge par la mutuelle (à l'exception d'une évacuation vers Conakry). Les consultations se sont faites dans des centres de santé publics conventionnés, parfois en combinaison avec des centres de santé privés (FMG ou autre). De manière générale, les répondants adhérents relatent une expérience positive en termes d'accueil et de traitement reçu. Dans quelques cas, les répondants relèvent que tous les médicaments prescrits n'étaient pas disponibles, que les agents de santé n'étaient pas présents ou qu'ils ont été mal accueillis comme « mutualiste » (« *le mutualiste n'est pas bien considéré »)*. Dans le cas d'une personne qui s'est présentée au centre de santé Tata (FMG) de Labé, il est relevé que le patient et son père *« ont été renvoyés parce que le médecin qui suit les mutualistes n'était pas présent. Le renvoi m'a beaucoup fâché parce que j'ai payé deux fois le transport et c'est décourageant. Le lendemain je suis revenu et le médecin était présent et j'ai reçu les médicaments et le sirop ».* Interrogé sur ce cas, le centre FMG confirme que l'absence du médecin pendant une période a entrainé quelques malentendus avec le nouveau personnel d'accueil, mal informé sur la convention avec la mutuelle.

5.3.1.3. Connaissance sur la mutuelle de santé

La connaissance des mutuelles de santé a été appréciée à partir de questions portant sur le montant de la cotisation, le paquet de prestations couvertes et le mode de prise de décision au sein des mutuelles de santé. Les répondants montrent une très bonne connaissance du montant des cotisations et des prestations prises en charge. Concernant le mode de prise de décision, la majorité des répondants montrent une connaissance correcte (représentants de la section, président, AG, Bureau, mutualistes). Deux personnes disent connaitre seulement la personne de l'ATM et une personne dit ne pas savoir qui prend les décisions au sein de la mutuelle.

5.3.1.4. Appréciation des services de la mutuelle de santé

Les adhérents disent globalement apprécier les services de la mutuelle de santé mais émettent des plaintes concernant deux principaux problèmes : l'accueil des mutualistes et le manque de médicaments.

> *« En cas de maladie mes enfants sont couverts et même si je n'ai pas d'argent, ils sont soignés. Mais avec la carte le centre n'accueille pas bien alors que ceux qui paient sont bien reçus car ils peuvent leur payer ce qu'ils veulent ; avec la carte ils doivent tout écrire. Parfois on est obligé d'appeler le président pour être reçu »*
>
> *« Depuis 2016 je ne suis pas satisfait car avant si tu es mutualiste tu es pris en charge avant les autres si tu montres ta carte. Maintenant si tu montres ta carte on te fait attendre et on prend celui qui est venu avec l'argent « avec sa main ». Les non mutualistes sont pris en charge et pas nous. Les médicaments qu'on nous donne sont insuffisants ; on te donne juste un peu et on te dit de revenir. Le transport qu'on paie est plus cher que le médicament. »*

Le montant des cotisations ne semble pas remis en question et la majorité des répondants (10 sur 15) dit ne jamais avoir été dans l'incapacité de payer la cotisation pour sa famille. Le paiement des cotisations par tranche ne semble pas être connu par tous les répondants

puisque plusieurs suggèrent que cette option devrait être possible au sein de la mutuelle pour pouvoir alléger les montants à payer en une seule fois et/ou pouvoir prendre en charge plus de personnes au sein de leur famille. Ces réponses traduisent un problème de communication au sein des mutuelles et/ou des traitements différenciés selon les adhérents.

5.3.1.5. Suggestions des adhérents

Les suggestions faites par les adhérents concernent trois domaines : la disponibilité de médicaments et l'attitude des médecins, la communication envers les membres ainsi que la sensibilisation envers les populations non adhérentes.

Par rapport à la qualité des soins, les répondants relèvent sans surprise la disponibilité des médicaments et l'attitude des médecins. Les répondants estiment que ces problèmes relèvent également de la responsabilité des mutuelles.

> *« Avec les médecins actuellement ce sera très difficile de développer les mutuelles »*
>
> *« Le mauvais accueil et non délivrance de médicaments au centre de santé, cela décourage les membres »*
>
> *« Si la mutuelle ne s'occupe pas de la disponibilité des médicaments je ne pourrais pas continuer car je paie beaucoup de transport pour aller jusqu'à Popodara et suis obligé d'aller encore jusqu'à Labé pour acheter à la pharmacie »*
>
> *« La mutuelle doit informer les gens à l'avance afin de ne pas créer de rupture dans la prise en charge »*

Les répondants adhérents sont également demandeurs d'actions plus visibles et soutenues pour favoriser les adhésions. Quelques membres se sentent également responsables de promouvoir les mutuelles.

> *« Les dirigeants doivent redoubler d'effort pour faire adhérer »*
>
> *« Il faut augmenter la sensibilisation »*
>
> *« Il faut faire des conférences, donner de l'information pour faire rentrer les gens, moi j'ai bénéficié de la mutuelle je sais son importance et j'essaie de faire adhérer le reste de ma famille »*
>
> *« Je suis contente de la mutuelle. Nous ferons de notre mieux pour faire adhérer d'autres personnes »*

5.3.2. Dynamique de désaffiliation

5.3.2.1. Profil des répondants

Treize personnes s'étant désaffiliées de mutuelles de santé ont été interrogées dans le cadre de cette enquête. Ils sont à 62% des hommes et sont principalement commerçants (6 sur les 13), occupés dans l'agriculture (2 hommes et 2 femmes), instituteur ou fonctionnaire retraité

(2), ou restauratrice (1). A plus de 80%, ils habitent à moins de 40mn à pied d'un centre de santé. Leur première affiliation à une mutuelle de santé se situe entre 2008 et 2018 (la majorité entre 2016 et 2017). A une seule exception, toutes avaient cotisé pour le paquet A.

5.3.2.2. Recours aux soins et dépenses en matière de santé

Le recours aux soins des anciens adhérents reste principalement les formations sanitaires publiques (postes de santé, centre de santé et dans quelque cas, hôpitaux préfectoraux ou nationaux). Le recours aux formations sanitaires privées est minoritaire. Les dépenses dans les formations sanitaires publiques se situent dans une fourchette entre 65 000 et 700 000 GNF. Pour les dépenses élevées (au-delà de 300 000 GNF), les répondants disent devoir demander de l'aide à leur entourage ou devoir s'endetter (y compris auprès de la famille directe).

5.3.2.3. Appréciation de la qualité des soins comme non mutualistes

Dans leur grande majorité, les répondants disent avoir bénéficié d'un bon accueil et d'un bon traitement (médicaments prescrits disponibles). Seule une minorité de répondants relatent des problèmes liés à la cherté des traitements, la non disponibilité de certains médicaments ou à la propreté des formations sanitaires.

5.3.2.4. Connaissance sur les mutuelles

La plupart des répondants connaissent le montant des cotisations et (globalement) les prestations prises en charge par les mutuelles de santé. Par contre, de manière très significative (9 sur les 13 répondants), ils présentent une très faible connaissance du mode de prise de décision au sein des mutuelles, particulièrement quand on compare ce niveau de connaissance à celui du groupe d'adhérents fidèles. On pourrait déduire de ces données que le manque d'information sur le fonctionnement de la mutuelle a pu, en combinaison avec d'autres facteurs (voir ci-dessous) influencer la désaffiliation d'adhérents.

5.3.2.5. Motifs de désaffiliation

Les motifs de désaffiliation relèvent en grande majorité de l'insatisfaction par rapport aux services offerts et à la qualité de l'offre de soins et dans quelques cas plus minoritaires au manque de moyen, à leur propre négligence ou à leur désintérêt.

L'insatisfaction par rapport aux services offerts par les mutuelles et par rapport à la qualité des soins (surtout la disponibilité en médicaments) doivent être analysées de manière conjointe. Même si les mutuelles n'ont pas d'influence directe sur la disponibilité des médicaments ou l'attitude des prestataires, l'insatisfaction par rapport à la qualité des soins est interprétée par les répondants comme un manquement dans les engagements de la mutuelle en contrepartie de la cotisation payée.

> *« A chaque fois que je vais au centre de santé on me donne une petite partie en médicament et on m'oblige à payer le reste alors que j'ai payé à la mutuelle »*

> *« Avec ma carte on m'a fait acheter le carnet pour la consultation et ensuite on n'a pas reçu de médicaments malgré l'intervention du chef de poste auprès de la pharmacie. La responsable a répondu qu'elle a déjà servi les médicaments ».*

« La mutuelle ne respecte pas ses engagements. En trois prestations il n'a pas reçu de médicaments et il était obligé d'aller acheter à la pharmacie sans être remboursé. »

« Dès que j'ai présenté la carte, le docteur me prescrit des médicaments mais les gens qui se présentent sans carte obtiennent plus de médicaments. »

Il est intéressant de noter que l'appréciation de la qualité des soins est plus favorable quand on demande à ces mêmes répondants de relater leur perception et expérience de la qualité des soins comme non mutualistes (voir paragraphe 5.3.2.3 ci-dessus) que celles qu'ils relatent du temps où ils étaient mutualistes. Ce constat renforce selon nous le fait que des personnes ne renouvellent pas leur affiliation en raison d'une insatisfaction associée au non-respect du contrat qu'ils ont passé avec la mutuelle. Cela pourrait vouloir dire que les personnes qui adhèrent aux mutuelles s'attendent à ce que la qualité des soins de santé obtenus soit en quelque sorte garantie par les mutuelles par le conventionnement de leur mutuelle avec une sélection de formations sanitaires.

L'insatisfaction semble aussi avoir pour source des problèmes de fonctionnement au sein des mutuelles et/ou de communication vis-à-vis des membres en termes de période couverte par la cotisation[12].

« Ils m'ont dit que cela va démarrer en février et cela est parti jusqu'à juin. Cela se répète chaque année. La période de validité de la carte ne dépasse pas 5 mois. »

Dans le cas d'un répondant ayant payé pour la couverture des soins de santé secondaire (paquet B), l'insatisfaction vient d'un problème au niveau de l'offre de soins mais aussi des modalités d'accès aux soins de santé de second niveau et/ou au manque d'informations suffisantes par rapport aux modalités associées aux services de la mutuelle (système de référence/contre référence ne permettant pas un accès direct aux soins de santé secondaire sans passer par le niveau primaire).

« Nous avons pris le paquet B et nous voulions aller directement à l'hôpital mais on nous demande d'aller d'abord au centre de santé »

De manière plus minoritaire, certains répondants disent ne pas payer par manque permanent de moyens pour pouvoir prendre en charge toute leur famille (dans le cas d'un retraité) ou par manque temporaire de ressources (dû à une mauvaise récolte, des dépenses inattendues). La négligence est également invoquée par une minorité de répondants qui disent avoir oublié de repayer leur cotisation annuelle ou d'avoir demandé l'envoi d'argent nécessaire pour le faire à un mari travaillant à l'étranger.

Enfin, notons qu'un répondant qui avait occupé un poste de responsabilité dans la mutuelle justifie sa désaffiliation par sa frustration à ne pas avoir été réélu dans les instances.

« Je n'ai pas été reconduit dans les instances lors de l'AG alors que j'avais fait beaucoup de sacrifices pour cette mutuelle ».

[12] *Depuis 2018, la cotisation est acquise pour 12 mois à compter de la date de paiement et n'est donc plus directement basée sur l'exercice civil.*

5.3.2.6. Suggestions des anciens adhérents

Les suggestions faites par les anciens adhérents sont en ligne avec les motifs donnés à leur désaffiliation : amélioration de la qualité des soins, facilitation des démarches de renouvellement des cotisations, amélioration de la communication et facilitation des démarches vis-à-vis des mutuelles (renouvellement des cotisations, rappel de paiement, demande d'adaptation des modalités de paiement).

> *« Si les médicaments sont livrés, je suis prête à revenir avec toute la famille parce que c'est moi-même qui paie la cotisation et en cas de maladie je continue de payer. C'est la mutuelle qui peut me soutenir. »*
>
> *« Le seul problème avec la mutuelle c'est le manque de médicaments, si cela est réglé tous les membres pourraient revenir. »*
>
> *« La cotisation est accessible mais je n'ai pas eu les moyens pour tout payer. Si le paiement était en tranche j'allais revenir. »*
>
> *« Il faut renforcer la sensibilisation pour augmenter l'adhésion et la cotisation. »*
>
> *« Il faut faire des déplacements dans les foyers pour aider les gens à adhérer. »*

5.3.3. Cause de non-adhésion

5.3.3.1. Profil des non adhérents interrogés

Les 16 répondants de ce groupe sont des hommes à 62,5%, âgés entre 28 et 75 ans. Sur les 15 personnes, on recense 4 commerçants, 2 personnes travaillant pour des ONG, 2 retraités, 3 maraichers, 1 tôlier, 1 tailleur, 1 réparateur radio, 1 enseignant et 1 restaurateur. 5 d'entre eux ont une activité complémentaire, principalement de commerce. 75% d'entre eux disent avoir plus de 6 personnes à charge dans leur famille. 87% d'entre eux habitent entre 5 et 40mn à pied d'un centre de santé. Seules 3 personnes disent généralement aller se faire soigner dans des cabinets médicaux privés (dont un à but non lucratif), les autres se rendant dans des centres de santé publics quand ils doivent se faire soigner.

5.3.3.2. Recours et dépenses en matière de santé

Pour tous les épisodes santé relatés par les répondants (survenus entre décembre et mars 2019), le recours aux soins s'est fait là où les personnes se soignent généralement, donc majoritairement dans des centres de santé publics. Les montants dépensés par épisode maladie vont de 40 000 à 1 500 000 GNF (hors frais liés à des évacuations). Le tableau 5.3 ci-dessous détaille (à titre d'exemple) le recours aux soins et les dépenses faites pour l'un des épisodes maladie relaté par chaque répondant.

Problème constatés	Personne	Formations sanitaires visitées	Soins et montants (déclaratifs)	Total dépensés (en franc guinéens)
Boutons	Adulte F	Centre de santé	Pommade: 65000	65000 GNF
Palu	Adulte F	Hôpital préfectoral	Consultation : 7000 Examen : 40000	157 000 GNF

			Médicaments : 110 000	
Palu et fièvre typhoïde	Adulte F	Hôpital préfectoral	1ere visite (consultation, examen et médicaments) : 215 000 2ème visite (examen et médicaments : 130 000	1ere visite : 215000 GNF 2ème visite : 130000 GNF
Maux de ventre	Adulte F	Centre de santé	Soins non précisés : 100 000	100 000 GNF + évacuation au Sénégal (coût non précisé)
Palu	Adulte F	Centre de Santé urbain	Soins non précisés : 70 000	70 000 GNF
Rhumatisme	Enfant F	Centre de Santé	Consultation et médicament : 100 000	100 000 GNF
Bronchite chronique	Adulte H	Centre de Santé	Consultation et médicament : 80 000	80 000 GNF
Palu	Adulte H	Centre de Santé urbain	Consultation et médicament 40 000	40 000 GNF
Anémie	Enfant H	Clinique orphelinat (non lucratif)	Consultation et médicament: 350 000	350 000 GNF
Dents	Enfant H	Centre Dr Malado	Gratuit : consultation et médicament : gratuit	
Rhumatisme	Adulte F	Centre Dr Malado	Consultation et médicament: 230 000	230 000 GNF
Tension	Adulte F	Hôpital régional et clinique à Conakry	Médicament : entre 350 000 à 1 000 000	350 000 à 1 000 000 GNF Transport à Conakry = 1 500 000
Typhoïde	Enfant F	entre de Santé	Consultation : 20 000 Médicament : environ 70 000	90 000 GNF
Palu	Enfant H	Centre de Santé urbain	Consultation, examen, médicament : 150 000	150 000 GNF
Palu et IRA	Enfant F	Centre de Santé urbain (à deux reprises	1ere visite : consultation, médicament : 62 000 2ème visite consultation, médicament : 28000	62 000 GNF 28 000 GNF
Palu et rhumatisme	Adulte F	Centre de Santé urbain	Examen, consultation, médicament: 110 000	110 000 GNF

Tableau 5.3. Détail des recours aux soins et des dépenses faites pour l'un des épisodes maladie relaté par chaque non-adhérent interrogé dans le cadre des enquêtes qualitatives.

9 répondants sur 16 disent avoir pu payer les soins sans demander de l'aide à leur entourage tandis que 7 (un peu moins de la moitié) disent avoir dû demander de l'aide (généralement dans la famille proche).

5.3.3.3. Appréciation de la qualité des soins

Dans leur grande majorité, les répondants disent avoir bénéficié d'un bon accueil et d'un bon traitement (médicaments prescrits disponibles). Seules 2 personnes ont un avis plus nuancé (manque de matériel, attente longue) et 2 personnes un avis négatif (incompétence du personnel, absence de médicaments).

5.3.3.4. Connaissance sur les mutuelles et motifs de non adhésion

La majorité des répondants disent ne pas savoir ce qu'est une mutuelle de santé mais « en avoir entendu parler », soit via des connaissances, soit par la radio. 7 sur les 16 répondants disent ne pas savoir à quoi sert une mutuelle de santé tandis que les 9 autres donnent des réponses adéquates ; certaines vagues (allège un peu le coût des soins, se soigner sans beaucoup payer) et d'autres plus précises (« on y adhère et paie 25 000 pour être soigné toute l'année. J'ai entendu parler à la radio et au quartier », « Service pour aider la population en diminuant le montant des soins quand on cotise »). Un peu moins de la moitié des répondants savent « qu'il faut payer quelques chose » mais (à une exception) ne savent pas à combien s'élève le montant des cotisations. Les répondants se partagent en deux groupes égaux à la question de savoir s'ils connaissent une mutuelle près de chez eux. La principale raison invoquée par les personnes qui connaissent les mutuelles à la question de savoir pourquoi ils n'ont jamais voulu devenir membre d'une mutuelle est principalement la négligence et plus minoritairement le fait que la mutuelle n'est jamais venue à eux.

> *« Je suis fréquemment hors de chez moi avec les activités de terrain ; c'est une négligence de ma part. Je devrais consacrer un peu de temps pour régler cela. C'est quelque chose de bénéfique pour moi et mes enfants ».*

> *« La mutuelle n'est pas venue nous faire adhérer. La mutuelle ne m'a jamais proposé d'adhérer, je ne les ai jamais vus chez moi »*

5.3.3.5. Suggestions des non adhérents

Les suggestions faites par les non adhérents par rapport à ce que la mutuelle devrait faire pour que ça les intéresse d'en devenir membre confirment la demande d'initiatives plus visibles et proactives de la part des mutuelles, particulièrement en termes d'informations précises.

> *« Il faut faire de la sensibilisation porte à porte et expliquer aux populations. Les responsables doivent aller au-devant des populations pour les intéresser : utiliser la place publique pour informer les gens même si c'est par petits groupes de 5 personnes. »*

> *« En plus des affiches, la mutuelle doit faire des visites à domicile et expliquer plus clairement. »*

> *« Il faut venir expliquer aux gens pour qu'ils viennent adhérer »*

> *« La mutuelle doit venir m'expliquer pour que je puisse comprendre »*

> *« La mutuelle fait son devoir mais c'est moi-même qui suis en faute par négligence. La population est difficile à enrôler même si c'est de son intérêt mais il faut persévérer et poursuivre les efforts »*

5.4. Conclusions

La dynamique d'adhésion montre des résultats en deçà des objectifs du projet (7159 bénéficiaires en juin 2019 contre un objectif de 50 000 bénéficiaires). Ce résultat est en partie

à relativiser car il n'est pas certain que les mutuelles aient été à même de mener des sensibilisations sur l'ensemble des zones rendant réaliste cet objectif, ni de passer des conventions permettant de rendre possible ou attractive l'adhésion de 50 000 personnes. L'analyse montre également un faible taux de fidélisation sur lesquels les enquêtes qualitatives révèlent au moins deux causes possibles. La première est liée à une insatisfaction des ex-adhérents (et des adhérents) par rapport à l'offre de soins (mauvais accueil, non disponibilité de médicaments). Cette insatisfaction n'est pas considérée par les ex-adhérents comme uniquement imputable aux formations sanitaires mais également à la mutuelle. En effet, ces manquements semblent considérés comme un non-respect du contrat passé entre la mutuelle et ses membres suggérant que les personnes qui adhèrent aux mutuelles s'attendent à ce que la qualité des soins de santé obtenus soit en quelque sorte garantie par les mutuelles par le conventionnement de leur mutuelle avec une sélection de formations sanitaires. La seconde cause est liée à la demande des adhérents, ex-adhérents et non adhérents que les mutuelles soient plus proactives et visibles pour renforcer la communication envers les membres et les non-membres et faciliter les adhésions et le renouvellement des cotisations. La faible connaissance des non-mutualistes par rapport aux mutuelles confirme la pertinence de ces suggestions. On peut relever que la nécessité de renforcer l'information et la sensibilisation ainsi que les attentes des adhérents en termes d'amélioration de la qualité des soins dans les centres de santé conventionnés apparaissaient déjà dans l'enquête de satisfaction menée en 2011 par l'Union Technique de la Mutualité pour le compte du projet Santé Pour Tous (et dont le projet avait tenu compte en mettant en place de nouvelles stratégies).
Ces constats – contradictoires en termes de tendances – sont ceux que l'on retrouve dans la plupart des pays de la sous-région. Les mutuelles rencontrent des difficultés pour augmenter le niveau d'adhésion, pour fidéliser les mutualistes et pour atteindre des taux de pénétration permettant aux mutuelles d'être viables et de remplir leur fonction première, à savoir fournir une assurance santé au plus grand nombre. Ces dernières années, le projet Santé Pour Tous a développé des stratégies pertinentes pour contrer – du moins en partie – ces difficultés : meilleur suivi permettant un accompagnement plus stratégique des mutuelles et de la contractualisation de l'offre de soins, passage à l'échelle des mutuelles, généralisation transversale de l'approche genre, renforcement des services de médecine-conseil. Le projet Santé Pour Tous a également déclenché des stratégies d'extension géographique du mouvement mutualiste. Toutefois, il est fort à parier que sans modifications d'un certain nombre de facteurs liés à l'attractivité des mutuelles, aux rôles et responsabilités des acteurs et à l'offre de soins, ces stratégies d'extension géographique ne permettront pas d'atteindre et surtout de pérenniser des résultats significatifs.

Les enquêtes qualitatives révèlent également que les ex-adhérents et les non-adhérents vont se faire soigner dans les mêmes formations sanitaires que les mutualistes (donc des formations sanitaires conventionnées). Quand elles ne sont pas ou plus couvertes par l'assurance, les dépenses sont très élevées et bien au-delà des montants annuels de cotisations aux mutuelles. On relève que les ex-mutualistes ont une moindre connaissance des modalités de prise de décision au sein des mutuelles, ce qui pourrait suggérer que ce défaut d'information (dû à l'adhérent et/ou à la mutuelle) ait pu, avec d'autres facteurs (l'insatisfaction par rapport aux services offerts et à la qualité de l'offre de soins), influencer la désaffiliation d'adhérents. Par contre, le montant des cotisations ne semble pas poser de problème chez les adhérents et n'est pas mentionné par les ex-adhérents comme un motif de désaffiliation.

6. Analyse de la contribution du projet Santé Pour Tous par rapport à la protection sociale en Guinée

La contribution du projet Santé Pour Tous à l'évolution et au renforcement des acteurs doit être mise en perspective avec l'approche de l'ONG et la nature particulière qui lie le projet et ses actuels partenaires guinéens. Dans l'histoire de l'intervention d'ESSENTIEL en Guinée, l'ONG a toujours cherché à ne pas se substituer aux acteurs guinéens tout en étant confrontée à la difficulté de trouver et pouvoir travailler avec des organisations guinéennes déjà existantes et actives dans la zone d'intervention. A cela s'ajoute la volonté historique de Nantes Guinée/ ESSENTIEL de confier les commandes du développement mutualiste à ceux et celles qui en sont les élus et les membres. Dans un premier temps (1996-1999), Nantes Guinée/ ESSENTIEL a appuyé la création d'une Association de Promotion de Mutuelles de Santé (APMG), association constituée de paysans et leaders sociaux de Kindia souhaitant développer la mutualité. Constatant au début des années 2000 que l'APMG ne serait pas à même de pouvoir techniquement accompagner l'émergence du mouvement mutualiste, et à la demande du Ministère des Affaires Etrangères, Nantes-Guinée a poursuivi la mise en œuvre du projet (2002-2005) en appuyant le développement de mutuelles avec des associations paysannes (Fédération des Paysans du Fouta-Djalon, Union des Groupements de Timbi Madina, Association des Unions de zone de Gongoré). La phase 2005-2007 du projet SPT comprenait trois axes d'intervention : la promotion des mutuelles de santé, l'appui médical vers les structures de soins et les populations et une stratégie de pérennisation du système mutualiste et de développement d'une expertise locale (Programme triennal 2005-2008, p. 28). La stratégie de pérennisation du système mutualiste et le développement d'une expertise locale étaient envisagés par la création d'une union de mutuelles, le renforcement des compétences de l'équipe locale « afin que celle-ci soit en mesure d'assurer une expertise dans le domaine des mutuelles de santé » et la mise en place « d'un processus d'autonomisation d'une structure locale d'appui aux mutuelles censée prendre en charge le rôle actuel du projet d'appui. Cette structure pourrait être un groupement de moyens ou une union de mutuelles » (p.30). C'est à partir de la phase suivante (2009-2011) qu'un processus est explicitement entamé autour du renforcement et de la pérennisation de l'appui technique des mutuelles de santé et leur structuration politique. De ce processus naitront l'ONAM et le REMUFOUD, partenaires du projet Santé Pour Tous dans les phases suivantes (2013-2016 et 2016-2019).

Considérant le faible nombre d'acteurs techniques en appui aux mutuelles dans la zone d'intervention et en cohérence avec son postulat de départ (ne pas se substituer au acteurs guinéens et mutualistes) Nantes-Guinée a donc contribué à créer des organisations permettant à la fois d'assurer l'appui technique et la représentation politique des mutuelles. Ces processus de création et d'accompagnement se sont faits dans la durée et ont fait l'objet d'objectifs spécifiques et d'activités particulières dans les phases du projet à partir de 2013.

Lors de la mise en place de l'**ONAM**, les acteurs guinéens et ESSENTIEL ont fait le choix que cette structure aurait une gouvernance associant d'autres partenaires du projet Santé Pour Tous, à savoir FMG, le REMUFOUD, ESSENTIEL et le personnel de l'ONAM (membres fondateurs). Ce choix s'explique par le fait que l'ONAM n'avait à l'époque que peu de capacités institutionnelles et qu'il était souhaité que d'autres acteurs puissent renforcer cette nouvelle organisation et qu'une représentation mutualiste y soit assurée. Comme institution, les activités de l'ONAM sont restées très liées au projet Santé Pour Tous (qui est toujours le principal projet de l'ONAM) et aux personnes qui ont fait partie de l'équipe d'ESSENTIEL en Guinée. Il y a donc eu une reconfiguration des acteurs impliquées mais les personnes sont essentiellement restées les mêmes et ont continué à agir « en famille ». Comme il l'est déjà

mentionné dans le plan de développement stratégique de l'ONAM 2015/2019 (p.13), ce choix a assez rapidement montré ses limites dans la gestion opérationnelle de l'ONAM notamment au moment du licenciement de certains membres de l'équipe. La présence d'ESSENTIEL dans l'AG et au sein de la commission de contrôle a conduit à une perception de l'ONAM « comme une ONG dont le CA n'a pas une réelle autorité décisionnelle » (p. 13).

Au-delà des questions de gouvernance, les difficultés d'autonomisation de l'ONAM ont été très vite identifiées par ESSENTIEL. Des actions ont été prises pour accompagner le développement de l'organisation tant au niveau institutionnel (coaching, plan de développement stratégique) qu'au niveau technique (outils techniques d'accompagnement des mutuelles, appui à la prise en compte du genre, dispositif de suivi-évaluation, etc.). Depuis sa création, l'ONAM a également déjà connu plusieurs successions de présidents et de directeurs. Ces départs s'expliquent pour différentes raisons d'ordre personnel (engagements politiques), conflits ou démission. En termes de direction et de présidence, l'ONAM n'a jamais pu bénéficier d'un leadership de long terme permettant de faire fonctionner et faire croître l'organisation. Par ailleurs, le fait que les résultats du projet Santé Pour Tous ont toujours été difficiles à atteindre (particulièrement en termes de nombre de personnes couvertes) n'a pas encouragé la gouvernance et l'équipe de l'ONAM à prendre confiance dans leurs capacités à étendre et diversifier leurs partenariats et leurs projets. L'énergie a surtout été absorbée par la mise en œuvre d'un projet complexe dans un contexte particulièrement difficile, non seulement au niveau de l'offre de soins (mauvaise qualité des soins, attitudes et problèmes structurels d'approvisionnement des médicaments à des périodes répétées), qu'au niveau politique et institutionnel (absence d'initiatives étatiques effectives en faveur de la protection sociale en santé, instabilité politique, etc.).

La contribution d'ESSENTIEL et du projet SPT à l'émergence du **REMUFOUD** est incontestable. Nous avons relevé précédemment les faiblesses de cette structure et la phase de transition (restructuration en unions régionales) qu'elle connaitra vraisemblablement à court/moyen terme. Dans son accompagnement, le REMUFOUD a probablement souffert de deux facteurs. ESSENTIEL a donné beaucoup d'importance à l'existence du REMUFOUD comme structure de représentation des mutuelles de santé. Cette importance traduit l'attachement d'ESSENTIEL aux valeurs et au fonctionnement mutualiste qui veut que les bénéficiaires soient également les propriétaires et décideurs de leur assurance maladie. Toutefois, et à l'instar de ce qui est observé dans d'autres pays, il est très difficile de faire jouer un rôle fort et déterminant à un réseau (ou une union) de mutuelles de santé quand celui-ci ne peut compter que sur les forces d'élus mutualistes dont les propres mutuelles sont jeunes et connaissent une viabilité fonctionnelle, technique et financière fragile. Or, c'est bien le cas de figure que l'on retrouve au REMUFOUD. Les responsables du REMUFOUD ont bénéficié de formations et d'accompagnement mais n'ont jamais été en mesure de jouer un rôle réellement spécifique et additionnel en termes de vision, de régulation des membres, de plaidoyer politique et/ou de services aux membres. L'absence de « bras technique » permanent au sein du REMUFOUD explique en partie cette situation, bien que l'existence d'une cellule technique (dotée de professionnel(s) ayant des ressources et des compétences) n'aurait pas en soi garanti que le REMUFOUD ait pu jouer un rôle plus actif. En effet, à l'instar de ce que l'on observe au niveau des mutuelles de santé, la mise à disposition de techniciens peut entrainer une substitution de responsabilité et de fonction. A cela s'ajoute le fait que l'ONAM n'ait jamais réussi à trouver une approche efficace pour accompagner le REMUFOUD (en raison des limites de ses compétences émergentes et des liens organisationnels imbriqués entre l'ONAM et le REMUFOUD).

En ce qui concerne les **mutuelles**, l'absence de bras technique (en la personne de gérant/e ou autre fonction technique permanente) est également un facteur qui a desservi l'efficacité des mutuelles, particulièrement par rapport à l'appropriation de sa gestion et d'une plus grande autonomie de prise de décision. En 2017, il était prévu que les ATM soient intégrés au sein des mutuelles de santé, sous la responsabilité de leurs élus. Toutefois, un recul du REMUFOUD et de l'ONAM sur cette évolution n'a pas permis de formaliser cette transition. En pratique, les ATM de l'ONAM ont joué et continuent à jouer la fonction de bras technique mais en n'assurant pas une présence permanente et laissant aux mutuelles l'opportunité de se reposer sur l'action et les initiatives d'une personne extérieure dont elles dépendent mais sur laquelle elles n'ont pas d'autorité réelle. Comme dans le cas du REMUFOUD, le projet Santé Pour Tous a peut-être eu une approche trop normative par rapport à la faisabilité d'une gestion quotidienne des mutuelles de santé confiée à des élus (même avec l'appui d'une organisation technique). Cette approche normative n'est pas propre à ESSENTIEL. Elle a été l'approche promue par la plupart des programmes et projets en appui au développement des mutuelles de santé en Afrique francophone (Fonteneau, 2015) et a permis dans une certaine mesure que les acteurs mutualistes soient reconnus comme devant faire partie de la gouvernance et/ou de l'opérationnalisation à différents niveaux de politiques nationales de protection sociale (voir notamment les situations existantes au Sénégal et au Mali et les situations émergentes au Burkina Faso ou au Bénin). Toutefois, cette approche normative a souvent été un frein à l'exploration d'autres options organisationnelles favorisant la professionnalisation et le passage à l'échelle des mutuelles de santé (Bossyns et al, 2018).

Les différentes institutions créées et appuyées dans le cadre du projet Santé pour Tous restent dans l'ensemble fragiles. Toutefois, leur mise en place et le fonctionnement a permis à un grand nombre de professionnels d'acquérir des connaissances et à développer des compétences opérationnelles en matière d'appui au fonctionnement de l'assurance maladie et des mutuelles de santé. Par ailleurs, le projet a contribué à mettre en place des outils de gestion des mutuelles de santé (SIG), qui au regard de ceux existants (ou non) dans d'autres projets dans la sous-région, sont suffisamment accessibles et performants pour permettre un suivi rigoureux de l'évolution de la dynamique mutualiste. Par ailleurs, les résultats de l'enquête qualitative sur les dynamiques d'adhésion montrent des indices positifs sur la pertinence et la faisabilité de l'assurance maladie. Deux éléments en témoignent en particulier : un montant de cotisation considéré comme abordable (et ne constituant pas un motif de désaffiliation ou de non affiliation) et des dépenses de santé dépassant très largement celui des cotisations quand les personnes ne sont pas assurées.

La question de la **qualité des soins** a évidemment toujours été une préoccupation majeure du projet Santé Pour Tous mais l'offre de soins n'a jamais constitué un acteur envers lequel le projet a développé des interventions majeures jusqu'en 2016. Hormis l'appui au Cabinet Médical de Timbi Madina dans la première phase du projet, l'amélioration de la qualité des soins a plutôt été envisagée sous l'angle de la contribution des mutuelles de santé dans leur fonction de contre-pouvoir et sous l'angle de la médecine-conseil. Ce n'est qu'à partir de la phase 2016-2019 que l'offre de soins est devenue un acteur ciblé directement par les actions du projet. Dans cette phase, plusieurs stratégies ont été prévues :

- Appui technique aux Directions Préfectorales de la Santé, traduite notamment par une participation des médecins-conseils aux visites de supervision organisées par les DPS et DRS.
- Médecine-conseil : projet d'intégration partielle de cette fonction au sein des Directions Préfectorales de la Santé, formation de référents locaux en poste au sein des DPS à même d'assurer ces fonctions de concertation et de suivi des conventions (accompagnement assuré par les médecins-conseil - ONAM)

- Parcours de formation continue des prestataires de soins (assuré par les médecins-conseil - ONAM)
- Fonds d'appui équipement/rénovation des structures de santé
- Mécanismes de sécurisation des approvisionnements en médicaments de qualité

Ces stratégies sont ambitieuses et diverses et en cohérence avec d'une part la volonté d'impliquer les autorités sanitaires dans le développement mutualiste et d'autre part, les manquements frappants en termes d'équipement et d'approvisionnement en médicaments. A côté de ces stratégies visant directement l'offre de soins, les stratégies de recherche-action (mécanismes de sécurisation des approvisionnements en médicaments de qualité, autonomie des postes de santé, stratégies avancées optique et dentaire, dépistage précoce et prise en charge du diabète et de l'hypertension) prévues par cette phase du projet pourraient contribuer indirectement à l'amélioration de la qualité des soins. La mise en œuvre de ces différentes actions est toujours en cours et a pris un certain retard en raison notamment des problèmes liés au recrutement des médecins-conseils. Il est donc difficile à ce stade de pouvoir apprécier les effets de la mise en œuvre progressive de ces stratégies. Dans son rapport de mission de février 2019, le médecin bénévole et administrateur d'ESSENTIEL relève une amélioration des soins dans les formations sanitaires visitées en reconnaissant ne pas pouvoir établir un lien entre les stratégies du programme et d'autres facteurs (notamment les efforts de l'Etat guinéen).

La contribution effective du projet à l'amélioration de la qualité des soins est limitée, notamment en raison du caractère récent de stratégies visant directement l'offre de soins. Par le conventionnement entre des mutuelles de santé et des structures de soins de santé, le projet a toutefois contribué à ce que les structures sanitaires et les patients disposent d'outils permettant un dialogue autour de la qualité des soins. En pratique, le suivi du respect de ces conventions reste un défi car il dépend essentiellement de la (bonne) volonté des prestataires directement impliquées et bouleverse les rapports soignants-soignés. C'est à ce titre que la contribution du projet Santé pour Tous a été importante en faisant prendre conscience aux mutualistes de la possibilité d'exercer un droit de regard sur la qualité des soins dispensés et aux prestataires de soins d'accepter de voir leurs pratiques (ou les conditions de leurs pratiques) questionnées par des patients. Par ailleurs, le projet Santé Pour Tous a également clairement contribué à faire émerger la fonction de médecine-conseil en Guinée.

Enfin, le projet Santé pour Tous a également fortement contribué à la mise en place de structures au niveau national, permettant d'une part les échanges entre acteurs mutualistes venant d'horizons différents et d'autre part, l'interpellation effective des autorités politiques sur le besoin d'une politique nationale de protection sociale pertinente.

Quel que soit son niveau, la contribution du projet est sans équivoque, particulièrement compte tenu du peu d'acteurs actifs en Guinée (et dans la zone d'intervention de Santé Pour Tous) sur la question de l'assurance maladie mutualiste et en raison du peu d'initiatives prises par l'Etat jusqu'à ce jour. Le tableau 6.1 ci-dessous synthétise les différents domaines dans lequel la contribution du projet a été importante, voire déterminante.

Domaines de contribution	Niveau de contribution du projet depuis 2002 (Déterminante/Importante)	Justification
Appui au développement de capacités au niveau individuel	Importante	Pool de personnes (assistants techniques, cadres, fonctionnaires, professionnels de la santé) formés à l'assurance maladie et protection sociale et actifs dans la mise en œuvre de celle-ci.
Démonstration de la pertinence de l'assurance maladie	Importante	Malgré un nombre de bénéficiaires toujours limité et en-deçà des objectifs du projet, les résultats des enquêtes qualitatives sur les dynamiques d'adhésion démontrent d'une part que le prix de la cotisation est considéré comme acceptable et d'autre part que les montants dépensés par les non-mutualistes en cas de problèmes de santé dépassent très largement celui des cotisations.
Appui au développement d'organisations mutualistes	Importante	Création et existence d'institutions techniques et politiques actives sur les questions d'assurance maladie et de protection sociale.
Développement de la médecine-conseil	Importante	Innovation en Guinée à l'initiative du projet en partenariat avec un acteur guinéen (FMG) à même de le développer et de la professionnaliser à l'avenir.
Mise en place d'outils de gestion de l'assurance maladie	Déterminante	Développement d'outils de gestion rigoureux et accessibles permettant de disposer de données.
Outils et pratiques de conventionnement avec l'offre de soins	Importante	Développement du conventionnement avec l'offre de soins (échelle locale) et mise en œuvre de dispositifs de suivi des conventions impliquant les autorités sanitaires.
Dynamique politique au niveau national	Déterminante	A permis aux acteurs de la société civile guinéenne de contribuer à mettre la protection sociale et les mutuelles de santé à l'agenda politique (politique nationale de protection sociale en particulier) et à se positionner aux côtés des acteurs étatiques.

Tableau 6.1. Contribution du projet SPT à la protection sociale en Guinée.

7. Perspectives futures

7.1. Introduction

La présente section vise à étudier les perspectives futures de l'intervention d'ESSENTIEL en Guinée. Les propositions faites dans ce chapitre sont basées sur le volet 1 et 2 ainsi que sur des entretiens individuels et collectifs avec les différents acteurs impliqués dans les différentes phases du projet SPT : ESSENTIEL, ONAM, REMUFOUD et PPSOGUI. Dans un premier temps (section 7.2), nous présenterons les visions et perspectives des différents acteurs. Dans un second temps, nous aborderons pourquoi et comment ESSENTIEL pourrait poursuivre son appui au mouvement mutualiste en Guinée.

7.2. Visions des acteurs impliqués

7.2.1. ESSENTIEL

Le positionnement actuel d'ESSENTIEL repose sur 4 principaux éléments.

7.2.1.1.1. Elargissement du champ d'action d'ESSENTIEL.

Alors que son action ciblait exclusivement la Guinée, l'ONG ESSENTIEL est actuellement en train de développer des programmes et des partenariats dans d'autres pays africains. Une partie de ces programmes s'inscrit dans la continuité du travail d'ESSENTIEL sur la protection sociale (Guinée, Bénin). Les autres projets ont tous une composante santé et/ou sociale mais sous des angles variés : appui à un poste de santé et développement d'actions dans le domaine de la santé sexuelle au Burundi, construction d'une maternité et appui à l'amélioration des soins pour les populations de Gori et de Léo (Burkina Faso) et renforcement des cadres institutionnels, associatifs, socio-culturels qui conditionnent la santé globale à Nantes et à Rufisque (Sénégal) dans les domaines de la santé et de la protection sociale, du handicap, de la petite enfance, de la jeunesse et du sport. A cela, s'ajoutent des actions d'éducation à la solidarité internationale et à la citoyenneté en France.

Années de démarrage	Pays/Régions	Domaine
2002	République de Guinée	Appui au développement des mutuelles de santé et de la protection sociale
2013	République du Burundi - Province de Bururi	Appui à un poste de santé Santé sexuelle et reproductive
2015	République du Bénin – Copargo, Ouaké	Appui au développement des mutuelles de santé et de la protection sociale
2016	République du Sénégal Villes de Rufisque et Nantes	Approche de santé globale (sport, enfance et jeunesse, handicap…)
2018	République du Burkina-Faso (démarrage prévu d'un nouveau programme)	Construction d'une maternité Santé materno infantile et néonatale

7.2.1.1.2. Souhait mais incertitudes sur la poursuite de l'action en Guinée

ESSENTIEL souhaite a priori poursuivre son engagement en Guinée, en raison de l'ancienneté et de la fidélité de son engagement vis-à-vis de ce pays mais également en raison du constat objectif de la particularité du pays en termes de faible engagement des pouvoirs publics vis-à-vis de la protection sociale, ce qui pousse ESSENTIEL à vouloir continuer à soutenir les acteurs mutualistes et de la société civile et encourager un réel engagement de l'Etat. Toutefois, ce souhait est rendu incertain en raison des résultats obtenus (en termes de nombre de bénéficiaires couverts) et en raison d'un questionnement sur l'engagement et les performances de certains partenaires appuyés (ONAM, REMUFOUD et PPSOGUI). A ce stade, l'intention d'ESSENTIEL est de développer un projet multi pays en Guinée et au Bénin visant à « soutenir les institutions nationales et la société civile dans l'émergence d'une Couverture Sanitaire Universelle au Bénin et en Guinée par la mise en place d'un dialogue pluri-acteurs et d'expérimentations conjointes autour de trois objectifs majeurs : a) associer la société civile et le mouvement mutualiste à la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale ; b) améliorer et accompagner la professionnalisation des acteurs et partager l'expertise ; c) capitaliser et partager les différentes expériences avec tous les acteurs et mener des actions de communication auprès du grand public »[13]. Au stade actuel des réflexions, le projet serait mis en œuvre par une unité de gestion de projet (UGP) dirigée par ESSENTIEL et venant en appui à des fédérations nationales de mutuelles de santé (déjà existantes au Bénin mais encore à créer en Guinée), y compris dans leur pôle technique (centres techniques de gestion). L'une des hypothèses du succès de ce programme repose sur des conventions de prise en charge par l'Etat (dont le contenu est à définir). Au Bénin, la crédibilité de cette hypothèse est plus forte qu'en Guinée ; l'Etat béninois ayant pris des initiatives montrant une certaine volonté d'améliorer la protection sociale.

7.2.1.1.3. Changement institutionnel dans l'environnement d'ESSENTIEL

Le groupe Harmonie Mutuelle, membre de l'Assemblée Générale d'ESSENTIEL, fait depuis 2018 partie du groupe mutualiste VYV dont sont également membres des mutuelles porteuses de projets de solidarité internationale visant l'appui aux mutuelles de santé (MGEN en particulier). Des discussions sont actuellement en cours au sein de ce nouveau groupe afin de définir les contours et les approches d'actions futures de solidarité internationale. Au sein de ce regroupement, ESSENTIEL devrait pouvoir faire valoir son expertise de long terme en matière de partenariat et d'appui au mouvement mutualiste en Afrique de l'Ouest.

7.2.1.1.4. Questionnement sur les stratégies opérationnelles de l'ONG

ESSENTIEL est à un stade de questionnements sur les stratégies opérationnelles de l'ONG, tant par rapport à son fonctionnement et ses actions en France que dans les pays du Sud. Les stratégies opérationnelles envisagées (mais non encore actées) à ce stade sont les suivantes[14]:

- Renforcer les synergies/ complémentarités/ collaborations avec les autres acteurs internationaux gravitant autour de la mutualité
- Elargir les champs d'intervention de l'association en s'associant à d'autres acteurs (logiques de consortium)
- Développer des projets de collaboration avec les collectivités (mairie, département, région voir au niveau national…)

[13] *Extraits des termes de référence de l'étude.*

[14] *Extrait de la synthèse des discussions du CA d'ESSENTIEL (25 mars 2019)*

- Renforcer les initiatives en France sur le champ de la solidarité et croiser les dynamiques/ expertises développées en France avec les partenaires en Afrique
- Initier une activité de portage de projets, de consultance/ expertise
- Renforcer la présence sur le terrain pour un meilleur suivi, visibilité et accompagnement de nos partenaires (salariés, VSI…) vers une professionnalisation accrue des partenaires
- Rester vigilants et trouver le bon équilibre sur les ressources humaines à mobiliser (salariés/ bénévoles)
- Questionner les dynamiques et pratiques de bénévolat de l'association (forces et fragilités, renouvellement…) et la place qu'ils doivent occuper dans l'association

7.2.2. ONAM

Comme expliqué dans le chapitre 5.2.3 de ce rapport, l'ONAM connait depuis 2015 des changements importants dans sa gouvernance (révision des statuts et nouveau CA) et dans son fonctionnement (difficulté à mettre en œuvre le projet, turn-over important à la direction de l'organisation et tensions internes). Ces changements traduisent une volonté d'émancipation de l'organisation vis-à-vis du projet Santé Pour Tous et d'ESSENTIEL. L'ONAM fait état d'une vision ambitieuse mais qui n'est pas (encore) soutenue par l'identification et/ou la mise en œuvre de stratégies claires pour parvenir à la réaliser.

En termes de perspectives, l'ONAM dit souhaiter poursuivre son "appui à la consolidation et à l'autonomisation des mutuelles de santé en Guinée". Pour ce faire, elle souhaite « poursuivre les relations avec son partenaire privilégié ESSENTIEL, dans le cadre de l'exécution des projets, tout en respectant son autonomie (recrutement du coordinateur, de l'équipe et gestion des fonds) et conformément à sa vision et à ses orientations stratégiques dans un esprit d'équité" et sollicite un appui de la part d'ESSENTIEL "sur le plan institutionnel, logistique et en renforcement de capacités".

7.2.3. REMUFOUD

Le REMUFOUD exprime une volonté de continuer à travailler avec les partenaires existants du projet Santé Pour Tous. Dans la structuration du mouvement mutualiste, le CA du REMUFOUD dit être prêt au processus de transformation en unions régionales. Ces unions régionales devraient selon le REMUFOUD être dotées de cellules techniques accompagnées par l'ONAM (ou par une autre structure). Le processus dans son ensemble devrait faire l'objet d'un dialogue plus transparent avec Dynam concernant l'Union Régionale de Mamou et la future Fédération nationale. Le REMUFOUD envisage une double fonction pour les unions régionales : une fonction de plaidoyer vis-à-vis de l'offre de soins et des autorités locales, la contribution au plaidoyer au niveau national et la mobilisation sociale (amener les gens à comprendre, faire des formations) et une fonction technique que les membres du CA du REMUFOUD envisage à l'heure actuelle surtout par rapport à la gestion d'un fonds de garantie.

Par rapport au fonds de garantie, les élus du REMUFOUD se disent opposés à l'idée que le fond actuel puisse bénéficier à d'autres mutuelles dans une union régionale regroupant également des mutuelles appuyées par Dynam (Région de Mamou), ce qu'ils justifient par le manque de connaissance et de confiance dans les modalités de fonctionnement de ces autres mutuelles.

Par rapport aux performances (actuelles et futures) des mutuelles, les élus du REMUFOUD pointent trois préoccupations majeures. La première est liée à l'offre de soins dont la faible qualité et les attitudes problématiques des prestataires de soins minent l'attractivité des services offerts par les mutuelles. Par rapport à l'offre de soins, le REMUFOUD se tourne particulièrement vers l'Etat : « que le ministère de la santé dise que les mutuelles sont là et qu'il faut les faire vivre ». La seconde préoccupation porte sur le manque de ressources tant pour les sensibilisations que pour les relations avec les sections des mutuelles. La troisième porte sur la professionnalisation des mutuelles (appui au développement de capacités des élus en termes de gestion et d'orientation stratégiques et opportunité de faire tenir des permanences ouvertes aux membres et à la population).

7.2.4. PPSOGUI

Les entretiens avec PPSOGUI n'ont pas permis de dégager de vision précise à long terme, particulièrement en raison de ses problèmes actuels de fonctionnement. Il n'en demeure pas moins que la gouvernance actuelle de PPSOGUI semble vouloir poursuivre les mêmes chantiers que ceux traités actuellement, à savoir le plaidoyer envers les autorités nationales, l'harmonisation des pratiques et outils entre les mutuelles et la structuration du mouvement mutualiste.

7.2.5. FMG

L'ONG médicale FMG exprime le souhait qu'ESSENTIEL poursuive son appui au développement de la protection sociale en Guinée. Dans ce sens FMG souhaite s'y associer dans son domaine de compétence et entrevoit les pistes suivantes :

- Développement de la médecine conseil (par la mise en place d'un département au sein de FMG à l'intention des mutuelles de santé et d'autres initiatives sociales) ;

- Incitation à l'adhésion des patients visitant les centres de santé et des cabinets médicaux communautaires installés dans le cadre du programme de médicalisation des zones rurales de FMG ;

- Prise en charge des indigents pour que ceux-ci adhèrent aux mutuelles et bénéficient de ses services ;

- Intégration des modules de formation sur la protection sociale dans la formation universitaire (master de santé publique, DES de médecine de famille) et dans les écoles de santé ;

- Appui aux mutuelles de santé sur les principes généraux de la médecine-conseil. FMG voit également dans ses perspectives créer un département pour développer la médecine conseil aussi bien pour les mutuelles de santé que pour d'autres initiatives sociales. FMG compte poursuivre son implication dans les échanges et le renforcement d'initiatives en soutien au développement de la protection sociale (mutuelles de santé) ;

- Développement de la plate-forme PPSOGUI en faisant sa promotion auprès des autres plates formes de la société civile dont FMG est membre et en l'aidant à bénéficier des

soutiens techniques et financiers comme c'est le cas actuellement avec le projet DGD/Memisa (prise en charge des indigents par les mutuelles de santé) ;

– Plaidoyer auprès des autorités sanitaires (pour que celles-ci s'impliquent dans la promotion des mutuelles dans les différents territoires).

7.3. Options suggérées par l'équipe en charge de l'étude

L'ensemble des partenaires du projet SPT montrent une volonté de poursuivre l'appui au développement du mouvement mutualiste guinéen. On observe toutefois un écart assez important entre la vision ambitieuse d'ESSENTIEL par rapport à celle des acteurs guinéens qui semblent peu inspirés ou outillés pour présenter des options qui diffèrent fondamentalement du scénario et des partenariats actuels.

Le contexte de l'appui au développement des mutuelles de santé en Guinée est loin d'être favorable et ce contexte explique en grande partie les difficultés rencontrées tant en termes de renforcement des acteurs qu'en termes de développement effectif de l'assurance maladie. Dans ce contexte, ESSENTIEL pourrait légitimement décider de ne pas poursuivre son action considérant que son influence sera trop limitée pour réellement pouvoir induire des changements structurels. C'est le choix qu'ont fait en Guinée d'autres ONG (CIDR) ou agences bilatérales et multinationales de développement (GIZ, Banque Mondiale et UNICEF en particulier).

Toutefois, la poursuite d'un appui en Guinée pourrait tout également se justifier. Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à l'évolution des acteurs, l'action d'ESSENTIEL a reposé sur une hypothèse valide (appuyer le développement d'acteurs guinéens) en termes de contribution à la construction et pérennisation de systèmes de protection sociale. La validité de cette hypothèse se vérifie notamment dans les processus observés dans d'autres pays de la sous-région dans lesquels la présence, même fragile, d'acteurs nationaux autour de la protection sociale a contribué et contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de protection sociale, co-construites et gérées par les Etats et des organisations de la société civile. Par le projet Santé Pour Tous, ESSENTIEL a mis en œuvre des stratégies et des actions cohérentes afin de contribuer à cette situation en Guinée. Nous avons vu également que certains choix stratégiques présentent des limites (notamment pour accompagner les acteurs dans leurs capacités d'actions techniques permanentes et efficaces). Confrontés à des facteurs contextuels peu favorables à un développement de mutuelles de santé (qualité des soins, attitudes et pratiques des prestataires, faibles opportunités de développer des partenariats avec d'autres bailleurs de fonds), les acteurs guinéens ne sont, par ailleurs, par parvenus à sortir de la logique du projet Santé Pour Tous pour créer une dynamique et un leadership propres à chaque organisation, phénomène sur lequel un acteur extérieur comme des ONG étrangères n'ont logiquement que peu de prise. L'analyse de la dynamique d'adhésion montre également l'importance de facteurs sur lesquels les acteurs mutualistes et les acteurs en appui ont une marge de manœuvre pour crédibiliser et rendre les mutuelles plus attractives (meilleures stratégies de communication, efficacité de fonctionnement). Ces résultats montrent également que la capacité contributive (vu le montant des cotisations) n'est pas le frein principal à l'adhésion pour certaines catégories de populations à même de générer des revenus plus ou moins stables. Les enquêtes confirment également que les montants que les populations (non-mutualistes) doivent payer pour se faire soigner dépassent largement le montant annuel des cotisations.

Les orientations que prendra le gouvernement guinéen en matière de protection sociale sont encore très incertaines à ce stade. Considérant la dynamique existante dans la sous-région (zone UEMOA), il est probable que le gouvernement guinéen décide de développer et mettre en œuvre une politique de protection sociale articulée sur les mutuelles de santé pour certaines catégories de la population. Cette décision sera aussi influencée par l'existence et les performances de systèmes mutualistes d'assurance maladie.

Considérant l'ensemble de ces facteurs et l'importance de l'appui dans la durée pour soutenir de tels processus complexes de changements, il nous semble souhaitable qu'ESSENTIEL poursuive son action en Guinée par la mise en œuvre de stratégies permettant d'agir sur les paramètres clairement identifiés comme ayant une influence sur l'efficacité du mouvement mutualiste. Par ailleurs, considérant la dynamique mutualiste existante en Guinée et les intentions des acteurs, il est important que l'appui d'ESSENTIEL contribue et se fasse dans le cadre de la structuration mutualiste à l'échelle régionale telle qu'envisagée par les acteurs concernés.

Les priorités de la poursuite de l'intervention d'ESSENTIEL en Guinée devraient se concentrer sur les trois pôles et stratégies suivantes :

1. **Structuration et professionnalisation du mouvement mutualiste à l'échelle préfectorale et régionale**

– Professionnalisation des mutuelles préfectorales en termes de gestion et de mobilisation sociale.

– Création, appui et professionnalisation des Unions Régionales de Kindia, Mamou et Labé.

2. **Influence sur l'offre de soins**

– Conventionnement privilégié et ciblé avec des structures privées (associatives ou à but lucratif) ou publiques offrant des soins de qualité.

– Suivi plus strict des conventions avec l'offre de soins (notamment par l'intensification de la médecine conseil).

– Appui à l'amélioration des infrastructures/incitants à la performance vis-à-vis des mutuelles (pertinence et faisabilité à discuter avec le Ministère de la Santé et à envisager selon les ressources disponibles et l'évaluation des stratégies d'appui à l'offre de soins prévues dans la phase 2016-2019 du projet SPT).

3. **Appui au plaidoyer politique au niveau national**

– Appui au développement de capacités de PPSOGUI (au niveau institutionnel et au niveau technique)

– Appui à l'efficacité du plaidoyer : permettre à PPSOGUI d'être force de proposition sur base de données et d'études, faciliter les alliances avec des acteurs influents

Concernant la structuration et la professionnalisation du mouvement mutualiste, il nous semble important qu'ESSENTIEL se concentre sur le niveau préfectoral et régional. La professionnalisation des mutuelles préfectorales doit passer par la mise à disposition de ressources permettent aux mutuelles de pouvoir agir de manière efficace vis-à-vis des membres et des populations. Parallèlement, la création d'unions régionales permettra aux acteurs de pouvoir bénéficier d'une représentation politique et d'un appui technique. Le travail sur la région administrative de Mamou (en collaboration avec Dynam) permettra d'identifier sur quelles bases communes et comment des mutuelles issues de dynamiques différentes peuvent travailler ensemble à renforcer leur positionnement et leurs actions au niveau régional.

Concernant l'offre de soins, ESSENTIEL et le mouvement mutualiste ont une marge de manœuvre plus limitée mais existante. Dans la situation actuelle, il est recommandé que la crédibilité du mouvement mutualiste puisse être appuyée par une sélection et une contractualisation plus stricte avec des formations sanitaires offrant des services de meilleure qualité. L'offre de soins associative de FMG (Labé, Kindia et Télimélé[15]) doit certainement être privilégiée dans la contractualisation et dans le parcours proposé aux mutualistes. La contractualisation avec d'autres structures de soins non lucratives devrait également être mieux explorée ainsi que celle avec des structures de soins privées (lucratives), si la négociation s'avère possible. Enfin, la contractualisation avec les structures publiques doit être poursuivie mais de manière plus stricte et mieux soutenue techniquement, d'une part par les cellules techniques des unions régionales et par un renforcement de la fonction de médecine conseil (que nous suggérons de situer au niveau des unions régionales). Ce renforcement de la fonction de médecine conseil bénéficierait d'un partenariat reconsolidé avec FMG afin de poursuivre le recrutement, la formation et la supervision des médecins-conseils.

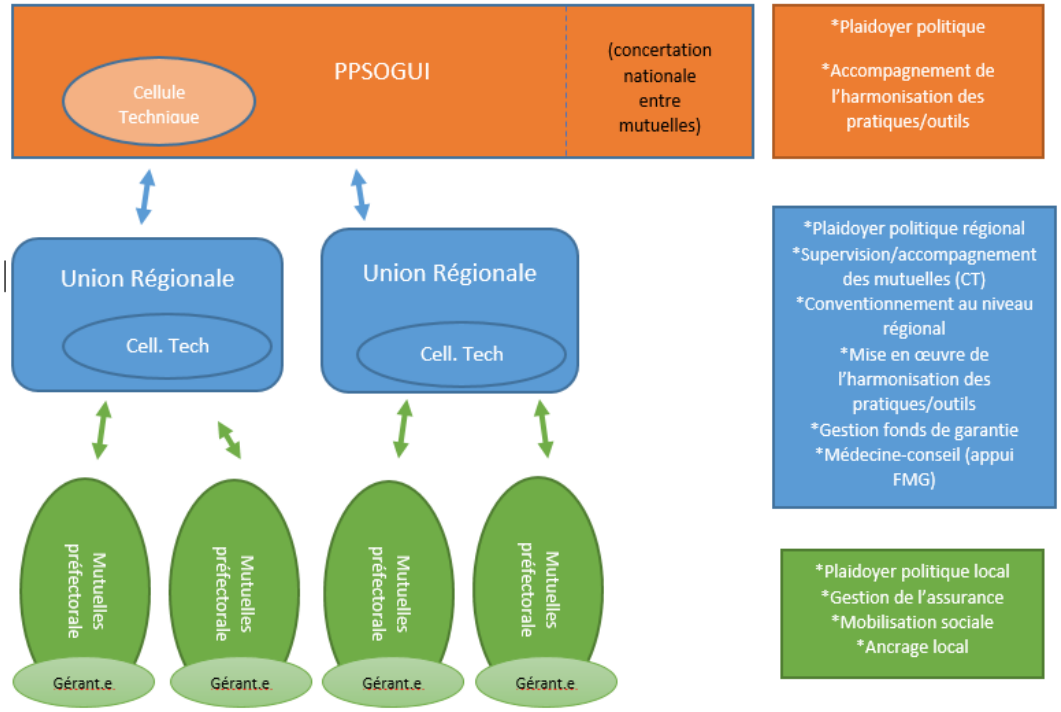
Concernant le plaidoyer au niveau national, il nous semble que l'appui à PPSOGUI devrait se poursuivre. Si l'on veut que des actions de plaidoyer puissent continuer à être menées au niveau national, des acteurs comme PPSOGUI sont nécessaires et les résultats de son travail commencent à porter ses fruits. PPSOGUI devrait également être appuyé pour être à même de mieux identifier le socle de préoccupations et de priorités communes à ses membres par rapport à la protection sociale. Cette identification devrait permettre d'élaborer une vision portée par PPSOGUI, vision par rapport à laquelle des axes et stratégies de plaidoyer pourront être développés. Sans une telle vision commune portée par les membres de PPSOGUI, il lui sera difficile de développer des forces internes d'action. L'appui à PPSOGUI devrait donc lui fournir les composantes nécessaires à cette réflexion interne et à la poursuite de ses actions de plaidoyer (cellule technique, processus de réflexion interne alimenté par une meilleure compréhension des enjeux et options en matière de protection sociale). Le processus au niveau régional (création et développement d'unions, particulièrement dans le cas de Mamou) permettra également à PPSOGUI de poursuivre le travail sur l'harmonisation des pratiques et outils par une expérimentation pratique (impliquant partage d'informations et transparence) et non sur un modèle théorique. PPSOGUI bénéficierait également d'un appui concerté et conjoint de ses partenaires français (ESSENTIEL) et belges (WSM) afin de décloisonner ces partenariats.

Contrairement à ce que la réflexion actuelle d'ESSENTIEL suggère, nous ne recommandons pas d'initier la création d'une fédération nationale des mutuelles de santé dans un prochain projet. D'une part, car il nous semble qu'ESSENTIEL n'a ni la position (externe) favorable et légitime

[15] *Le centre de santé de Télimélé est une structure privée accompagnée par FMG et destinée à devenir un centre de santé associatif.*

pour initier un tel processus, ni les capacités (en raison des défis à appuyer aux niveaux local/préfectoral et régional) pour pouvoir le faire. D'autre part, parce qu'à ce stade de l'émergence d'une structuration régionale des mutuelles de santé, la décision de la création d'une fédération nationale doit surtout venir des premiers acteurs concernés. Dans ce sens, la poursuite de l'appui au dialogue entre acteurs au niveau national et régional s'avère tout à fait pertinent et l'appui à PPSOGUI et aux (futures) unions régionales peut inclure une réflexion sur le contenu et les formes à donner à la concertation nationale entre mutuelles de santé.

La figure 6.1 ci-dessous présente la structuration du mouvement mutualiste (et les fonctions à chaque niveau) en Guinée, structuration dans laquelle s'intégreraient les axes d'intervention suggérés par l'équipe en charge de l'étude.



8. Conclusions

Le projet Santé Pour Tous a été l'un des pionniers du développement des mutuelles de santé en République de Guinée et cette étude a tenté de dresser un bilan des 17 années d'intervention d'ESSENTIEL en République de Guinée au travers de ce projet. Cette étude poursuivait trois objectifs : 1/évaluation sur les effets et impact du projet sur les acteurs locaux et sur les acteurs nationaux ; 2/ compréhension des dynamiques d'adhésion ; 3/objectif prospectif portant sur les rôles et fonctions des acteurs du développement mutualiste.

Le projet a contribué à la création de 6 mutuelles préfectorales, d'un réseau de mutuelles, d'une structure technique d'appui aux mutuelles de santé et d'une plateforme nationale de concertation et de plaidoyer. Nous avons vu que les mutuelles de santé sont fonctionnelles mais connaissent encore des limites en termes de gestion autonome et de gouvernance, de mobilisation sociale ainsi qu'en termes de visibilité, d'accessibilité et d'ancrage local. Ces difficultés s'expliquent en partie par un manque de capacités et de ressources financières pour mener à bien ces différentes fonctions et par un manque d'appropriation de ces fonctions. Ce manque d'appropriation semble dû à une difficulté à se détacher du cadre d'action du projet Santé Pour Tous et à trouver une répartition des tâches efficiente et complémentaire avec les autres acteurs en présence, à savoir la structure d'appui ONAM et le REMUFOUD. Le REMUFOUD connait des difficultés similaires, renforcées par le fait que le REMUFOUD a été essentiellement animé par des élus mutualistes dotés de peu d'expériences et de ressources techniques pour réellement développer une vision et d'assurer de manière significative la représentation politique des mutuelles et certaines fonctions techniques en appui aux mutuelles de santé. Au niveau national, la création et l'appui d'une plateforme nationale comme PPSOGUI s'est avérée indispensable et utile pour non seulement être un interlocuteur des autorités nationales mais aussi faciliter les échanges entre acteurs et promoteurs du mouvement mutualiste. Le plaidoyer auprès des autorités nationales commence à se traduire en des politiques et réglementations favorables aux mutuelles de santé. En tant que plateforme d'échange entre acteurs, il apparait que PPSOGUI doit encore trouver des modes de fonctionnement et d'actions qui permettent de réellement avancer sur les dossiers d'harmonisation des outils et pratiques et de structuration du mouvement mutualiste en dépassant les logiques et intérêts propres de chaque membre de la plateforme et en particulier de ceux qui prennent des responsabilités dans la gouvernance de cette plateforme.

La création et le soutien à l'ONAM a été un pari important du projet SPT. Après des années d'appui, l'ONAM est maintenant une organisation autonome mais dont le conseil d'administration semble ne pas être à même d'identifier et de mettre en œuvre des stratégies (institutionnelles, organisationnelles, techniques et économiques) qui pourraient concourir à démontrer les capacités professionnelles et le potentiel pérenne de la structure. Cette situation a entrainé depuis plusieurs années une dégradation des relations et de la confiance entre le Conseil d'Administration et l'équipe technique en place (financée par le projet SPT) d'une part et les partenaires (FMG, REMUFOUD, PPSOGUI, ESSENTIEL), d'autre part. Dans la situation actuelle, il est difficile d'envisager si et dans quelle mesure l'ONAM serait à même de contribuer au futur développement du mouvement mutualiste. Enfin, le projet SPT a également contribué à initier la fonction de médecine-conseil en Guinée. Ce processus n'est pas encore abouti et demanderait des stratégies plus significatives pour réellement permettre de développer des capacités et des pratiques en médecine-conseil. Le projet SPT a travaillé dans ce domaine avec l'ONG guinéenne FMG, qui devrait pouvoir continuer à développer des

capacités en médecine-conseil (dans le cadre d'un partenariat avec ESSENTIEL ou avec d'autres acteurs).

La dynamique d'adhésion montre des résultats en deçà des objectifs du projet (7159 bénéficiaires en juin 2019 contre un objectif de 50 000 bénéficiaires). De manière plus préoccupante, l'analyse montre également un faible taux de fidélisation, signifiant que, selon les années, la moitié, voire les trois-quarts des adhérents ne renouvellent pas leurs cotisations. Les enquêtes qualitatives auprès d'ex-adhérents révèlent une insatisfaction liée au mauvais accueil et au manque de disponibilité de médicaments qu'ils ont observés dans les centres de santé conventionnés où ils ont été se faire soigner comme mutualistes. Mais ce que révèlent les ex-adhérents, c'est surtout une rupture de confiance avec les mutuelles de santé : ils pensaient qu'en adhérant aux mutuelles, celles-ci leur garantiraient une meilleure qualité des soins dans les centres de santé conventionnés. Or, l'influence des mutuelles et du projet SPT sur la qualité des soins reste limitée. Ce constat négatif est toutefois porteur de pistes d'action pour le mouvement mutualiste et les acteurs du projet SPT, à savoir une sélection plus stricte des centres de santé avec lesquels les mutuelles passent des conventions. Par ailleurs, les enquêtes qualitatives montrent que tant les adhérents, ex-adhérents et non-adhérents aux mutuelles de santé demandent aux mutuelles d'être plus proactives pour renforcer la communication envers les membres et les non-membres et faciliter les adhésions et le renouvellement des cotisations. Les résultats des enquêtes montrent également l'utilité des mutuelles : par épisode maladie, les personnes non assurées dépensent dans les centres de santé (y compris publics) des montants largement supérieurs au montant annuel des cotisations à la mutuelle.

L'ensemble des partenaires du projet est favorable à une poursuite de programmes en appui au mouvement mutualiste. Pour les partenaires guinéens, l'appui d'ESSENTIEL doit continuer. L'équipe en charge de l'étude est également d'avis que l'appui au mouvement mutualiste devrait se poursuivre en Guinée. En effet, au moment où le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance ainsi que le gouvernement prennent des initiatives concrètes en faveur de la protection sociale et des mutuelles de santé, il serait très contreproductif de voir un promoteur de longue date se retirer. Toutefois, l'étude a aussi montré la difficulté des partenaires guinéens à se positionner dans le mouvement mutualiste et par rapport aux questions de protection sociale en dehors du cadre du projet SPT. L'architecture et les axes prioritaires d'une intervention future telle que proposée par les auteurs de l'étude pourront y contribuer mais la responsabilité première se trouve au niveau des acteurs mutualistes guinéens (appuyés par ESSENTIEL ou par d'autres partenaires). En sortant des logiques des projets qui les ont accompagnés jusqu'à présent, ces différents acteurs pourront non seulement consolider le mouvement mutualiste mais également crédibiliser la pertinence et la faisabilité de l'assurance maladie en Guinée.

En ce qui concerne l'appui par ESSENTIEL, les auteurs de l'étude suggèrent des axes d'intervention qui pourraient continuer à contribuer à structurer le mouvement mutualiste (y compris avec des mutuelles non appuyées par ESSENTIEL jusqu'à présent), crédibiliser l'assurance maladie (en professionnalisant sa gestion et son attractivité pour les adhérents) et renforcer la capacité d'action de PPSOGUI, tant en termes de plaidoyer qu'en termes d'harmonisation des pratiques et de structuration du mouvement mutualiste.

9. Recommandations

Dans cette partie, nous formulons un ensemble de recommandations issues de cette étude. Ces recommandations se basent sur les constats faits dans cette étude et sur les axes prioritaires d'actions suggérées en section 7.3.

A l'intention des Mutuelles de santé

1. **S'approprier et professionnaliser la gestion des mutuelles de santé.** Jusqu'à présent, la gestion des mutuelles de santé s'est faite à la fois par les élus et par les assistants techniques des mutuelles de l'ONAM. Il est tout à fait concevable que les mutuelles continuent à bénéficier d'un appui en termes de gestion (fournis par les techniciens des unions régionales comme nous le suggérons). Par contre, il est important que les mutuelles puissent avoir la maîtrise des informations et des procédures d'affiliation et de renouvellement des cotisations et fassent en sorte que celles-ci soient facilitées pour les adhérents et futur adhérents. L'équipe en charge de l'étude recommande que des personnes (mutualistes ou non) soient rémunérées pour contribuer à la gestion des mutuelles de santé. Les coûts relatifs à ces rémunérations doivent être progressivement pris en charge par les mutuelles (que ce soit sur leurs propres ressources et/ou en cherchant des appuis auprès d'autorités locales).

2. **Approche plus dynamique de la sensibilisation.** Le travail en termes de sensibilisation et de mobilisation est jusqu'à présent très lié aux activités prévues dans le projet SPT. Or, la sensibilisation autour des mutuelles de santé (y compris le recrutement de nouveaux adhérents) doit faire l'objet d'un travail beaucoup plus permanent, adapté à chaque contexte local et qui va au-delà des seules activités financées dans le cadre d'un projet. Dans ce sens, une réflexion devrait être menée par les élus et les membres des CMS pour identifier les autres actions de proximité qui pourraient être menées pour contribuer à faire connaitre les mutuelles de santé et à inciter les personnes à y adhérer.

3. **Renforcement de l'ancrage local.** Les mutuelles de santé ne semblent pas encore faire partie du paysage institutionnel local : elles sont peu connues par les populations non adhérentes et les mutuelles ne semblent pas chercher à développer des liens avec d'autres organisations, institutions et autorités locales. Or, l'avenir des mutuelles, leur visibilité et leur pérennisation dépend aussi de cet ancrage local qui peut être source de futures adhésions, de participation à des projets en lien avec les missions des mutuelles de santé et de sources additionnelles de financement.

4. **Rendre les mutuelles plus visibles et accessibles aux adhérents et à la population.** Tant les adhérents que les non adhérents relèvent que les mutuelles ne sont pas toujours accessibles (siège fermé ou non visible). C'est problématique pour les adhérents quand ils font face à une difficulté (notamment au moment d'une visite au centre de santé) mais également pour les non-adhérents que cela n'incite pas à faire des démarches vis-à-vis des mutuelles. La professionnalisation de la gestion suggérée par les auteurs de l'étude devrait contribuer à cette meilleure visibilité et accessibilité

des mutuelles. Mais d'autres actions (panneaux, ouverture des sièges à des heures fixes, mêmes limitées, par jour) peuvent d'ores et déjà être prises par les mutuelles.

5. **Facilitation des processus d'adhésion et de renouvellement des cotisations.** Dans le même sens que les recommandations précédentes relatives à la gestion et à la visibilité des mutuelles de santé, les mutuelles devront, en concertation avec le REMUFOUD et les futures unions régionales, faciliter les procédures d'adhésion et de renouvellement de cotisations afin de limiter les déperditions d'adhérents, favoriser les adhésions et renforcer la confiance entre les (nouveaux) adhérents et les mutuelles de santé.

6. **Veiller au renouvellement de la gouvernance.** Plusieurs mutuelles sont gérées par des personnes élues depuis plusieurs années. Comme dans toute association, le renouvellement des instances de gouvernance est important en termes de transmission des connaissances et d'opportunité à insuffler une nouvelle dynamique au sein des mutuelles de santé.

A l'intention du REMUFOUD

1. **Entreprendre des démarches pour permettre la structuration en unions régionales.** Le REMUFOUD se dit à la fois prêt à travailler à la transition vers la structuration en unions régionales tout en montrant des réticences à la faire (en raison du manque d'information sur les mutuelles de la région de Mamou et en raison de la mise en commun du fond de garantie que cela impliquerait). Ces réticences sont légitimes mais devraient pouvoir être dépassées pour contribuer à la structuration future du mouvement mutualiste au niveau régional dans un premier temps, puis national dans un second temps. Dans ce sens, il est important que le REMUFOUD entreprenne des démarches pour mettre en œuvre cette structuration régionale (partage d'information, réflexion sur les mandats et l'organisation des unions régionales, etc.). Par rapport à la région de Mamou, ces démarches doivent être entreprises au sein de PPSOGUI et vis-à-vis des mutuelles de Mamou et de leur structure d'appui (Dynam) afin de décloisonner le mouvement mutualiste des projets ou promoteurs qui les ont accompagnés jusqu'à présent.

2. **Veiller au renouvellement de la gouvernance.** Le renouvellement de la gouvernance des mutuelles devrait également contribuer à celui du REMUFOUD. La transition vers les unions régionales permettra aussi de faciliter ce renouvellement.

A l'intention de l'ONAM

L'ONAM est actuellement dans une situation de rupture de confiance avec son équipe technique et avec ses partenaires. Si l'Etat concrétise ses intentions, il est clair qu'à l'avenir des structures d'appui aux mutuelles de santé auront un rôle clé à jouer dans le développement de l'assurance maladie. L'avenir de la structure est actuellement entre les mains des élus de l'ONAM. En développant une vision et des stratégies à long terme et en agissant de manière cohérente et constructive (y compris vis-à-vis des autres acteurs du mouvement mutualiste), l'ONAM pourrait (re)devenir l'un de ces acteurs-clés.

A l'intention de PPSOGUI

1. **Trouver un mode efficace de gouvernance et fonctionnement collectif**. PPSOGUI a montré son utilité comme interlocuteur des autorités nationales et comme force de proposition. Par contre, PPSOGUI connait depuis sa création des problèmes liés à sa gouvernance, à la communication avec/entre les membres et à avancer de manière concrète sur les dossiers liés à la structuration du mouvement mutualiste et à l'harmonisation des outils et des pratiques. Ces problèmes semblent liés à la difficulté de dépasser les intérêts et logiques de chaque membre individuel, à la redevabilité des acteurs mutualistes (et structures d'appui) envers les projets qui les soutiennent (plus qu'envers les autres membres de la plateforme) et à la composition hétérogène de la plateforme, qui s'avère dans les faits plus un obstacle qu'un atout. En tirant les leçons du passé, un travail sur la composition, la gouvernance et le mode de fonctionnement collectif de PPSOGUI s'avère indispensable à un moment où, tant vis-à-vis des autorités nationales que vis-à-vis de la structuration du mouvement mutualiste, le rôle de PPSOGUI sera crucial.

2. **Appui au développement de capacités de PPSOGUI (au niveau institutionnel et au niveau technique).** Les années passées ont montré la difficulté de PPSOGUI de pouvoir travailler de manière effective sans « bras technique » pour contribuer à mettre en œuvre et suivre les orientations de la plateforme. PPSOGUI bénéficie déjà d'appui financier de la part des ONG belges WSM et Memisa et de la part d'ESSENTIEL. Cet appui devrait également permettre à PPSOGUI de développer les capacités de la plateforme et de ses membres au niveau technique (protection sociale, plaidoyer, etc.) et au niveau organisationnel (mode de gouvernance et de fonctionnement). Il est important que la gouvernance et les membres de PPSOGUI jouent un rôle moteur (source de proposition) pour identifier les besoins et les stratégies à mettre en œuvre en matière de développement de capacités. Pour ce faire, PPSOGUI devrait également veiller à agir en concertation transparente avec ses trois partenaires actuels tant en termes de visions, de stratégies et de planification technique et financière.

3. **Faire des alliances avec d'autres acteurs influents.** La composition actuelle de PPSOGUI est assez hétérogène. La présence de certains acteurs influents au niveau national (CNTG) est a priori un atout mais semble encore trop centré sur les préoccupations de ses propres membres et insuffisamment sur ceux des autres groupes (travailleurs et travailleuses de l'économie formelle et de l'économie informelle). Pour renforcer sa force de plaidoyer au niveau national, PPSOGUI devrait envisager de constituer des alliances (temporaires ou structurelles) avec d'autres acteurs influents au niveau national. Ces alliances (qui passeront aussi par de la sensibilisation et de la formation) permettraient d'élargir l'assise sociétale sur les questions de protection sociale et de renforcer et de diversifier en conséquence le travail d'influence politique envers les autorités nationales (Présidence, premier ministère, parlementaires, Ministère de l'action sociale, Ministère de la santé) et internationales (agences de développement).

4. **Renforcer le contenu du plaidoyer.** Le travail de plaidoyer de PPSOGUI devrait pouvoir bénéficier de l'apport de bases de données et d'études (existantes ou à faire réaliser) pour renforcer la capacité de propositions et d'argumentations sur la place et le rôle des mutuelles de santé dans les dispositifs nationaux de protection sociale ainsi que sur un certain nombre de préoccupations liées notamment à l'équité (couverture des populations ne disposant pas de capacités contributives) et au financement durable

des politiques de protection sociale (assiette fiscale, redistribution, allocation des ressources, génération de nouvelles ressources financières, etc.).

A l'intention de FMG

1. **S'investir dans le développement de la fonction de médecine-conseil.** Avec l'accompagnement d'ESSENTIEL, FMG s'est investi dans le développement de la fonction de médecine-conseil en Guinée et a été chargé de l'appui à cette fonction dans certaines phases du projet SPT. Dans la perspective du développement de l'assurance maladie en Guinée, il est clair que des compétences en médecine conseil seront utiles au service du mouvement mutualiste et de ses adhérents. De par sa nature associative et hybride dans le secteur de la santé, FMG devrait être un allié du mouvement mutualiste et poursuivre le développement de la fonction de médecine-conseil, tant avec ESSENTIEL et les partenaires du projet SPT qu'avec d'autres acteurs (Dynam, WSM et autres) qui pourraient y contribuer. Si un projet futur d'ESSENTIEL pourra contribuer à ce développement de capacités, il nous semble important que celui-ci ne se limite pas à ce projet mais plutôt que FMG en fasse un domaine d'action en ligne avec sa mission.

2. **Travailler en concertation avec ESSENTIEL sur la question de la qualité des soins.** Sans surprise, l'étude a montré que cette question reste problématique dans les centres de santé conventionnés avec les mutuelles de santé et que cela a un effet direct sur la dynamique d'adhésion aux mutuelles. Les auteurs de l'étude recommandent donc qu'ESSENTIEL et les partenaires d'un futur projet fassent de la qualité des soins un axe prioritaire d'action, notamment par un conventionnement privilégié et ciblé avec les structures privées (associatives ou à but lucratif) offrant des soins de qualité, un conventionnement plus strict avec l'offre de soins publique (notamment par l'intensification de la médecine conseil et un suivi plus strict des conventions) et un appui à l'amélioration des infrastructures/incitants à la performance vis-à-vis des mutuelles. Il est important qu'ESSENTIEL et le mouvement mutualiste puissent bénéficier de l'apport et des connaissances d'un acteur comme FMG pour envisager comment ces différentes pistes pourraient être mises en œuvre (critères de sélection, mécanismes de suivi, mise en place d'alternatives) et comment assurer que les adhérents aux mutuelles de santé puissent avoir accès aux médicaments qui leur sont prescrits.

A l'intention d'ESSENTIEL

1. Les auteurs de l'étude ont suggéré dans ce rapport trois axes d'action prioritaires pour une intervention future d'ESSENTIEL en Guinée. Ces trois axes portent sur 1/la structuration et professionnalisation du mouvement mutualiste à l'échelle préfectorale et régionale ; 2/une influence sur l'offre de soins offerte aux adhérents et 3/un appui au plaidoyer politique au niveau national. Les recommandations précédentes formulées à l'intention des acteurs guinéens donnent déjà des indications sur la mise en œuvre de ces trois axes.

2. Le défi majeur (et le paradoxe) d'une future intervention d'ESSENTIEL est que celle-ci devrait contribuer à ce que le mouvement mutualiste s'autonomise des relations qu'il a nouées depuis son émergence avec ESSENTIEL. La formulation des objectifs et

l'identification des stratégies d'une prochaine intervention devraient être guidée par ce souci. Le recours à des dispositifs de suivi-évaluation centrés sur les changements des acteurs (comme celui développé en 2013-2014 avec HIVA en utilisant la cartographie des incidences) pourrait également contribuer à rendre centrale cette préoccupation pour les acteurs appuyés et/ou partenaires d'une future intervention.

3. Comme partenaire technique et financier, ESSENTIEL peut contribuer à l'attention donnée à la protection sociale et aux mutuelles en Guinée en interpellant les bailleurs de fonds (français en particulier) et d'autres acteurs en appui (WSM, ANMC, coopération belge) sur les actions à mener, en concertation, pour appuyer le mouvement mutualiste et influencer, en concertation avec celui-ci, les autorités nationales guinéennes (le Ministère de la santé en particulier).

10. Annexes

10.1. Liste des personnes interrogées

En France	
Florian PERRUDIN	Directeur d'ESSENTIEL
Pierre-Yves TREHIN	Vice-Président d'ESSENTIEL
Jean CASSARD	Chargé de projets (Bénin)
Emmanuelle CAILLE	Ancienne Directrice de Nantes-Guinée
Béatrice DIALLO	Ancienne Directrice d'ESSENTIEL
François MELON	Président du CA d'ESSENTIEL
Jacques DENIS et Bernard BRANGER	Médecins bénévoles et administrateurs d'ESSENTIEL
François MELON, Pierre-Yves TREHIN, François RAIMBAULT, Joseph SOULARD, Marie-Jeanne OLIVIER, Anne VINCENT, Bernard BRANGER	Membres du CA d'ESSENTIEL
En Guinée	
Mesmin Emmanuel DOSSOU-YOVO	AT/ESSENTIEL
Mamadou Mouctar BAH	RAF/Directeur PI/ONAM
Alpha Amadou DIALLO	RPM
Mohamed KEITA	Médecin-Conseil (ONAM)
Faya Kitio TOLNO	Médecin-Conseil (ONAM)
Alpha Oumar Pathie BAH	ATM - Labé
Ousmane Tanou DIALLO	ATM - Lélouma
Alpha Oumar DIALLO	ATM - Dalaba
Aboubacar Sidiki KOULIBALY	ATM - Kindia
Mamadou Aliou DIALLO	ATM - Pita
Mamadou Malick BALDE	ATM - Télémélé
Mamadou Lamarana DIALLO	Coordinateur Zone (Kindia -Télémélé)
Amadou Mouctar Sala BAH, Mamadou Alimou BALDE, Aboubacar Marie CAMARA, Mme Ousmane DIALLO, Abdoulaye Billo BALDE	Conseil d'Administration de l'ONAM
Thierno Ibrahima DIALLO et Mme Mamadou Lamarana SOW	Commissariat aux comptes ONAM
Mr. Mouctar Salah BAH	Président du CA de l'ONAM
Aïssatou Barry, Mamadou Malia BAH, Mamadou Adama BALDE, Représentant CNTG	Secrétaire Générale de Dynam et Présidente de PPSOGUI Membre du CA de PPSOGUI Membre du CA de PPSOGUI

Ousmane DIALLO, Trésorier du REMUFOUD et Président de la mutuelle préfectorale de Labé) Elhadj Abdoulaye SOW, Secrétaire Organisation/communication du REMUFOUD et Président de la Mutuelle Préfectorale de Dalaba) Fatoumata DIALLO, secrétaire administrative du REMUFOUD et déléguée de la section de la mutuelle Universitaire/affiliée de la mutuelle de Labé) El Hadj Ibrahima DIALLO, Président de la Mutuelle Préfectorale de Pita et Président du REMUFOUD.	Conseil d'Administration du REMUFOUD
Dr. Abdoulaye SOW	Directeur de FMG
Dr Sékou Ditinn CISSE	Directeur des établissements sanitaires – Ministère de la Santé et Président de Dynam
Mr BLANCHARD, Dr BAH	Centre de Santé Associatif de de Tata (FMG)
Moussa TRAORE	Directeur National de l'Action Sociale du Ministère de l'Action Sociale
En Belgique	
Fabien Habimana	Chargé du partenariat (Guinée) de l'ONG WSM

10.2. Bibliographie

Littérature

Boidin B. (2012), Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique: les leçons de l'expérience sénégalaise. Économie publique, January;28-29:47-70.

Bossyns P., Ladrière F., Ridde V., (2018), Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne - Six ans d'expérience au Sénégal rural, 2012 – 2017, Studies in Health Services Organisation & Policy, 34, 2018.

Chemouni B. (2018), The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. World Development,106:87-98.

De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R. (2006), "To enrol or not to enrol?": A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. Social Science & Medicine 2006 March;62(6):1520.

De Allegri M1, Sauerborn R, Kouyaté B, Flessa S. (2009), Community health insurance in sub-Saharan Africa: what operational difficulties hamper its successful development? Trop Med Int Health.May;14(5):586-96.

Deville C., Fecher F., Poncelet M., (2018), Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal, Rencontre des Etudes Africaines en France (REAF) – Marseille - Juillet 2018 Panel « Les chantiers de la santé en Afrique : répétition de scénarios déjà vus ou véritables dynamiques nouvelles ? ».

Ekman B. (2004), Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. Health Policy and Planning;19(5):249-70.

Fonteneau B. & Van Ongevalle J. “Redistributive Social Protection, mapping study”, BeFinD Working Paper 1

Fonteneau B. (2015) "Extending social protection in health through SSE: possibilities and challenges in West Africa", In: Social and Solidarity Economy: Beyond the Fringe. Utting P.(eds.) Zed Books (London).

Fonteneau B. Vaes S. & Van Ongevalle J. (2015), "Towards redistributive social protection? Insights from Senegal and Morocco", BeFinD Working Paper 21.

Fonteneau B., Vaes S. & Huyse H. (2013), "Social Protection at the Top of the International Agenda: Issues at Stake from a Civil Society Perspective", HIVA-KU Leuven Discussion Paper (Leuven)

Gautier et al., (2005), L’Union des Mutuelles de Guinée Forestière, Guinea Forestière, Groupe de Travail du CGAP sur la Microfinance, Bonnes et Mauvaises Pratiques, Etude de Cas n° 17

Ndiaye P. Kaba S., Kourouma M., Barry A.N, Barry A. & Criel B., (2008), Les MURIGA en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l’accouchement, Studies in HSO&P, 25, IMT, 2008

Ouattara O. & Ndiaye P. (2017), Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal, MASMUT.

Sow O. (2017), Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé: Étude de cas sur les expériences du Sénégal. FPS/USAID.

Sow A.T. (2003), Inventaire des systèmes d’assurance maladie en Afrique Rapport de la Guinée, La Concertation, Dakar.

Vaes S., Van Ongevalle J. & Fonteneau B., (2016), Civil society contributions to strong social protection. The role of civil society organisation in developing and maintaining strong national social protection systems”, Research commissioned by 11.11.11, HIVA-KU Leuven (2016)

Verbrugge B., Ajuaye A. & Van Ongevalle J., (2018), Contributory social protection for the informal economy? Insights from Community-Based Health Insurance (CBHI) in Senegal and Tanzania, Working Paper 26, HIVA/BeFind.

Documents relatifs au projet Santé Pour Tous (2002-2019)

- Documents du projet Santé pour Tous - 2002-2004
- Documents du projet Santé pour Tous - 2005-2008
- Documents du projet Santé pour Tous - 2009-2012
- Documents du projet Santé pour Tous - 2013-2016

- Documents du projet Santé pour Tous - 2016-2019
- FMG/ESSENTIEL, 2012, Etude d'impact des activités du projet santé pour tous de Nantes Guinée sur l'accessibilité des mutualistes aux structures de soins et à l'amélioration de leur santé, Labé.
- Fonteneau B. & Ouattara O. (2005), Rapport d'évaluation externe du projet Santé Pour Tous, Nantes/Guinée/F3E.
- Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, (2016), La Guinée en Chiffres, Institut National de la Statistique, République de Guinée.
- Montier S. (2008), Processus d'autonomisation des mutuelles de santé du projet « Santé pour tous», Rapport final de mission, Nantes Guinée.
- Projet Santé pour Tous (2014), Manuel du dispositif de suivi-évaluation – projet Santé Pour Tous: (2013-2016) Version finale (automne 2014), HIVA/ESSENTIEL/F3E.
- Projet Santé pour Tous, (2016-2019), Conventions entre les partenaires.
- Projet Santé pour Tous, 2005 Rapport final 2005
- Projet Santé pour Tous, 2013, Rapport final 2009-2012
- Projet Santé pour Tous, 2016, Rapport d'évaluation interne.
- Projet Santé pour Tous, 2016, Rapport final 2013-2016
- Projet Santé pour Tous, 2016, Rapport intermédiaire 2013-2016
- Projet Santé pour Tous, 2017, Rapport intermédiaire 2016-2019
- Système d'Information et de Gestion (adhésions, prestations et comptabilité), 2017 et 2018.
- UTM/Nantes-Guinée, 2011, Enquête de satisfaction des mutualistes, rapport général, Nantes-Guinée.
- Vanderhulst P. & Olou R. H., (2012), Rapport d'évaluation externe du projet Santé Pour Tous, Rapport final TOME I – 347Ev, ESSENTIEL/F3E, Mai 2012.

10.3. Note méthodologie de l'étude (document séparé disponible sur demande à ESSENTIEL)