

LIVRET DE SENSIBILISATION



- LE MARKETING SOCIAL
- LE CONTROLE SOCIAL
- LA MEDECINE-CONSEIL
- L'EQUITE D'ACCES
- LA QUALITE DES SOINS

DANS LES MUTUELLES
SOCIALES

5 FICHES POUR S'OUTILLER SUR LES TECHNIQUES, LEVIERS ET ENJEUX DE RENFORCEMENT DES MUTUELLES

RETOUR SUR L'EXPERIENCE DU PROJET COORDINATION DES ACTEURS-ICE-S POUR LA
PROMOTION DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE (CAP CSU) mené par
ESSENTIEL au Bénin et en Guinée



*Une capitalisation
accompagnée par :*



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
ELEMENTS DE CONTEXTE.....	3
LE MARKETING SOCIAL	5
LE CONTROLE SOCIAL	11
LA MEDECINE-CONSEIL	16
LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS.....	20
L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS.....	24
QUELS ENSEIGNEMENTS GENERALISABLES ET QUELLES RECOMMANDATIONS ? ...	28

INTRODUCTION

Ce livret se propose de mettre à disposition de tout lecteur intéressé la somme d'expérience acquise durant le projet CAP-CSU et documentée à travers une capitalisation récente.

La capitalisation portait sur 5 objets précis qui font partie des nouveaux enjeux de professionnalisation des mutuelles sociales :

- le marketing social,
- le contrôle social,
- la médecine-conseil,
- les inégalité d'accès aux soins,
- et la qualité des soins.

Le projet CAP-CSU a pour particularité d'être déployé sur 2 pays assez différents du point de vue des contextes politiques autant que de la socio-anthropologie : la Guinée et le Bénin.

ELEMENTS DE CONTEXTE

Les enjeux d'une professionnalisation des mutuelles

Le processus de mise en place de mutuelles de santé et de structuration de ces mutuelles 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 actrices dans le secteur de la santé, structuration de ces acteurs.trices et plaidoyer vis-à-vis des autorités sanitaires et politiques au niveau local et national).

Les 3 dimensions de l'appui aux mutuelles :
- le communautaire
- le technique
- le politique

Historiquement c'est surtout la première dimension qui a été l'objet d'attentions, surtout de la part d'acteurs.trices qui concentraient leur action sur une 'sensibilisation-recrutement'¹ annuelle de cotisants avec quelques appuis à la structuration essentiellement en renforcement de capacités gestionnaires et administratives portés par la « culture projet »². Les questions plus médicales et assurantielles étaient moins investies. Il en était de même de la dimension politique, si ce n'est à travers la mise en place d'ONG d'envergures nationales en appui aux mutuelles et pouvant s'engager dans du plaidoyer pour défendre les intérêts des mutuelles vis-à-vis de l'Etat.

Depuis de plus en plus d'études ont montré que l'assurance maladie à base communautaire (AMBC) telle que développée par les mutuelles locales n'est pas efficace, que l'impact sur la population est faible, mais qu'elles peuvent avoir un impact positif en termes de construction institutionnelle et de mise en place d'une gouvernance plus équilibrée dans le système de santé (Kestemont 2020). Surtout les mutuelles communautaires de base, locales, ne sont pas en mesure d'assurer leur propre pérennité et croissance, dans un contexte de « **rareté des ressources, de volatilité de l'aide étrangère et de faible capacité contributives des communautés** » (Ridde 2021³)

Depuis 10 ans, des expériences montrent cependant qu'il est possible de renforcer l'efficacité des dispositifs existants en **concentrant les efforts à des niveaux stratégiques** (commune ou département) et en **amenant l'Etat à financer une partie significative des cotisations**.

C'est tout l'objet du projet CAP-CSU.

¹ Sensibilisation basée essentiellement sur le recrutement de nouveaux adhérents et s'intéressant très peu à ceux qui quittent la mutuelle.

² Mettant l'accent sur le Financement Basé sur les Résultats encore très valorisé mais dont peu d'études sérieuses viennent confirmer la validité (Ridde 2021, p.744) .

³ Ridde, V., ANTWI A.A., Boidin B., Chemouni B., Hane F., Touré L. 2021 27. Les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'Ouest , pp. 771-791 in Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne. Éditions science et bien commun, 843 p.

Le projet CAP-CSU

Le projet a précisément pour ambition d'articuler les dimensions considérées aujourd'hui comme névralgiques pour le développement des mutuelles en Afrique sahélienne :

- **la concentration des compétences à des niveaux stratégiques** (commune ou département)
- **la professionnalisation dans l'assurance maladie** (du marketing à la qualité des soins en passant par la médecine-conseil)
- **le renforcement des cadres de concertations locaux**
- **le renforcement des faitières de mutuelles sociales**
- **le renforcement des cadres de concertation à l'échelle nationale** avec les services publiques

La concentration des compétences à l'échelle de la Commune ou du Département : une condition de la professionnalisation

Ces objectifs ayant un peu évolué d'une phase à l'autre comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 1 : Objectifs du CAP-CSU selon ses deux phases

	PHASE 1 (01/01 2020 au 31/12/2022)	PHASE 2 (01/11/2023 au 30/09/2026)
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none">• Renforcer les espaces de dialogue et de concertation entre le mouvement mutualiste et les pouvoirs publics• Accompagner la professionnalisation, la structuration du mouvement mutualiste et l'harmonisation de ses pratiques• Capitaliser et partager les expériences et les bonnes pratiques avec tous les acteurs.trices	<ul style="list-style-type: none">• L'engagement conjoint des OSC et des pouvoirs publics a permis l'amélioration du cadre social et légal• La viabilité des organisations mutualistes est renforcée• La qualité des services de santé est améliorée

Le projet est pensé et mis en œuvre par ESSENTIEL, ONG spécialisée dans le domaine de la santé communautaire et des mutuelles.

Les équipes déployées dans les deux pays comprennent :

- un chef de projet (commun aux deux pays)
- un assistant technique santé/protection sociale
- un chargé de la mobilisation sociale
- un médecin/infirmier conseil
- un.e assistant.e administratif.tive et financière

Un dispositif relativement léger donc pour assurer le travail sur des aires géographiques et un nombre de mutuelles de base assez important comme on peut le voir sur les cartes suivantes.



Figure 1 : Situation géographique des mutuelles concernées par le CAP-CSU

FICHE 1

LE MARKETING SOCIAL

Le marketing social dans les mutuelles concerne de manière générale l'utilisation des techniques de marketing pour promouvoir des comportements bénéfiques pour la santé et le bien-être des adhérent.e.s, ainsi que pour renforcer la cohésion sociale au sein de la mutuelle. Il s'agit d'une approche qui va au-delà de la simple vente de produits ou services (marketing économique) et vise à influencer positivement les comportements des individus, tout en s'appuyant sur les principes de solidarité et de mutualisation propres au modèle mutualiste.

Le marketing social mutualiste poursuit habituellement les objectifs suivants:

Augmenter l'adhésion

par l'attraction de nouveaux membres
par la fidélisation des adhérents existants en mettant en avant les valeurs et les avantages de la mutuelle,...

Favoriser la bonne utilisation des services

S'assurer que les membres utilisent pleinement et correctement les prestations offertes par la mutuelle (consultations, médicaments, etc.)

Améliorer l'accès aux soins et la prévention

par l'encouragement des adhérents à adopter des comportements sains
par l'information sur les services proposés
par la simplification des démarches administratives et un travail sur la compréhension des garanties,...

Renforcer la cohésion sociale

par un travail sur le sentiment d'appartenance à la communauté mutualiste
par l'entraide entre les adhérents, ...

Les questions que se posaient les mutuelles étaient très pragmatiques :

- Que faire pour atteindre plus de gens et pour avoir plus d'adhérent.e.s ?
- Que faire pour régler les problèmes de santé à moindre coût et en temps réel ?
- Quel produit pour quel public cible ? Quelle communication pour quel public cible ?



u'est-ce qui justifiait cet effort particulier de Marketing Social en Guinée et au Bénin ?

Dans le projet CAP CSU, l'enjeu en Guinée et au Bénin, concernait la reprise de mutuelles qui n'avaient plus de financements et qui connaissaient beaucoup de difficultés. Ceci afin de faire la démonstration des possibles en situation réelle !

La liste des doléances est longue, justifiant un tel investissement dans le marketing ...

Liste des doléances

- Au départ la mutuelle n'était pas bien comprise par la population par manque d'harmonisation des messages véhiculés par les acteurs.trices mutualistes.
- Insuffisance d'outils de communication..
- De mauvaises expériences antérieures de collaboration entre des structures d'appui et la population ayant entraîné des sentiments de réticences vis-à-vis des mutuelles.
- La qualité de l'offre de soins faisait défaut surtout au niveau de l'accueil, car les autorités sanitaires n'étaient pas impliquées.
- La prescription abusive de médicaments pour les non mutualistes entraînait un effet de jalousie chez les mutualistes. Ce qui contribuer à réduire la fidélisation des mutualistes.
- La rupture des médicaments.

...

Q

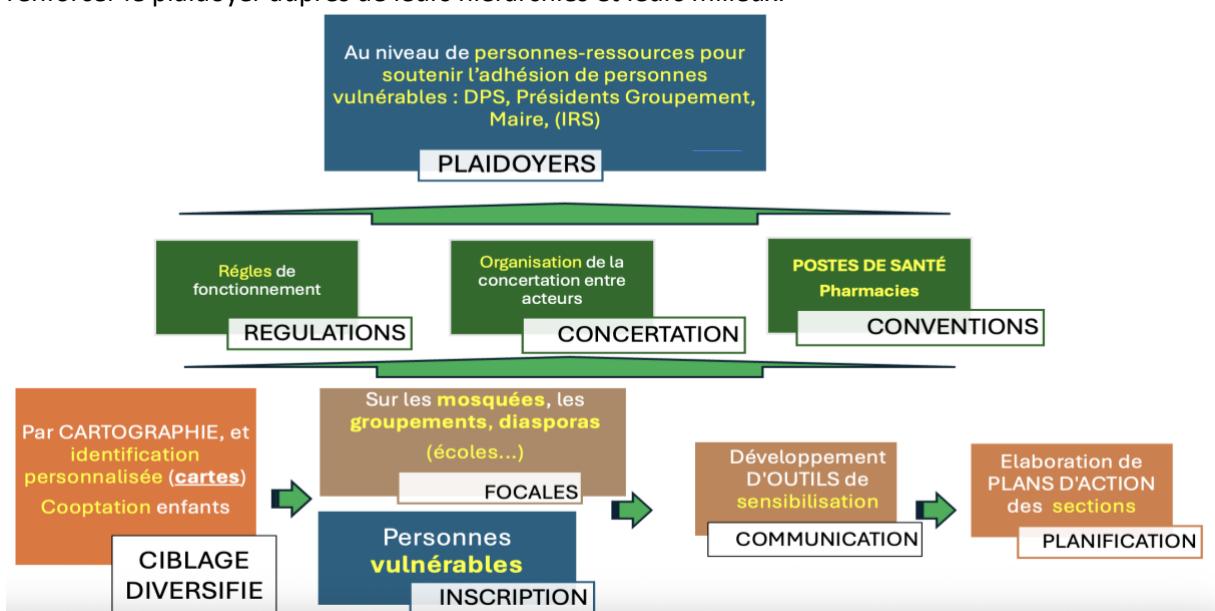
U'est-ce qui a été mis en œuvre ?

La stratégie générale procède d'une démarche itérative fondée sur un meilleur « ciblage », de meilleures « focales », permettant une communication plus élaborée et une meilleure planification des actions de sensibilisation-mobilisation.

Au niveau intermédiaire, la mise en place de cadre de concertation avec les principaux acteur.ice.s de la santé, des mutuelles, et la définition de règles et de conventions avec les mutuelles.

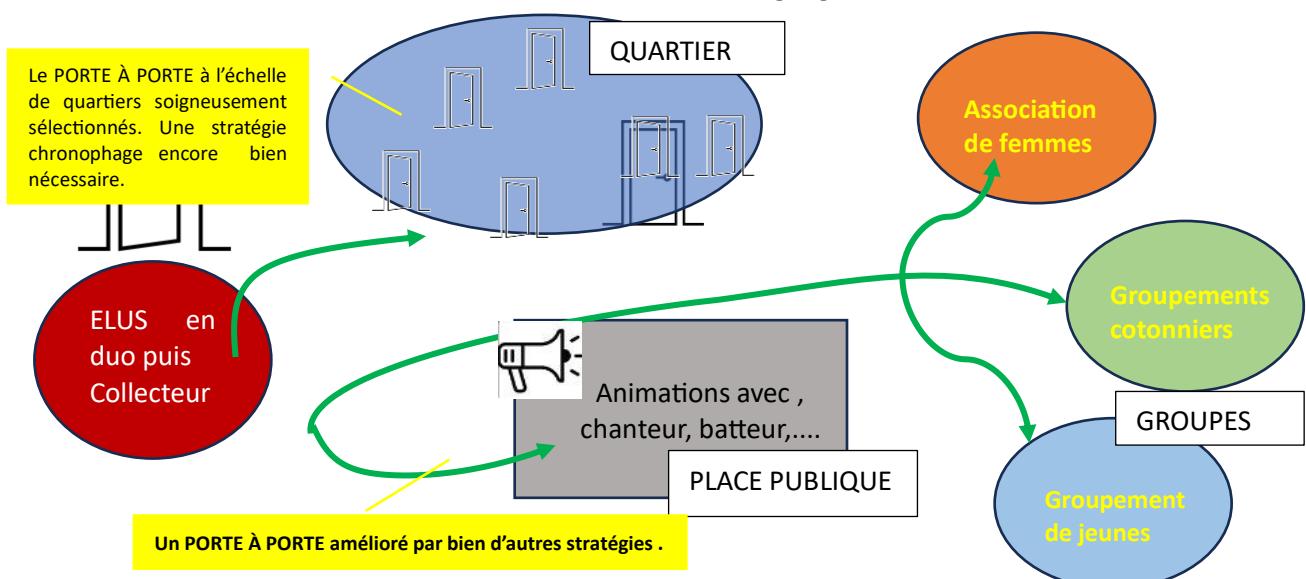
Enfin, la mobilisation de personnes plus stratégiques dans la communauté (Présidents de groupements, maires- délégués de la transition, leaders de communauté, chefs religieux, Directeurs Provincial de la Santé...) pour renforcer la sensibilisation-mobilisation, et pour renforcer le plaidoyer auprès de leurs hiérarchies et leurs milieux.

*De l'importance
d'une bonne
stratégie de
« ciblage » dès le
départ !*



La communication s'en trouvera particulièrement renforcée notamment par : la sensibilisation de porte à porte; la sensibilisation de groupes organisés (coopératives, groupements de femmes...), la sensibilisation de masse à l'occasion de cérémonies et de sacrifices.

Cette stratégie peut être enrichie par différentes formes de communication : information d'abord, recueil des adhésions ensuite. La communication va surtout se développer à travers différents chemins et cibles, en mobilisant les élu.es et des "gongoneurs" :





Quelles appréciations des mesures prises ?

En termes de règles et de normes les mutualistes, les acteur.ice.s (mutualistes, agents de santé) font tout particulièrement ressortir l'importance d'une harmonisation des services des mutuelles à travers :

- L'instauration de l'adhésion obligatoire de cinq membres par famille ;
- Le délai d'un mois entre l'inscription et l'accès aux soins pour faciliter l'organisation
- L'Instauration et l'harmonisation d'un ticket modérateur (carnet de consultation à 3 000 GNF en Guinée ; et de 100 à 500 FCFA au Bénin⁴)
- L'Extension de la validité des cotisations à 12 mois pleins
- La négociation d'échéances pour l'envoi et le traitement des factures des Centres de Santé (règles servant ensuite au travail du médecin-conseil)
- L'adoption d'une stratégie de cooptation ciblée d'enfants non adhérents, pour inciter les familles à inscrire l'ensemble de leurs enfants.

L'harmonisation des règles de délivrance des services des mutuelles comme de la Santé !

A noter surtout, dans les deux pays, la **concentration** des efforts au niveau communal (Unions de mutuelles communales au Bénin) ou départementale (Mutuelles de Santé Préfectorales en Guinée). Concentrer les renforcements de compétences afin de (1) permettre une meilleure **harmonisation** des pratiques des différentes mutuelles locales et (2) faciliter la **concertation** avec des acteurs.trices importants, en particulier les services de santé.

Un renforcement de capacités concentré à des échelles stratégiques !



Quels trucs et astuces ?

L'instauration de cartes individuelles plutôt que de carnets de famille !

L'instauration de cartes individuelles est une innovation reconnue comme importante particulièrement du côté des mutualistes. Le carnet familial est remplacé par une carte individuelle que le mutualiste porte autour du cou lorsqu'il se présente au centre de santé. La carte permet surtout de lutter contre les fraudes et les risques à l'échelle familiale de sélection adverse (risque de déséquilibre financier de la mutuelle lorsqu'une certaine proportion

de familles ont pour tactique chaque année de n'inscrire que les membres de la famille les plus en mauvaise santé). Du coté des agents de santé, on peut trouver encore quelques réfractaires à ce dispositif car il oblige à certains 'égards', et nécessite plus de tâches lors de la prise en charge du « patient ».

Le ciblage permet de mieux comprendre les différentes réalités des groupes concernés et à adapter les messages ou certaines tactiques en fonction des contraintes particulières. Ainsi certaines mutuelles ont adapté leurs pratiques en organisant des rendez-vous pour récolter les cotisations dans la **période de paiement de l'argent du coton** chez les organisations de cotonniers (Bénin). Dans d'autres mutuelles un lien est établi entre le mécanisme de **tontine** habituellement pratiqué par les groupements et les cotisations à la mutuelle permettant de faciliter le regroupement des fonds à la date convenue. Ailleurs encore (Guinée) la diaspora est sollicitée et intervient de plus en plus dans l'inscription des familles aux mutuelles.

En termes de Genre, la carte individuelle rompt avec la pratique d'une inscription par carnet familial géré par le père de famille et permet une meilleur accès aux femmes.

⁴ Le carnet de consultation au Bénin diffère d'un centre de santé de niveau arrondissement (100FCFA) à un centre de santé de niveau communal (500 FCFA). La carte de mutualiste est conçue sans frais à l'adhésion avec l'apport du projet CAP-CSU.

Q u'est-ce que les acteurs et actrices en pensent ?

Les mutualistes de Guinée expriment un taux de satisfaction estimé à plus de 90 % concernant les améliorations apportées dans le marketing réalisé par les mutuelles. Parmi les propositions d'amélioration les plus importantes sont les suivantes :

- Implication accrue des radios rurales dans la communication et la promotion du système mutualiste.
- Formaliser des partenariats (conventions) entre les mutuelles et les pharmacies locales pour garantir l'accès aux médicaments même en cas de rupture dans les centres de santé.
- Renforcer la participation communautaire au suivi de la qualité des services.
- Impliquer les élu.es dans l'évaluation continue des pratiques et des résultats des mutuelles.
- Création d'une pharmacie dédiée aux mutualistes.

Une satisfaction évidente par rapport aux avancées, qui n'empêche pas des propositions d'amélioration

Au Bénin, le taux de satisfaction apparaît être du même ordre. Les suggestions supplémentaires vont dans le sens de déléguer une part du marketing social – c'est à dire l'action consistant à chercher à convaincre d'autres personnes de rentrer dans les mutuelles – à des pères de famille, à des femmes dans les groupements, à des responsables de groupements, à des enseignant.e.s dans les écoles. Certaines usagères rencontrées, membres de groupements, disent déjà le faire auprès de leurs consœurs dans les groupements.

Une fonction mieux répartie dans la communauté et chez les autorités locales

Les élu.es surtout évoquent le fait qu'ils ont beaucoup d'idées et d'ambitions pour augmenter le nombre de mutualistes mais que le manque de moyens et une certaine fatigue à le faire aux conditions de « bénévolat » les en empêchent.

Quels principaux enseignements retirer ?

BENIN



QUESTION

Ce qui a le plus marché

Le marketing au niveau des **groupements de femmes**. Car les membres de ces groupements participent spontanément au marketing en informant surtout les femmes enceintes des avantages qu'elles ont en adhérant.

L'utilisation de la **tontine** des groupements afin de répartir mensuellement le coût de cotisation annuelle à la mutuelle et donc d'alléger l'effort des cotisants.

L'application d'une **réduction sur les adhésions de masse** au niveau des groupements

Ce qui a moins bien marché

Les autorités administratives restent faiblement impliquées dans la promotion de la mutuelle.

La **mobilisation régulière** des acteurs dans un cadre de concertation (à l'échelle locale ou nationale) ne se fait pas sans moyens relativement importants

GUINÉE



QUESTION

Ce qui a le plus marché

L'intégration de la pharmacie dans le conventionnement.

L'harmonisation des outils de communication

La sensibilisation dans les mosquées.

La mise en place des cartes individuelles.

Le suivi rigoureux des prescriptions pour les mutualistes.

La prise en charge abordable de maladies courantes comme le paludisme pour la famillole.

La possibilité pour les mutualistes de faire appel aux élu.es en cas de litige dans leur prise en charge.

L'implication active des ressortissants(diaspora dans l'adhésion de leurs communautés.

Le renforcement des capacités des élus mutualistes pour améliorer la stratégie de sensibilisation.

Ce qui a moins bien marché

La persistance de la réticence de certaines personnes vis-à-vis de la mutuelle due à un problème de confiance.

La sensibilisation porte à porte a moins marché. Elle consomme plus de temps et entraîne moins de résultats.

L'adhésion via les groupements n'a pas permis d'élargir la couverture aux familles des membres

LE CONTROLE SOCIAL

L e contrôle social dans les mutuelles concerne traditionnellement la lutte contre la fraude sociale, le respect des règles de la sécurité sociale, le respect des obligations, et la gestion des remboursements de soins de santé et des indemnités. Il est en Europe assuré par des agents spécialisés.

En Afrique il ne repose pas seulement sur les agents de mutuelles, mais est plus réparti entre les différentes catégories d'acteur.ice.s et à l'intérieur des communautés. Une question importante à cet égard est celle des différences dans l'importance des communautés dans la vie politique et sociale d'une région à une autre.

Selon le degré d'homogénéité et de structuration des communautés les dimensions de contrôle, de réciprocité seront renforcées ou au contraire affaiblies. De manière générale, et en retenant une perspective un peu extensive de la cohésion sociale, on peut considérer qu'elle touche aux dimensions suivantes⁵ :

La participation des membres

Les mutuelles de santé en Afrique, souvent ancrées dans les communautés, favorisent la participation des membres à la prise de décision, à la gestion des cotisations et à la sélection des prestataires de soins

Le contrôle de la qualité

Les mutuelles peuvent établir des conventions avec les prestataires de soins pour contrôler la qualité des services offerts, assurant ainsi que les prestations sont fournies selon les besoins des membres et non uniquement selon leurs contributions financières, selon l'Organisation Internationale du Travail

La solidarité et l'équité

Les mutuelles sont souvent basées sur des principes de solidarité, où les membres partagent les risques financiers et où les prestations sont servies selon les besoins de chacun, favorisant l'équité

La Gouvernance locale

Les mutuelles favorisent souvent la gouvernance locale en impliquant les communautés dans la gestion des structures de santé et la prise de décision

⁵ Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place: manuel de formateurs. Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Département de la Sécurité sociale, 2000.



Q u'est-ce qui justifiait cet effort particulier de contrôle Social ?

Le recours au contrôle social s'est imposé dans les deux pays comme une réponse nécessaire à plusieurs problèmes récurrents observés dans la gestion des mutuelles de santé.

Liste des difficultés

Multiplication des cas de fraude dans la prise en charge des mutualistes.

Utilisation frauduleuse de cartes d'adhésion expirées.

Surutilisation des services par certains mutualistes (recours excessif, fréquentation simultanée de plusieurs structures).

Rétention d'informations importantes sur les parcours de soins de la part des usager.ères, empêchant les élu.es d'identifier les dysfonctionnements.

Désinformation parfois véhiculée par les prestataires de santé, induisant des perceptions erronées chez les mutualistes.

Ces difficultés révélaient un déficit de régulation, de redevabilité et de transparence, affectant la qualité du service et la confiance dans les mutuelles.

Avant l'intervention structurée du projet, on pouvait noter quelques tentatives de contrôle social informel basées sur des vérifications ponctuelles effectuées sur un nombre limité de mutualistes vivant à proximité des bureaux des élu.es. Cela reposait cependant sur une absence de base de données complètes et le manque de contact téléphonique rendant difficile tout suivi systématique. L'absence d'outils formalisés ne permettait pas de tirer des enseignements ou de documenter les pratiques de manière rigoureuse.

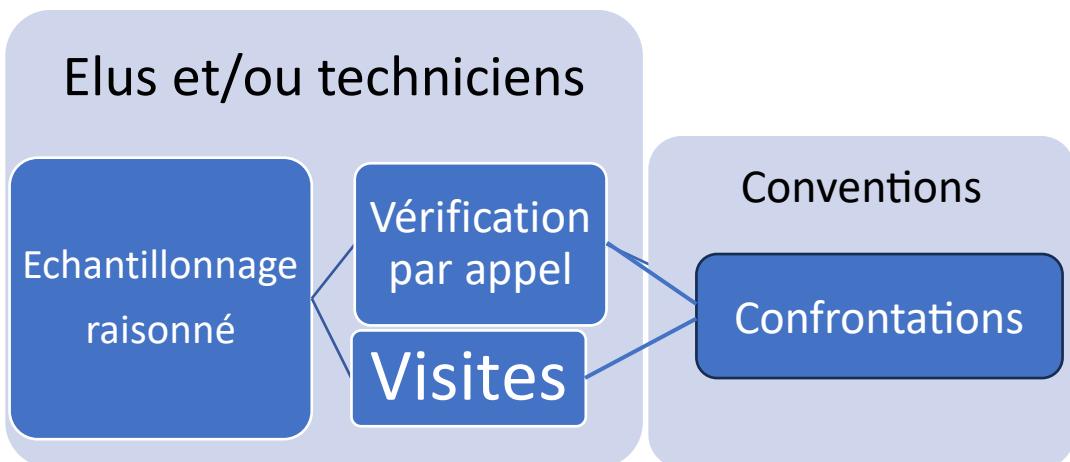
De l'importance de formaliser les procédures de contrôle

Au Bénin, les mutualistes (élu.es et usager.ères) comme les agents de santé évoquent en plus de ce qui précède le manque de connaissance des procédures pour expliquer les fraudes et dysfonctionnements.



Q u'est-ce qui a été mis en place ?

Le contrôle social s'est articulé autour d'un processus d'échantillonnage et de vérification croisée des élu.es et/ou des techniciens, auprès des mutualistes essentiellement par téléphone et visites :



- Enquêtes périodiques sur base d'un échantillonnage raisonné d'environ 10 attestations de soins par mois, basé sur des critères de coût des médicaments et des examens.
- Vérification par appel téléphonique ou visite à domicile pour confirmer l'effectivité de la prestation reçue et la nature des échanges avec les prestataires.
- Confrontation entre les informations contenues dans les attestations de soins, les conventions signées avec les prestataires et les témoignages des usager.ères.

Assez vite sont apparues des limites liées au manque de moyens autant qu'à l'absence d'un guide formel ou de canevas d'enquête rendant la démarche dépendante d'initiatives individuelles peu reproductibles :

- Des erreurs de calcul dans la facturation des soins ou des attestations mal remplies par les prestataires, entraînant des frictions entre usager.ères et personnes chargées du contrôle social.
- Un faible engagement des élu.es mutualistes lié au manque de moyens et à l'absence de reconnaissance ou de motivation (principe du bénévolat)
- L'absence de rapportage spécifique ou de suivi analytique des actions de contrôle social.



Q uels trucs et astuces développés pour améliorer ?

Il s'agit surtout des actions mises en place en Guinée où l'on possède plus de recul sur l'expérience :

- Utilisation de blocs-notes pour la collecte manuelle des données.
- Introduction d'un canevas harmonisé pour les rapports trimestriels de la mutuelle.
- Renforcement de l'usage du dialogue comme levier de sensibilisation et de gestion des plaintes.

Le Bénin a pu bénéficier d'une partie de ces ajustements, en particulier de l'institutionnalisation d'un dialogue plus systématique en interne aux mutuelles et l'amélioration des vérifications par les élu.es des mutuelles locales stimulées et supervisées par les élu.es des Unions Communales à travers des enquêtes périodiques. De manière générale le contrôle social s'est en grande partie reposé au Bénin sur les élu.es des Unions de mutuelles, les animateurs et, indirectement, à travers la forte présence de l'infirmier-conseil qui participait aux cadres de concertation.

Q

uelles appréciation par les acteurs.trices de ce qui a été fait ?

De l'importance de faire le contrôle en relation avec les Centres de Santé

Au Bénin, les élu.es mutualistes relèvent surtout les faits suivants :

- Les coordonnées (« contact ») des élu.es mutualistes figurent sur les cartes de chaque mutualiste permettant un appel immédiat en cas de difficultés ;
- Les élu.es mutualistes font des enquêtes sociales périodiques et/ou spontanées pour s'enquérir des impressions des bénéficiaires pour donner suite aux soins reçus (la sélection se fait sur la base des attestions de soins) ;
- Les plaintes reçues en cas de mauvais accueil sont gérées par une descente des élu.es mutualistes dans le centre de santé concerné avec interpellation du.dela chef.cheffe de poste du centre de santé ...

Les agents de santé, quant à eux, expriment à la fois ce que cela génère comme contraintes pour eux, tout en reconnaissant les acquis :

- Les factures sont réclamées par les animateurs des mutuelles déjà le 25 de chaque mois en cours ;
- Les paniers de soins des mutuelles ne sont pas bien maîtrisés par certains centres de santé ce qui conduit à des irrégularités sur les factures ;
- Des séances sont organisées pour harmoniser les informations au niveau du staff des centres de santé pour éviter les fraudes.

Les usager.ères mutualistes font ressortir des éléments différents selon le genre :

- Les femmes remettent les attestations à leurs maris pour une vérification, pour le contrôle de ce qui a été prescrit ;
- « *Les agents de santé ne nous reçoivent pas des fois comme ça se doit, car ils trouvent que le remplissage des attestations est un travail supplémentaire pour eux* » (quelques femmes) ;
- “*Pour le contrôle de ce qui a été facturé, nous ramenons les feuillets d'attestation de soin remis aux élu.es mutualistes du village* » (un homme)

On peut remarquer au Bénin un contrôle social qui se fait également à l'intérieur des familles par le père de famille.

A plusieurs reprises des difficultés ont cependant encore été évoquées par les usager.ères et usagères en termes **d'accueil** au Bénin comme en Guinée. Ce problème est reconnu par les chef.cheffe.s de poste de santé mais diffère fortement selon le statut des infirmiers (prestataires ou nommés). Il y a là un problème bien plus général à bien comprendre : le manque d'effectifs dans les centres de santé de base oblige à recourir à des prestataires qui ne sont là que pour un ou deux ans, généralement dans le cadre de stages. Le fait que les mutations sont décidées par le niveau national et non par le local accentue encore le problème en obligeant à reproduire d'année en année l'information-formation des agents de santé et leur sensibilisation aux mutuelles.

Bien des infirmiers et infirmières rencontré.es (surtout au Bénin) témoignent de l'importance du contrôle social à la fois sur le mutualiste et par répercussion sur le service. Plusieurs évoquent avec force un lien entre l'amélioration du nombre d'affilié.es à une mutuelle, la fréquentation du service et les recettes du centre de santé.

Quels enseignements généraux ?

Le contrôle social apparaît très important pour rassurer les mutualistes en cas de difficultés. Il doit se passer d'abord en interne à la mutuelle, dans le rapport entre élu.es et cotisants, là où la confiance apparaît indispensable (et fragile). Puis il peut s'étendre à d'autres actrices (leaders communautaires, élu.es communaux, agents de santé...) qui auront été formés aux principes mutualistes.

Le contrôle comme moyen de renforcer la confiance ?!

Plus rare, il apparaît toutefois est très important aussi pour rappeler aux mutualistes leur cotisation tous les ans. Beaucoup ne paient pas, pour différentes raisons tout en restant dans la mutuelle (ne ressentent pas la nécessité, ont d'autres priorités économiques, oublient) mais un simple rappel suffirait à éviter les baisses de cotisations.

Quelles recommandations essentielle pour la réussite du contrôle Social ?

- Impliquer formellement les élu.es mutualistes dans la mise en œuvre du contrôle social, en les dotant de ressources minimales (transport, outils de collecte, primes de motivation).
- Constituer une équipe dédiée au contrôle social dans chaque section, composée d'un animateur et d'un élu.
- Développer et diffuser un guide méthodologique du contrôle social, assorti de fiches standard de collecte, de suivi et de rapportage.
- Prévoir des sessions de formation régulières sur les techniques d'enquête, la redevabilité et la gestion des plaintes.
- Encourager un cadre de concertation entre usager.ères, prestataires et mutuelles pour discuter des résultats du contrôle social.

LA MEDECINE-CONSEIL

FICHE 3



En Afrique, la médecine conseil dans les mutuelles fait référence au rôle du médecin, souvent au sein d'une mutuelle de santé, qui conseille et évalue les demandes de prestations de soins, notamment en matière de remboursement et de prise en charge des frais médicaux. Il peut également jouer un rôle dans la prévention et l'éducation à la santé, ainsi que dans la gestion des risques au sein de la mutuelle.

De manière générale on peut reconnaître les dimensions suivantes :

L'évaluation des demandes de prestations

Le médecin conseil examine les demandes de remboursement de soins de santé présentées par les membres de la mutuelle, vérifiant la conformité avec les règles et garanties de la mutuelle

La gestion des risques

Aide à identifier et à prévenir les abus, les fraudes ou les dépenses excessives dans le système de soins, en vérifiant les attestations et les facturations de soins et en mettant en place des mécanismes de contrôle

Le conseil et l'accompagnement

Conseil aux membres sur les meilleures options de soins, les orientations vers des prestataires de santé appropriés, et les informer sur leurs droits et obligations en matière de santé

Prévention et éducation:

Promotion de la santé et prévention des maladies, par la sensibilisation ses membres et agents de santé aux enjeux de santé publique et à certaines maladies particulières.

Intervention en cas de litige

Il est souvent amené à intervenir en cas de litige entre la mutuelle et un membre ou entre un membre et un service de santé

Dans le cas du projet CAP-CSU cette fonction s'enrichissait aussi d'un appui au renforcement des capacités du personnel soignant et l'organisation et l'animation de cadres et d'ateliers de concertation regroupant autorités sanitaires et administratives, personnel de santé et acteurs.trices mutualistes dans le but de partager et d'analyser les résultats des mutuelles, d'analyser les contraintes et d'y apporter des solutions.

Habituellement la fonction est assurée par des médecins, mais l'évolution des cursus des infirmiers dans bien des pays d'Afrique permet de leur confier cette mission comme c'est le cas au Bénin sur le projet. C'est pourquoi on parle plutôt ici de médecine-conseil que de médecin-conseil.

Q uels enjeux à l'origine de la mise en place d'une médecine-conseil

Les défis constatés dans la relation entre les mutuelles de santé et les structures sanitaires étaient nombreux et importants : sur-prescription, mauvaise qualité des soins, épuisement rapide des fonds mutualistes, absence d'un cadre de régulation formel,...

La mise en place d'une Médecine-Conseil s'imposait assez naturellement comme réponse structurante. Son objectif : professionnaliser le dialogue entre acteurs.trices mutualistes et prestataires, garantir une régulation technique neutre des soins, et sécuriser les finances mutualistes afin d'améliorer la délivrance générale des services de santé au plus grand nombre.

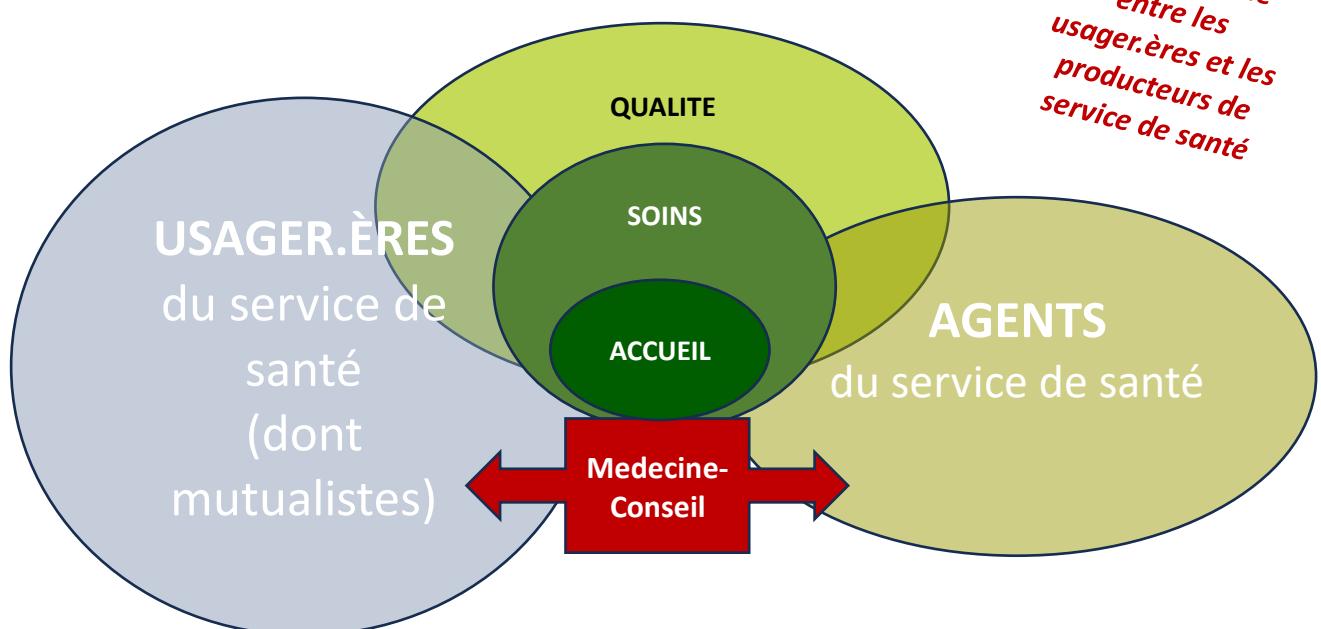
Avant l'introduction formelle de la MC, les mutuelles bénéficiaient d'un accompagnement par des assistants techniques, souvent non-médecins, limités dans leur capacité à analyser les prestations. Par ailleurs, certaines expériences d'assurance (CNPS, Banque mondiale) incluaient comme on l'a vu des médecins vérificateurs, mais sans véritable logique d'analyse ni rôle structurant comme souhaité dans le mouvement mutualiste.

En Guinée, l'initiative a été priorisée dans les zones pilotes de Dalaba et Pita du fait de la forte demande en encadrement des partenariats santé-mutuelle. Au Bénin elle a été systématisée dans les différentes Unions communales.

Les objectifs spécifiques développés dans le projet étaient de :

- Réguler le partenariat entre la demande et l'offre de soins pour faciliter la satisfaction de part et d'autre ;
- Produire des effets bénéfiques en termes d'adhésion et de fidélisation des candidats mutualistes ;
- Contribuer au renforcement de capacité des personnels soignants ;
- Renforcer les capacités des structures de santé en termes d'équipements ;
- Accompagner l'harmonisation du paquet de service offert par le mouvement mutualiste. Tels que la prise en charge des personnes âgées souffrant beaucoup plus des maladies chroniques comme le diabète et l'HTA.
- Accompagner l'intégration des mutuelles de santé dans le système local de santé communautaire autant que dans le système formel de santé ;

En réponse, la Médecine-Conseil fonctionne comme une interface entre les mutuelles (et plus largement tous les usager.ères) et les Centres de Santé qui conditionne bien des dimensions importantes de la relation :



Q

u'est-ce qui a été mis en place ?

Dans le cadre du projet CAP-CSU, la médecine-conseil est assez autonome, élabore ses propres plans d'action, qui sont discutés et validés en concertation avec le partenaire (ESSENTIEL) et les organisations mutualistes. Au niveau local, sa mise en œuvre s'appuie sur une collaboration étroite avec l'ensemble des parties prenantes du système de santé communautaire.

*Une grande
autonomie
d'action*

Ce qui a été mis en place d'abord en Guinée puis au Bénin est repris dans le tableau suivant avec des précisions sur les activités que cela suppose :

Dispositifs ou stratégies mises en place	Activités
	<u>Acteur.ice.s impliqué.e.s</u> : prestataires de soins, médecins conseil, animateurs et responsables mutualistes
Système d'analyse mensuelle des attestations de soins	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin conseil analyse les données remontées par les centres de santé et formule des retours techniques aux prestataires et aux mutuelles. En cas de tendance anormale (ex. : fréquence d'une maladie), un retour spécifique est fait à la mutuelle pour orientation. Les insuffisances dans la prise en charge sont discutées en face-à-face avec les prestataires, aboutissant à des ajustements consensuels.
Contractualisation	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration participative des documents de contractualisation, intégrant : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le paquet de soins souhaité par la mutuelle, ⇒ Les tarifs pratiqués par les structures de soins, ⇒ Les engagements de chaque partie. ⇒ Ce processus renforce la lisibilité, la transparence et la formalisation du partenariat. ⇒ Acteurs.trices impliqués : médecins conseil, mutuelles, prestataires de soins, autorités sanitaires et représentants communautaires.
Suivi de la mise en œuvre des conventions	<ul style="list-style-type: none"> Un comité de suivi multipartite (MC, mutualistes, prestataires, COSAH) a été mis en place à l'origine pour veiller à l'application des conventions. Pour une meilleure efficacité, les autorités sanitaires ont été progressivement intégrées, garantissant un pouvoir d'arbitrage et de correction des dysfonctionnements. Supervision conjointe (district sanitaire et MC) a permis : <ul style="list-style-type: none"> Identification des faiblesses des structures conventionnées, Correction de certaines insuffisances sur site, Inscription du suivi des recommandations dans les supervisions officielles du district. (Cette démarche a favorisé l'appropriation des mutuelles par les structures sanitaires).
Renforcement des compétences des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin conseil assure un appui pédagogique ciblé : Soit à distance (via appels téléphoniques directs avec les prestataires, non le chef.cheffe de centre), Soit via des formations in situ, organisées sur la base des lacunes identifiées lors de l'analyse des attestations. (Ces sessions de renforcement ont été intégrées aux plans de formation du district sanitaire, avec l'implication active des mutualistes).
Cadres de concertation et dialogue multi-acteurs.trices	<ul style="list-style-type: none"> Organisation de rencontres semestrielles, puis annuelles, impliquant l'ensemble des acteurs.trices : MC, mutualistes, prestataires, autorités sanitaires et autorités locales. Présentation des résultats techniques (analyse des prestations, qualité des soins), Identification conjointe des difficultés, Animation de la recherche de solutions concrètes, notamment pour améliorer l'adhésion des populations.



Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Différentes difficultés sont évoquées :

- Des retards dans la remontée des attestations en raison de la charge des prestataires.
- La mobilité des agents formés nécessitant des recyclages fréquents.
- Des plaintes persistantes sur la tarification malgré la proposition d'harmonisation.
- Des ruptures de médicaments liées à la reprise des commandes groupées.
- La faible implication des Relais Communautaires malgré leur formation.
- La non-intégration des indicateurs mutualistes dans le système national de suivi des performances du système de santé.

Un statut encore à mieux définir et faire reconnaître

Si l'on retrouve une grande partie de ces difficultés au Bénin, c'est surtout une autre question qui reste pendante : le fait que la médecine-conseil est réalisée par une infirmier-conseil et que cela peut causer des discussions avec les médecins des centres qui se pensent plus qualifiés.

En pratique cependant, l'infirmier est d'un niveau BAC+3 et en capacité de traiter les 3 niveaux (local, communal, départemental). En outre, il est évoqué un cas où un médecin a commis une erreur qui a été corrigée par l'infirmier-conseil.



Quelles astuces et solutions mises en place ?

Pour lutter contre certaines de ces difficultés les mesures suivantes ont été prises :

- Supervision conjointe mutuelle-DPS pour corriger sur site les défaillances.
- Dialogue avec la Direction nationale du médicament pour harmoniser les tarifs.
- Coordination avec les autorités locales pour intégrer les mutuelles dans les espaces de dialogue (CTPS, réunions techniques).
- Formation continue des prestataires et mise en place d'un suivi à distance par téléphone.

De l'importance d'impliquer la tutelle locale des centres de santé (DPS)

S'agissant de l'infirmier-conseil, sa participation aux cadres de concertation et son engagement dans la maîtrise des normes et règles en vigueur suffit généralement pour assurer sa légitimité aux yeux de tous et toutes.



Quelles nouvelles questions se posent actuellement ?

Aujourd'hui, de nouvelles préoccupations ont émergé, notamment :

- Comment impliquer davantage les prestataires de soins dans la mobilisation communautaire en faveur des mutuelles ?
- Quelles sont les attentes précises envers les prestataires dans ce processus ?
- Quels types d'incitations ou de retours peut-on leur proposer pour les motiver ?



Quelles recommandations suggérées face aux nouveaux défis ?

Quelques pistes de réponses sont apportées par les acteurs.trices eux-mêmes :

- L'ouverture de **registres de mobilisation dans les centres de santé** pour suivre l'engagement des prestataires.
- La **collecte directe des cotisations mutualistes** par les agents de santé, avec versement aux mutuelles.
- L'octroi de **primes de motivation** pour récompenser les prestataires qui facilitent les adhésions aux mutuelles de santé.

LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS

La lutte contre les inégalités d'accès aux soins dans les mutuelles en Afrique vise à garantir que tous les citoyens, y compris les plus vulnérables, puissent accéder aux services de santé dont ils ont besoin, quels que soient leur revenu ou leur localisation. Cela implique des actions pour améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité financière des soins, par le biais de mécanismes de solidarité comme les mutuelles de santé, dans le cadre d'une démarche vers la couverture sanitaire universelle.

Elle couvre une large gamme de défis:

La réglementation et la professionnalisation

Des cadres réglementaires et des mécanismes de professionnalisation sont nécessaires pour renforcer la capacité des mutuelles à opérer durablement et à intégrer des politiques de gratuité ciblée.

La facilitation des conditions d'accès

Au delà de la sensibilisation elle suppose d'intervenir sur les conditions économiques des populations pour faciliter l'accès

Le plaidoyer et la défense des droits

La mobilisation des acteurs de la société civile et des mouvements sociaux est cruciale pour défendre les droits des usagers et faire pression pour des réformes

Le renforcement des systèmes de santé nationaux

Cela suppose d'investir massivement dans les infrastructures, la formation du personnel et la fabrication locale de produits pharmaceutiques pour améliorer l'offre de soins globale

L'Intégration des déterminants de la santé

La lutte passe aussi par l'amélioration des conditions de vie générales (infrastructures de base, éducation, assainissement), qui sont des facteurs importants de la santé publique.

Seront concernés dans cet esprit donc aussi les attitudes et comportements vis-à-vis de certaines catégories de la population.

Q

uels enjeux à l'origine de la mise en place d'un travail sur les inégalités d'accès ?

De manière générale ils concernent deux enjeux. Le premier, économique concernait la difficulté économique à souscrire à une mutuelle et à honorer les frais de cotisation ou les frais parfois élevés des médicaments. Le second, social était relatif à l'accueil réservé à certaines catégories de population dont les mutualistes.

Un enjeu autant social qu'économique

Par rapport au premier enjeu ce ne sont plus tant les coûts des prestations qui sont évoquées par les usager.ères et élu.es des mutuelles que le coût de certains médicaments et les ruptures régulières de stocks.

S'agissant du second enjeu, il concerne plus le fait d'être mutualiste comme pouvant être une catégorie discriminée encore lors de l'accueil ou dans le traitement des soins. Avec cependant des inversions dans le mécanisme lorsque les mutualistes disposent de mauvaises informations et revendiquent un régime de faveur par rapport aux autres comme on va le voir.

En pratique ces formes sont variables selon les régions :

A Dalaba en Guinée, Les patients admis en situation d'urgence recevaient des soins à crédit, mais sans remboursement ultérieur. Certains élèves considéraient à tort que les soins et les médicaments étaient gratuits au centre de santé, entraînant des malentendus et des réticences au paiement.

A Pita (Guinée toujours) Des rumeurs persistaient sur une différence de traitement entre mutualistes et non mutualistes, en défaveur des premiers : Les temps d'attente pour les mutualistes étaient particulièrement longs. Certains pouvaient attendre toute la journée sans être pris en charge. Des attitudes jugées méprisantes de certains agents de santé envers les mutualistes étaient rapportées. Les mutualistes ne recevaient pas systématiquement les médicaments prescrits lors de leurs consultations.

A Ouaké (Bénin) c'est plutôt des problèmes d'éloignement du centre de santé qui sont évoqués avec une demande pour que leur soit construit un centre plus rapproché.

De manière plus générale au Bénin c'est plus le régime de faveur accordé aux plus démunis à travers un dispositif particulier (ARCH) qui se révèle l'enjeu du moment étant donné la gratuité qu'il prône et les jeux de concurrence qu'il induit.

Q

u'est-ce qui a été mis en place ?

Dans le cadre de cette lutte contre les inégalités d'accès ce sont moins de nouveaux dispositifs qui ont été mis en place que quelques règles supplémentaires et des accents particuliers dans les dispositifs précédents – marketing, protection, médecine-conseil - pour mieux tenir compte de certaines réalités et réguler l'accès.

L'importance de bien connaître les règles/principes qui organisent l'accueil et les priorités dans une service de santé

Ainsi a-t-on renforcé le principe que la prise en charge des patients dans les centres de santé doit s'effectuer selon l'ordre d'arrivée, mais en tenant compte des cas d'urgence (priorisation des cas urgents) sans aucune distinction entre mutualistes et non-mutualistes. Les frais sont appliqués de manière équitable à tous.

L'importance de l'implication des autorités sanitaires dans **l'organisation de l'accueil** est aussi évoquée par les élu.es mutualistes comme par les équipes techniques. Elle passe par :

- La Sensibilisation du DPS qui rappelle à l'ordre ses troupes
- L' Intégration Chef.Cheffe de poste dans le suivi
- La responsabilisation du ou de la Chef.Cheffe de poste qui relaie et transmet les consignes aux prestataires de services

*Beaucoup
d'innovations dans
les façons d'aider
au plan
économique*

Sur le plan économique, des facilitations ont été accordées à différents niveaux :

En Guinée surtout à travers les diasporas et certains maires ou délégués spéciaux en période de transition, sont sollicités pour prendre en charge une partie des cotisants aux mutuelles ;

Au Bénin par des réductions de cotisations aux groupes en fonction de leur taille (5% de réduction au-delà de 50 personnes introduites dans la mutuelle ; 3% de réduction pour les groupes de 30 personnes) ;

Au Bénin encore, les élu.es proposent aux groupements de femmes en particulier des formes de tontines afin d'étaler dans le temps et sur la collectivité la charge du paiement de la cotisation qui peut s'avérer très lourdes pour certain.e.s membres.

Par exemple le groupement de N'Djakada appelé PICALABOU, à Ouaké, est passé de 3 adhérents de leur groupement en 2024 à 41 adhérents en 2025, parce que le groupement supporte 2000f des frais de cotisations aux membres sur les 3000f total de cotisation à payer.

De façon plus spécifiques les activités consistaient par exemple à :

Améliorer l'accueil et la considération des mutualistes au sein des structures de santé ;

Garantir une prise en charge équitable pour tous les usager.ères, mutualistes ou non ;

Désigner un personnel de référence pour les mutualistes dans les centres de santé afin d'assurer un meilleur suivi et limiter les comportements discriminatoires ;

Intégrer certains postes de santé excentrés dans le réseau des structures conventionnées, facilitant ainsi l'accès de leur communauté à des soins de proximité et réduisant les coûts liés au déplacement ;

Instaurer une journée dédiée à la mutualité, rassemblant mutualistes, prestataires de soins, élu.es mutualistes et autorités locales, pour évaluer les actions menées, débattre des défis rencontrés, et proposer des solutions concertées.



Quelles appréciations en font les acteur.ice.s ?

Les échanges et commentaires conduisent sans grande surprise à considérer l'appréciation générale comme étant positive à très positive par rapport à ce qui a été mis en place sur cet axe.

Cette appréciation n'est pas forcément spécifique à cet axe car elle mêle bien des résultats et effets menés sur les 3 axes précédents.

Si la majorité des personnes rencontrées reconnaissent l'importance de ce qui a été mis en œuvre, il reste cependant des résistances liées au maintien de mauvais comportements d'accueil dans certains centres de santé, des difficultés de bien des personnes à inscrire leurs proches dans une mutuelle, et des grandes différences de traitement dans l'accès aux médicaments comme on peut le voir plus en détail au point suivant.

*Des résistances il y en aura toujours !
Il s'agit aussi de bien s'y préparer*



Quelles difficultés rencontrées ?

En Guinée :

Les rumeurs persistantes sur un accueil différencié entre mutualistes et non mutualistes, créant un climat de méfiance au sein des usager.ères. Elles sont fondées sur des cas plutôt isolés dans les aires sanitaires de Pita et Dalaba mais peuvent venir de plus loin ;

La stigmatisation des mutualistes dans les centres de santé, accompagnée parfois d'une prise en charge de moindre qualité, incitant certains mutualistes à se tourner vers l'hôpital, malgré les coûts plus élevés.

La facturation abusive de médicaments non délivrés, avec orientation systématique des mutualistes vers les pharmacies, révélant des stratégies frauduleuses de certains prestataires à l'encontre des bénéficiaires de la mutuelle.

Au Bénin :

Une stigmatisation des mutualistes est aussi assez régulièrement exprimée avec des répercussions sur leur fidélisation. Une mutualiste explique ainsi que « *des prestataires de soins, dès qu'ils voient la carte de mutuelle, se détournent pour s'occuper d'abord d'une autre personne* ». Cela frustre le mutualiste qui décide de ne plus payer la cotisation l'année suivante. Ces remarques sont à prendre au sérieux.



Quelles astuces et solutions mises en place ?

Les difficultés évoquées sont généralement traitées au cas par cas selon les moyens et disponibilités. Les équipes ont également régulièrement informé les populations sur la non-gratuité des soins, afin de corriger les perceptions erronées :

Des sensibilisations à la non-gratuité des soins sont également réalisées et toujours bien nécessaires, surtout étant donné le déploiement de la stratégie ARCH concernant les plus démunis (appelés les « privilégiés de l'Etat »).

En Guinée, des actions de sensibilisation de proximité, notamment à travers les visites dans les ménages, ont renforcé la dynamique d'adhésion et accru la responsabilisation communautaire.

Au Bénin c'est plutôt à l'échelle des groupements que le travail de sensibilisation est renforcé de manière à élargir les possibilités de transmission de l'information.

Tout ceci reste tributaire des moyens disponibles et de la motivation des élu.es forcés de fonctionner encore sous le régime du bénévolat.



Quelles questions se posent actuellement les acteurs.trices ?

La question majeure, telle que nous pouvons la reformuler, est la suivante : quels moyens disponibles pour assurer un suivi régulier permettant de réduire les tensions dès l'accueil ? Cela permettrait de limiter la tendance, apparemment très forte et efficace, à discréditer les services, qu'il s'agisse des mutuelles ou des centres de santé.



Quelles recommandations suggérées face aux (nouveaux) défis ?

En Guinée la perspective est plutôt de renforcer ce qui se fait déjà bien :

Renforcer l'accueil des mutualistes dans les centres de santé afin de garantir un traitement digne et respectueux ; Veiller à ce que les mutualistes bénéficient des examens médicaux nécessaires, dans les mêmes conditions que les non mutualistes ;

Au Bénin il s'agit plutôt de plus et mieux...

Apprécier la possibilité de constituer un niveau de cotisation plus élevé pour un panier de soin type pour les mutualistes qui en ont les moyens et qui désirent bénéficier des soins pour le paludisme grave ou des soins dans les hôpitaux. Un accent est également mis au niveau des mosquées pour renforcer les possibilités de toucher des catégories plus défavorisées, sur base notamment du principe de la 'Zakat' cette aumône obligatoire pour les musulmans.

La recommandation majeure reste de demander à l'Etat des investissements à la hauteur des enjeux de

La recommandation majeure restant celle de demander à l'Etat de participer au financement des mutuelles.

L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

FICHE 5

L

e rôle des mutuelles dans l'amélioration de la qualité des soins concerne classiquement bien des dimensions comme : la réduction des barrières financières, l'amélioration de la demande de soins, la mise en place de partenariats avec les prestataires, la mutualisation des risques et des fonds, ...

En Afrique cela se double d'un investissement dans la participation communautaire et le plaidoyer et la sensibilisation auprès des gouvernements pour obtenir un soutien financier.

La Qualité des soins apparaît donc plus comme l'aboutissement des axes précédents. Dans le cadre du projet CAP-CSU, en effet, les actions ont surtout concerné le renforcement des dispositifs précédemment étudiés en mettant l'accent sur la qualité des diagnostics, des prescriptions, des soins prodigués et régulation de la demande et de l'offre en ces matières.

Q

Quels enjeux à l'origine de la mise en place d'un travail sur la qualité des soins ?

Les interventions supplémentaires en faveur de la Qualité étaient motivées par des difficultés provenant autant de la demande que de l'offre de soins :

Coté demande	Coté offre
<p>Certains mutualistes arrivaient au centre de santé avec un diagnostic préétabli ou des attentes spécifiques de traitement (ex. : demande automatique de sérum), souvent influencés par leur niveau d'éducation.</p> <p>Les ruptures de médicaments, causées par des problèmes d'approvisionnement au niveau central étaient mal comprises par les mutualistes, générant des tensions avec le personnel soignant.</p> <p>Des demandes excessives d'examens médicaux étaient formulées par certains patients, même lorsque ceux-ci n'étaient pas cliniquement justifiés.</p>	<p>Des refus de prise en charge survenant en cas de rupture de formulaires d'attestation de soins, provoquant le mécontentement des mutualistes ; l'inefficacité de certains médicaments prescrits ; les prescriptions limitées à certains médicaments...</p> <p>Ces situations conduisaient à des plaintes récurrentes auprès de la DPS, les agents de santé ayant le sentiment que les mutuelles nuisaient à leurs indicateurs de performance, par manque de compréhension mutuelle du fonctionnement de chaque partie.</p>

Q u'est- ce qui a été mis en place ?

L'Approche adoptée reposait sur la mise en place d'une stratégie participative, axée à la fois sur le suivi régulier de la qualité des prestations et l'implication des structures communautaires. Elle se fondait sur des principes d'équité, d'engagement institutionnel et de renforcement continu des capacités.

En Guinée, il faut noter dans le pays la mise en place ces dernières années d'une politique d'amélioration de la délivrance des services de santé grâce à un « monitoring amélioré » dans les services de santé.

L'ensemble du processus était encadré par un comité 5S chargé de veiller à l'application des principes d'organisation, de propreté et d'amélioration continue dans les structures de soins.

Les principales activités réalisées

Mise en place d'un dispositif d'enquête de satisfaction mensuelle auprès des usager.ères. Cinq malades sont interviewés chaque mois pour recueillir leur perception sur la qualité de l'accueil et des soins.

Participation active du COSAH (Comité de santé et d'hygiène) dans la conduite de ces enquêtes de satisfaction et dans le suivi des actions correctives (Guinée).

Sensibilisation des mutualistes à l'importance du respect de l'ordre d'arrivée dans la prise en charge, afin d'éviter les tensions autour de la priorité d'accès aux soins.

Suivi rigoureux de la facturation des cas de gratuité, avec un appui du comité 5S pour éviter les abus et améliorer la transparence.

Renforcement des capacités : plusieurs sessions de formation ont été organisées, incluant les agents de santé dans l'identification des thématiques prioritaires. Exemple : formation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI).

Dotation en équipements : des matériels et équipements en lien avec la PCI ont été remis aux structures sanitaires.

Suivi analytique : l'analyse des attestations de soins a été utilisée comme outil de contrôle qualité.

Mobilisation sociale renforcée : avec, en Guinée, l'appui du Président de la délégation spéciale, la **construction d'une maternité** pour le centre de santé et l'**extension de la maternité de l'hôpital préfectoral** ont été intégrées au Plan Annuel d'Investissement (PAI) communal.

*De nombreuses activités
surtout en appui aux
dispositifs précédents*

Avec pour résultat concret par exemple, à Dalaba par exemple, le fonctionnement rendu fonctionnel d'une nouvelle maternité qui enregistre 9 accouchements en mai, représentant 7 % du total préfectoral. Aucun de ces cas n'a nécessité d'attestation, du fait de la gratuité de l'accouchement, mais cela témoigne d'un renforcement de l'offre de soins maternels.

De manière générale on note deux résultats qualitatifs importants : le renforcement de la collaboration entre les structures communautaires et les équipes de santé ; et l'amélioration tangible de la gouvernance interne et de la responsabilisation du personnel de santé.

Q uelles appréciations des acteurs.trices ?

Ce qui est considéré comme ayant bien fonctionné :

Le **renforcement des capacités** du personnel de santé à travers des sessions de formation ciblées est reconnue comme ayant permis une amélioration notable des pratiques cliniques.

La **disponibilité et l'accompagnement régulier du médecin conseil**, y compris par téléphone, est reconnu comme facilitant la résolution rapide des difficultés rencontrées dans la prise en charge des mutualistes.

La **promptitude dans le paiement des factures des mutuelles** surtout, est très apprécié par les agents des services de santé car cela favorise la confiance entre prestataires et structures mutualistes.

Les supervisions formatives des agents de santé ont permis de renforcer leurs compétences en matière de qualité des soins.

La régularité du paiement des factures par les mutuelles a renforcé la motivation des prestataires et favorisé leur engagement dans la démarche qualité.

Ce qui est considéré comme ayant moins bien fonctionné :

À Dalaba, la **disponibilité d'un seul microscope** pour les analyses de tuberculose et d'autres examens courants constitue un obstacle majeur. Cette surcharge entraîne un ralentissement du service de diagnostic et compromet la qualité globale de la prise en charge.

A Pita, **Le nombre de personnes mobilisées pour les activités de sensibilisation à l'adhésion** aux mutuelles de santé a diminué, limitant ainsi la portée des campagnes d'information.

Le non-renouvellement ou l'absence d'appui en lits d'observation dans les structures de santé reste un frein à l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

Témoignage phare

Chef de poste d'un Centre de santé à Dalaba

Avant le démarrage du projet, nous avions des appréhensions liées à des expériences antérieures. En tant qu'ancien chef de centre à Koba (une sous-préfecture de Dalaba), j'avais collaboré avec les mutuelles de Dynam qui appliquait un système forfaitaire rigide, structuré en deux plans tarifaires :

- **Plan A** : traitement sans soluté, remboursé à hauteur de 5 000 GNF quelque-soit le nombre de molécules servi.
- **Plan B** : traitement avec soluté, remboursé à hauteur de 10 000 GNF quel que soit le nombre de molécules servi.

Je craignais que la même approche soit appliquée dans le nouveau partenariat. Cependant, au fil de la collaboration, j'ai constaté que la stratégie actuelle était différente, plus souple et mieux adaptée au contexte local. Cette nouvelle dynamique a levé mes inquiétudes initiales.

Préoccupation actuelle :

Bien que nous bénéficiions régulièrement de formations et de renforcement de capacités, il serait souhaitable que l'ensemble du personnel continue à être sensibilisé et orienté de manière périodique sur le fonctionnement des mutuelles de santé. Cela permettrait une meilleure compréhension et une collaboration plus efficace entre les prestataires et les dispositifs mutualistes.

Q uelles difficultés rencontrées ?

Il reste des faiblesses dans la qualité des soins liée essentiellement au sous financement de la santé en général et au manque d'effectifs en particulier dans les centres de santé.

Il n'est pas aisément plus de disposer des données sur l'amélioration des centres de santé lié au travail des mutuelles. Les données ci-dessus sur Pita donne cependant une idée de l'importance du travail sur l'amélioration du service et donc de la qualité des soins. L'amélioration notamment des recettes des centres de santé grâce au travail des mutuelles reste une information peu quantifiable et seules des estimations peuvent être tentées.

Q uelles astuces et solutions mises en place ?

En Guinée, l'équipe projet a pris l'initiative de calculer les coûts des médicaments et de partager ces informations avec les centres de santé.

Les conventions de collaboration ont été évaluées, puis révisées avec l'intégration de nouvelles améliorations avant d'être signées à nouveau.

Un suivi régulier des attestations de soins a été instauré, accompagné de retours aux chefs.cheffes de centres.

Les centres de santé ont été formés à l'utilisation de l'ordinogramme pour améliorer les circuits de prise en charge.

Au Bénin, l'équipe projet a institué un cadre de concertation périodique qui réunit les élu.es mutualistes et les prestataires de soin. L'objectif de ces rencontres est l'entente sur la prise en charge des bénéficiaires et l'harmonisation du panier de soin.

Q

uelles questions que se posent actuellement les acteurs.trices ?

Un peu partout la question qui revient est : comment doter les structures de santé en médicaments de manière plus systématique ?

On trouve aussi dans certaines contextes la préoccupation d'étendre les conventions de collaborations à l'ensemble des centres de santé de la préfecture (notamment Dalaba, Guinée).

Au Bénin la question est plus de voir s'il serait possible et utile de constituer un niveau de cotisation plus élevé à un panier de soin type pour les mutualistes qui en ont les moyens et désirent bénéficier des soins par exemple sur le paludisme grave ou des soins en hôpital.

*De l'importance
d'intégrer les
pharmacies dans les
concertations*

Q

uelles recommandations suggérées face aux (nouveaux) défis ?

Doter les structures de santé en médicaments de manière plus systématique.

Étendre les conventions de collaboration à l'**ensemble des centres de santé** de la préfecture.

Fournir des microscopes aux centres de santé pour améliorer les capacités diagnostiques.

Mettre à disposition des incinérateurs pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux.

Renforcer les capacités des prestataires sur le fonctionnement et les enjeux des mutuelles de santé.

Organiser régulièrement des **enquêtes de satisfaction** pour évaluer la qualité des prestations de soins.

Intensifier les efforts de **mobilisation communautaire** afin d'élargir l'adhésion à la couverture santé universelle.

Mettre en place des **mécanismes de reconnaissance et de motivation** (en nature ou en espèces) pour les personnes les plus engagées dans la promotion des mutuelles, par exemple en valorisant publiquement celles qui ont suscité le plus d'adhésions dans leur sous-région.

Un certain nombre de recommandations concernant les équipements concernent clairement l'Etat et ses capacités à réellement investir sérieusement dans le secteur de la santé. Bien que cela ne soit pas toujours explicitement formulé en recommandation bien des échanges font ressortir le sous-investissement structurel en personnel et en équipement des centres de santé, des pharmacies, comme étant à la source des difficultés rencontrées.

Quels enseignements généralisables ?

Le marketing social peut être efficace à condition de :

- (1) Réduire le recours au bénévolat pour professionnaliser la mobilisation et de
- (2) Mieux coordonner les acteurs.trices et adapter les produits offerts aux besoins réels (ex. : ajout du paquet pharmacie).
- (3) Faire du plaidoyer auprès des autorités locales pour inscrire la mutualité dans les Plans Annuels d'Investissement (PAI) communaux, assortis d'objectifs chiffrés par quartier.
- (4) Le rapport qualité-coût doit être continuellement évalué afin de préserver la viabilité financière des mutuelles tout en satisfaisant les attentes des mutualistes.

La Médecine-Conseil est une interface importante qui apporte aux autres dispositifs - Marketing, Contrôle Social, Qualité des soins - des compétences techniques (médicales, administratives) indispensables dans la relation entre mutuelle et Centre de Santé

Quelles recommandations ?

- Formaliser des partenariats (conventions) entre les mutuelles et les pharmacies locales pour garantir l'accès aux médicaments même en cas de rupture dans les centres de santé.
- Renforcer la participation communautaire au suivi de la qualité des services.
- Impliquer les élu.es dans l'évaluation continue des pratiques et des résultats des mutuelles.