

Evaluation réalisée avec l'appui du F3E pour ESSENTIEL

Rapport final– 347Ev TOME II Annexes

Rapport d'évaluation externe du

« PROJET D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE EN GUINEE :
SANTE POUR TOUS »

Mai 2012

Patrick VANDERHULST

Rémi Hilaire OLOU

Patrick Vanderhulst

Lange lostraat 148, B-3010
LEUVEN Belgique

00 32 16 258415

Patrickvanderhulst148@gmail.com

Fonds pour la promotion des Etudes préalables, des Etudes transversales et des Evaluations

F3E • 32, rue Le Peletier 75009 Paris, France • T 33 (0)1 44 83 03 55 • F 33 (0)1 44 83 03 25 • f3e@f3e.asso.fr • www.f3e.asso.fr
Association loi 1901 • Organisme de formation professionnelle n° 1 175 33 664 75 depuis le 30 06 2000 • N° Siret : 410050678 00029 • Code APE : 913 E

LISTE DES ABREVIATIONS	5
Calendrier de l'étude	6
Extrait TdR (p.22 -)	8
Détail des constats concernant les neuf mutuelles :	16
1 Les mutuelles de santé	16
1.1 Etat de lieux et typologie des mutuelles de santé.	16
1.1.1 Etat de lieux des mutuelles	16
1.1.2 Typologie de mutuelles de santé	16
1.1.3 Relation avec les MURIGA	18
1.1.4 Autopromotion des mutuelles	19
1.2 Le fonctionnement des mutuelles de santé	20
1.2.1 Le rôle des adhérents	20
1.2.2 Les instances dirigeantes des mutuelles de santé	20
1.2.3 Viabilité administrative	21
1.2.4 Evaluation de la viabilité fonctionnelle	21
1.3 Viabilité technique	26
1.3.1 la sélection adverse	26
1.3.2 le risque moral (la surconsommation)	27
1.3.3 La sur prescription (ou escalade des coûts)	27
1.3.4 Les fraudes, les cas de catastrophe ou épidémies	28
1.4 Viabilité financière et économique	29
1.4.1 Taux de sinistralité	29
1.4.2 Ratio de frais bruts de fonctionnement brut	29
1.4.3 Résultats d'exploitation	30
1.4.4 Ressources matérielles et financière des mutuelles	30
1.5 La performance syndicale des mutuelles de santé :	30
1.5.1 Les relations institutionnelles	31
1.5.2 les relations contractuelles	31
1.5.3 Les relations avec l'offre de soins	33
1.5.4 Gouvernance démocratique dans le secteur de la santé	34
1.5.5 Mobilisation des ressources	35
1.5.6 Qualité des services	37
1.5.7 Mutuelles de sante et participation communautaire	37
1.5.8 Synchronisation des périodes de collecte des cotisations et de rentrée de revenus	37

<u>1.6</u>	<u>Efficacités</u>	<u>38</u>
<u>1.6.1</u>	<u>Utilisation des services</u>	<u>38</u>
<u>1.6.2</u>	<u>Coût moyen des prestations</u>	<u>40</u>
	<u>Liste des personnes rencontrées.....</u>	<u>41</u>

LISTE DES ABREVIATIONS

ANG	Association Nantes-Guinée (actuellement Essentiel)
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDR	Centre International pour le Développement et la Recherche
CMA	Centre Médical Associatif
CSA	Centre de Santé Associatif
DPS	Direction / Directeur Préfectoral/e de la Santé
DRS	Direction / Directeur Régional/e de la Santé
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DYNAM	Dynamique Mutualiste
EIBEP	Enquête Intégrée de Base sur l'Evaluation de la Pauvreté
FMG	Fraternité Médical Guinée
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
GIZ/GTZ	Coopération Technique Allemande (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)
IST/SIDA	Infections Sexuellement Transmissibles / Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
MAUGO	Mutuelle de l'Association des Unions de zones de Gongoré
MC	Médecin Conseil
MDS	Mutuelle De Santé
ME	Médicaments Essentiels
MUGTM	Mutuelle de l'Union des Groupements de Timbi Madina
MURIGA	Mutuelle pour la prise en charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement
ONAM	Organisation Nationale d'Appui à la Mutualité en Guinée
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PEV/SSP/ME	Programme Élargi de Vaccinations, intégré aux Soins de Santé Primaires, avec fourniture de Médicaments Essentiels
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PROJEG	Programme de Renforcement des capacités des Organisations de la société civile et de la JEunesse Guinéenne
PST	Projet Santé pour Tous
RAP	Recherche Action Participative (apprentissage par l'action)
REMUFODJ	Réseau Des Mutuelles Du Fouta Djallon
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SIC	Sensibilisation Information Communication
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSP	Soins de Santé Primaires
UGTM	Union des Groupements de Timbi Madina

Calendrier de l'étude

Phase I

Réunion de présentation de la note de cadrage au comité de pilotage :

Les questionnaires ouverts aux différents partenaires directement impliqués ont été envoyés vers le 20 mars.

Un premier retour écrit a eu lieu vers le 15 avril de la part de Nantes.

Un premier retour écrit a eu lieu vers le 20 avril en provenance de la Guinée

Phase II

Les rencontres évaluatives en France ont eu lieu le 19 et 20 avril.

La mission en Guinée a eu lieu du 24 avril au 12 mai

Phase III

La validation de la synthèse provisoire en Guinée a eu lieu en fin de mission.

Phase IV

Le rapport provisoire disponible le 5 juin.

Ainsi la réunion de restitution a eu lieu le 29 juin 2012

Calendrier de la mission en Guinée

Date	Activité
L.23/04	Accueil de la mission par Thierno Hady Bah Arrivée Rémi O.
M.24/04	9h00-12h : échange avec la PPSOGUI (dans les locaux de FMG) 14h : Echange avec FMG Arrivée Patrick V
M.25/04	UE AFD Ministère de tutelle
J.26/04	Voyage Conakry-Labé Arrêt à la DRS de Mamou (contact institutionnel) Rencontre avec GIZ Rencontre avec équipe – Point sur le programme
V.27/04	ATELIER DE BRIEFING ELARGIE (Labé)
S.28/04	ATELIER avec ONAM (Labé)
D.29/04	Labé (MSFEPAL) (+ nouvelle mutuelle université)
L.30/04	Contact institutionnel DPS Pita Maci (MAWDE MACI) Gongoré (MAUGO)
M.1/04	Timbi Madina (MUGTM) + CMA Timbi Touni
M.2/04	Mitty Dalaba (+ nouvelle mutuelle scolaire)
J.3/05	Réunion mi parcours COPIL restreint Visite CSA, Hopital, Clinique Contact institutionnel Labé (Préfet, Maire et secrétaire général, UNFPA)
V.4/05	Contact institutionnel Labé (DRS, DPS, fédération régionale union de mutuelle) Entretien avec DynaM à Mamou Focus groupe avec les femmes (Labé)
S.5/05	ATELIER avec REMUFOUD
D.6/05	Point avec ONAM Rencontres autres acteurs possibles (CECOJE et ASEPE) (Labé)
L.7/05	ATELIER DE VALIDATION + Point Comite de Pilotage(Labé)
M.8/05	Point ONAM (Labé)
M.9/05	Retour sur Conakry
J.10/05	Voyage de Rémi
V.11/05	Atelier avec la plate forme PPSOGUI à Conacry
S.12/05	Voyage de Patrick

II L'EVALUATION

II.1. JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

II.1.1 Contexte de l'évaluation et origine de la demande

La première phase du programme triennal 2002-2005 a donné lieu à une évaluation externe de fin de projet, première étude de ce genre pour Nantes-Guinée. Cette étude portait essentiellement sur l'évaluation du modèle de mutuelles de santé développé : apprécier la pertinence du « modèle mutualiste », apprécier le fonctionnement, la viabilité et l'efficacité des mutuelles et apprécier la pertinence et l'efficacité de l'intervention de Nantes-Guinée.

En 2008, Nantes-Guinée a conduit, avec ses partenaires un travail sur le processus d'autonomisation des mutuelles de santé appuyées. Avec l'ensemble des parties prenantes, ce travail a permis d'aboutir à des visions partagées pour la mise en place de la phase triennale actuelle du projet Santé Pour Tous (2009-2011). Ce travail a été accompagné par une équipe externe composée d'un consultant de la FNMF (dans le cadre du partenariat conclu entre la FNMF et Nantes-Guinée) et d'un consultant indépendant (Polia Management Solidaire).

Les résultats du processus d'autonomisation enclenché sur le terrain ont fait prendre conscience à Nantes-Guinée qu'elle pouvait aller au-delà de la participation aux actions et du transfert de compétence qui guide son action depuis sa création. Cette réflexion a été accompagnée par un consultant extérieur dans le cadre du Fonds de Renforcement Institutionnel des Organisations (FRIO). Elle a permis, lors de son AG de juin 2010, de valider le nouveau projet associatif de l'association, qui se fixe comme objectifs 2010-2014 :

- le soutien à des projets santé au bénéfice des populations
- le renforcement et l'accompagnement des acteurs locaux pour une prise en charge locale des projets santé
- le développement des logiques de réseau d'acteurs autour des problématiques de santé sur un territoire
- le développement des partenariats opérationnels dans les pays d'intervention.

Nantes-Guinée a eu la volonté de faire évoluer son positionnement et son mode d'intervention pour mieux l'articuler avec la prise de responsabilités des acteurs du sud. Cette évolution permet aujourd'hui à Nantes-Guinée de diversifier ses interventions en santé ainsi que son implantation territoriale et de pouvoir répondre à des demandes émanant de nouveaux partenaires. De nouveaux projets sont en cours d'élaboration, projet pluri-acteur autour de la construction du Centre de Santé Associatif de Labé, réflexion en cours avec des associations issues de la Diaspora guinéenne sur un dispositif Nord-Sud dans le champ de la prévention maternelle et infantile.

Toutes ces actions sont la directe résultante de l'évolution de positionnement de Nantes-Guinée et de sa volonté de placer la santé, au sens large du terme au centre de ses activités.

Pour cela 4 grandes orientations stratégiques guident son action :

- Un système d'acteurs communautaires, afin de garantir la prise en compte des visions locales et les principes d'autonomie des acteurs.

- Une démarche d'accompagnement et de conseil fondée sur la capacité des personnes et des organisations partenaires à développer leurs ressources propres, leurs capacités d'initiatives et de choix.
- Un financement adapté : des actions santé financées localement et un dispositif d'accompagnement spécifique.
- Un développement des ressources humaines et financières de Nantes-Guinée afin d'assurer un accompagnement pertinent dans le long terme.

Afin de mieux concevoir notre engagement futur, il nous semble important de tirer aujourd'hui les enseignements des interventions passées et de les soumettre au filtre de notre nouveau projet associatif.

L'association Nantes-Guinée a décidé d'effectuer une évaluation de son projet Santé Pour Tous qu'elle mène maintenant depuis 2002. Cette évaluation programmée dès 2008 est inscrite dans le document projet de la phase triennale 2009-2011.

Cette demande répond au souhait de l'association d'amélioration de la qualité des ses actions et de professionnalisation de ses interventions.

L'évaluation proposée, a été discutée et acceptée par le Conseil d'Administration de l'association, un Comité de Pilotage est en charge d'en assurer le suivi technique.

II.1.3. Attentes et objectifs de Nantes-Guinée

Nantes-Guinée est en pleine évolution, changement organisationnel et institutionnel en France mais aussi évolution du niveau d'intervention sur le terrain et de définition de ses implications partenariales.

Compte tenu de :

- l'importance des réflexions en cours concernant la stratégie des futures interventions de Nantes-Guinée;
- l'enjeu véritable que constitue le passage d'un rôle d'opérateur de projet à celui d'accompagnateurs d'acteurs locaux,

L'évaluation portera principalement non pas sur le modèle de mutuelles développé mais, sur les modes d'intervention et la démarche en mettant un point d'éclairage particulier sur les questions en lien avec l'autonomisation des mutuelles de santé et de son réseau mais aussi de l'équipe d'appui locale.

L'objectif est également d'identifier les enseignements tirés des interventions pour améliorer la politique, la stratégie, les outils et modes opérationnels de Nantes-Guinée dans ses futures interventions et notamment sur les questions partenariales.

Cette évaluation prendra la forme :

- d'un bilan des actions passées et notamment des deux phases triennales 2005-2008 et 2009-2011 ;
- d'une appréciation des résultats obtenus sur les points porteurs d'enjeux ;
- de recommandations pour la continuité des engagements de l'association en prenant en compte le nouveau projet associatif et les axes délimités ci après.

Cette évaluation permettra :

- d'être un outil d'aide à la décision pour améliorer la conception et le pilotage des interventions futures
- d'améliorer la lisibilité et la visibilité de ses actions en dépassant le simple compte-rendu de conformité, valoriser les actions engagées, communiquer et partager les connaissances en interne et auprès des bailleurs de fonds et des collectivités.

II.1.4. Choix de l'évaluation externe

Afin de répondre aux interrogations et enjeux soulevés par Nantes-Guinée, l'étude sollicitée prendra la forme d'un processus d'évaluation, d'un diagnostic et de recommandations. Pour cela, l'évaluation externe participative nous semble l'exercice le plus approprié. Les membres de l'association et l'équipe technique proposent de confier cette mission à un cabinet extérieur.

La dimension participative de l'évaluation permettra en outre de contribuer au renforcement des compétences de l'association en terme de méthodologie et d'analyse.

II.2. OBJET DE L'EVALUATION

II.2.1 Délimitation de l'action à évaluer

L'évaluation externe qui fait l'objet de ce document interviendra au moment précis où un nouveau programme triennal de développement sera en cours de définition, tant au niveau de son dispositif qu'au niveau de son implication avec ses partenaires. Ce nouveau programme triennal prendra en compte les recommandations de cette évaluation pour être déposé pour examen vers nos bailleurs de fonds en septembre 2012.

Pour avoir des éléments précis issus de l'évaluation, il est donc proposé de cibler l'évaluation sur certaines actions entreprises au sein du projet « Santé Pour Tous » :

- un bilan des actions passées sur les aspects particuliers de viabilité et d'autonomie des mutuelles de santé et de leur réseau.
- la constitution d'une expertise locale : rôle d'accompagnement et formation d'un opérateur local qui passe par un processus d'autonomisation de l'équipe locale actuelle de Nantes-Guinée.
- la compétence de mise en réseau et de concertation (au Nord comme au Sud) et plus globalement les implications partenariales de Nantes-Guinée (au Nord comme au Sud).

L'évaluation portera globalement sur le Projet Santé Pour Tous avec un accent particulier sur les deux dernières phases, la phase d'ancrage 2005-2008 et la phase de consolidation 2009-2011.

La mission d'évaluation sera réalisée :

- Au siège à Nantes, certains entretiens pourront éventuellement se dérouler sur Paris et par téléphone ou visioconférence.
- En Guinée dans la zone d'implantation du projet (Préfectures de Labé et Pita) et quelques rencontres institutionnelles sur Conakry.

II.2.2 Postulats fondateurs de l'action dont l'évaluation appréciera la pertinence

Depuis le démarrage de son intervention en Guinée, un certain nombre de principes ont toujours permis de guider l'action, ces postulats ont été réinterrogés lors de la réflexion sur le projet associatif.

Il appartiendra aux évaluateurs d'intégrer ces axes fondateurs de l'action pour mener l'étude

- La constitution d'une expertise locale à travers l'autonomisation d'une équipe locale répond aux demandes du terrain et offre toutes les compétences nécessaires à la mise en œuvre de projets de longs termes.
- Le passage d'un rôle d'opérateur direct à un rôle d'accompagnement d'acteurs locaux est garant du développement de nos actions.
- Les relations partenariales sont en adéquation avec les valeurs portées par l'association : non substitution, réciprocité, équilibre des partenariats, auto gouvernance.

II.2.3. Questions que se pose Nantes-Guinée

Nantes-Guinée attend de l'évaluation qu'elle l'aide à enrichir sa réflexion en vue de définir, la forme, le processus de mise en œuvre de ses nouvelles interventions. Pour cela, une liste de questions complémentaires est présentée, cette liste n'est pas exhaustive et Nantes-Guinée attend des évaluateurs, dans leurs offres qu'ils s'approprient et réinterprètent ce questionnement, qu'ils suggèrent et proposent éventuellement des questionnements complémentaires dans le cadre des orientations générales identifiées.

Sur la question de la viabilité et de l'autonomisation des mutuelles et de son réseau de mutuelles :

- Quelle est la capacité d'autonomie des mutuelles constituées et du Réseau des mutuelles ?
- Quel est le niveau de viabilité économique et financier des mutuelles constituées ?
- Dans quelle mesure est assurée la pérennité institutionnelle des mutuelles (respect des règles démocratiques de représentation des adhérents, modalités de prise de décision, implication des responsables...) ?
- Comment les mutuelles sont-elles implantées dans leur milieu? Quelle place occupent-elles ? Quelles relations entretiennent-elles avec les autres acteurs de l'environnement (acteurs sanitaires, autres acteurs). Comment se sont impliqués les autres acteurs de l'environnement dans ce développement et particulièrement les structures déconcentrées de l'Etat ?
- Comment les mutuelles, ou le réseau de mutuelle contribuent-ils à la définition d'une politique publique guinéenne en faveur du développement des mutuelles de santé (mise en place d'un cadre législatif) ?
- Quelles sont les relations entre les mutuelles et les Ministères de tutelles et comment l'expérience menée en matière d'amélioration de l'accès aux soins s'inscrit dans la politique sanitaire publique ?
- Quel rôle est joué par le Réseau, répond-il aux objectifs fixés ? Répond-il aux demandes des mutuelles ?
- Quelle plus value apporte, et quel rôle joue ou peut jouer le Réseau mutualiste dans la définition d'une politique de protection sociale élargie en Guinée ?

- Le fonctionnement du Réseau est-il pertinent (respect des principes de bonne gouvernance, modalités de représentation des mutuelles...) ?
- Quelles sont les perspectives de renforcement du réseau des mutuelles de Santé ?
- Quelles sont ces perspectives d'évolution en terme de structuration (Union, Fédération...) ?
- Quels sont les aspects (techniques, organisationnels, financiers...), qui doivent être renforcés ou développés pour accompagner le processus d'autonomisation des mutuelles et du réseau ?

Sur la question de la mise en œuvre d'une expertise locale (autonomisation de l'équipe) et sur les évolutions du mode d'intervention de Nantes-Guinée :

- En quoi la constitution d'une expertise locale est pertinente par rapport aux besoins et aux contraintes du pays ?
- Quel est le niveau de constitution de l'expertise locale par rapport aux objectifs fixés ? Comment l'équipe s'est-elle approprié les concepts mutualistes ? Au-delà des compétences techniques, comment la compétence de gestion de projet a-t-elle été intégrée ? La légitimité de l'équipe locale est-elle reconnue par les instances politiques ?
- Comment les actions engagées ont-elles tenues compte de la volonté et de l'objectif d'autonomisation de l'équipe locale ?
- En quoi l'approche participative a permis d'obtenir des résultats tangibles. A-t-elle été ressentie comme un frein réel ou supposé ?
- Comment l'équipe a-t-elle été associée aux processus décisionnels ? Quels outils se sont avérés les plus adéquats pour associer l'équipe aux décisions ?
- Quelle stratégie financière est identifiée ? Quelles sont les conditions à remplir où actions à envisager pour que la pérennité économique de l'équipe locale constituée en structure autonome soit garantie à terme ?
- La structure autonome a-t-elle défini son mode de relation partenariale et de relation avec les principaux acteurs de son environnement ? Son mode de gouvernance ?
- Comment à partir de l'existant, des pratiques et des savoir-faire, le positionnement de Nantes-Guinée a évolué ?
- En quoi le changement de métier de Nantes-Guinée est-il adapté à son environnement.
- Comment l'association répond aux besoins de renforcement de ses équipes, politiques et techniques, au nord et au sud ?
- Quels sont les résultats, l'impact de cette nouvelle structuration (équipe locale autonome et Nantes-Guinée en accompagnement) sur les modes de relations, sur la nature de l'appui et l'évolution du transfert d'expertise.
- Quelles compétences ont été développées, à quels niveaux et quels sont les niveaux de maîtrise de l'expertise ?
- En France, quelles ressources et capacités à développer pour assurer de manière pertinente, efficace et efficiente le rôle de structure d'accompagnement ?
- Quels sont les zones à risques et/ou points de vigilance compte tenu de l'histoire, de la composition de Nantes-Guinée au regard du nouveau projet associatif et des actions déjà engagées ?

Sur les questions partenariales de Nantes-Guinée :

- Comment la politique partenariale de Nantes-Guinée (au Nord comme au Sud) va répondre aux demandes de terrain, quelles sont les exigences à remplir ? Quels types de partenariats ont été engagés, les points forts, les axes d'amélioration? Comment ces partenariats ont servi le projet Santé Pour Tous en Guinée ?
- Quelle contractualisation a été établie, comment ont été portées les négociations ? Comment s'est effectué le suivi des engagements, le suivi des conventions ?
- Comment les partenaires intègrent-ils les changements stratégiques, la posture de Nantes-Guinée ?
- Compte tenu des évolutions, comment une politique partenariale peut être au service d'un projet de développement, d'un axe de renforcement d'une expertise?
- Quels sont les processus décisionnels à mettre en place pour garantir des relations partenariales équilibrées ?
- Quelles réponses ont été mises en avant pour traiter les défis rencontrés ?
- Comment ces réponses ont-elles intégré les valeurs portées par l'association ?

Il est demandé aux consultants, dans leur offre de service, de formuler et d'organiser les questions évaluatives qu'ils proposent de traiter autour de ces axes de réflexion, en fonction de leur compréhension de la problématique et des objectifs de l'évaluation, qu'ils auront exposés par ailleurs.

II.3. METHODOLOGIE

II.3.1. Pour la mission d'évaluation

Quatre phases peuvent être identifiées :

- La phase documentaire interviendra dès le choix de l'équipe d'évaluation réalisé (mi février 2012), c'est-à-dire avant la fin du mois de mars 2012. Cette phase de recherche d'information sera complétée par une rencontre avec les membres du Conseil d'Administration et la Directrice de l'Association à Nantes et sera suivie de la réunion de cadrage avec le Comité de Pilotage et le F3E à Nantes. La réunion de cadrage en présence de l'évaluateur chef de mission sera l'occasion de présenter et de discuter avec le Comité de pilotage et le F3E la note de cadrage de l'évaluation, qui précisera les objectifs, les questions évaluatives et la méthodologie / déroulement détaillé de l'évaluation (sur la base des termes de référence, de l'offre technique retenue, de la phase de documentaire et de la rencontre avec le Conseil d'Administration et la Directrice de Nantes-Guinée). La note de cadrage sera finalisée par l'équipe d'évaluation suite à la réunion de cadrage et validée à distance par le Comité de Pilotage et le F3E.

Pour l'analyse bibliographique, l'équipe d'évaluation aura accès à toute la documentation initiale, rapports narratifs, rapports de mission, rapports d'activités, données de suivi du projet, en France ou en Guinée.

- Une phase de terrain en France et en Guinée, qui permettra sur la base des entretiens individuels, réunions et ateliers collectifs, enquêtes et de toute autre modalité adaptée, l'observation de terrain. La mission en Guinée débutera par une présentation de la note de cadrage à l'équipe locale. En France les entretiens individuels et rencontres collectives auprès des membres de l'association, les membres du CA et des différentes commissions, les principaux partenaires pourront se faire sur Nantes où par téléphone (Skype). En Guinée la grande partie de la mission se déroulera dans les préfectures de Labé et de Pita (zone du

Fouta Djallon), le siège de Nantes-Guinée sur place se trouvant à Labé, les entretiens et ateliers collectifs qui ne se feront pas sur zones pourront être réalisés à Labé. Quelques rencontres seront organisées à Conakry en début ou fin de mission.

- A l'issue de la mission de terrain en Guinée, une première synthèse provisoire sera effectuée en deux temps sur place :

- auprès de l'équipe locale
- auprès des principaux partenaires.

Elle permettra une présentation des premières pistes de conclusions et de recommandations de l'évaluation.

- Enfin une phase de restitution sera conduite en France.

II.3.2. Pour les restitutions et rapports attendus

A l'issue des missions de terrain, le support de la restitution effectuée en Guinée élaboré par l'équipe d'évaluation (aide mémoire ou power point) sera fourni à Nantes-Guinée pour alimenter un débriefing qui sera fait par téléphone dès le retour de la mission avec la Directrice de Nantes-Guinée avant que l'équipe d'évaluation ne s'engage dans la rédaction du rapport provisoire.

Il sera demandé à l'équipe d'évaluation de rendre un rapport provisoire complet, qui présentera la méthodologie utilisée, le bilan effectué, l'analyse portée, les conclusions ainsi que les recommandations pour la poursuite des actions de Nantes-Guinée et les annexes.

Le rapport provisoire sera restitué par l'évaluateur chef de mission (au minimum) au Comité de Pilotage à Nantes avec le F3E, pour discussion.

Le rapport final sera remis en 6 exemplaires papier et sous forme électronique d'une soixantaine de pages maximum + annexes + synthèse de 10 pages environ + résumé de 2 pages. Ce rapport aura intégré les observations émises par le Comité de Pilotage et le F3E sur la base du rapport provisoire, lors de la restitution du rapport à Nantes et éventuellement par écrit y incluant le retour effectué par l'équipe locale.

La synthèse de l'évaluation de 10 pages, sera publiée au début de ce rapport, cette synthèse générale sera complétée d'un résumé distinct de deux pages.

A la fin du processus, le Comité de Pilotage rédigera une note de commentaire sur l'ensemble de la démarche et les suites données à l'évaluation.

Il est demandé aux consultants de faire, dans leur offre de service, des propositions détaillées en ce qui concerne la méthodologie qu'ils se proposent de mettre en œuvre (étapes de l'évaluation, missions en France et en Guinée, réunions et restitutions, articulation avec le Comité de Pilotage, méthodologie de collecte d'information, outils utilisés, documents produits...), en tenant compte des éléments ci-dessus, et de faire éventuellement d'autres propositions méthodologiques argumentées. Les consultants proposeront également, dans leurs offres, la répartition des rôles et du nombre de jours de travail entre chaque évaluateur aux différentes phases de l'évaluation.

II.3.3 Rôle de l'association Nantes-Guinée et des partenaires

L'association Nantes-Guinée est partie prenante dans la réalisation de cette évaluation, la dimension participative est donc privilégiée.

Le Comité de Pilotage est composé de 4 membres de Nantes-Guinée, le Président, un membre actif bénévole, la Directrice, l'Assistant Technique du projet Santé pour tous et le Directeur Technique du projet en Guinée. Le F3E sera associé au Comité de pilotage.

Au vu des enjeux de cette évaluation sur les évolutions de Nantes-Guinée dans ses relations avec ses partenaires, le COPIL intègre le Directeur de l'équipe locale en Guinée, il a été associé à l'élaboration des TDR et participera notamment à la restitution du rapport provisoire qui sera effectuée en France.

Compte tenu de l'implication forte des membres de l'équipe en Guinée lors de la réalisation de la mission de terrain et afin de faciliter le travail de l'équipe d'évaluation, le Directeur Technique assurera le relais entre le COPIL et l'équipe locale pendant toute la durée de l'exercice. Une participation particulière sera effectuée lors des étapes clefs du processus :

- Participation à la réflexion préparatoire pour l'élaboration de la note de cadrage
- Participation à la préparation de la mission en Guinée (briefing)
- Participation à l'élaboration de la restitution à chaud en Guinée
- Participation du Directeur Technique à la restitution du rapport provisoire à Nantes

Détail des constats concernant les neuf mutuelles :

1 Les mutuelles de santé

1.1 Etat de lieux et typologie des mutuelles de santé.

1.1.1 Etat de lieux des mutuelles

A ce jour, 10 mutuelles de santé ont été créées ou accompagnées. Sept sont fonctionnelles (5 anciennes et 2 nouvelles). L'une d'elles (Musil – îles de Loos) a suspendu ses activités en raison des causes internes. Deux mutuelles (une scolaire et l'autre universitaire) sont en cours de démarrage par la collecte des cotisations et la mobilisation sociale

Par ailleurs, le projet envisage la création d'une mutuelle dont les bénéficiaires seraient les conducteurs de mototaxis à Labé.

En mars 2012, les 7 mutuelles actives totalisaient 1.190 adhérents dont les cotisations étaient à jour et 4.756 bénéficiaires.

1.1.2 Typologie de mutuelles de santé

D'un point de vue historique, les mutuelles accompagnées par le projet « Santé pour tous » peuvent être rangées en trois catégories :

- **Les mutuelles associatives ou intégrées dans un mouvement social.**

Il s'agit des mutuelles créées par des associations préexistantes voulant promouvoir leurs intérêts en matière de santé. Il s'agit des mutuelles de Timbi Madina, de Dalaba, de Gongoré et de Labé (la FEPAL). Elles sont composées d'artisans ou d'agriculteurs

- La mutuelle de Timbi Madina a été mise en place pour ses membres par l'Union des Groupements de Timbi Madina (UGTM), affiliée à la Fédération des Paysans du Fouta-Djalon. (axée sur la culture de la pomme de terre). Cette mutuelle est également caractérisée par ses liens avec une structure de soins associative : le Centre Médical Associatif de Timbi Madina. (anciennement Centre Médical Paysan, financé par ladite fédération)
- La mutuelle de Gongoré (MAUGO) a été créée par l'Association des Unions de la Zone de Gongoré. Elle est composée de 8 unions qui représentent plus de 37 groupements, majoritairement féminins, répartis sur l'ensemble de la sous-préfecture. Il s'agit donc essentiellement d'une mutuelle de femmes.
- La mutuelle de Dalaba fut une l'initiative des membres des unions de femmes productrices de pommes de terre de Dalaba, sur le modèle de MUGTM susmentionnée. Elle est donc, elle aussi, une mutuelle principalement de femmes.
- La mutuelle urbaine de Labé (la FEPAL) a été créée par la Fédération Préfectorale des Artisans du chef lieu de la région de Labé, qui fut soutenue pendant plusieurs années par la coopération allemande (l'ex GTZ appelée aujourd'hui appelée GIZ). La mise en place de cette mutuelle a connu des débuts forts laborieux parce que la GTZ terminait à ce moment-là son programme local et que la plupart des groupements d'artisans ne réussirent pas à survivre.

- La future mutuelle des conducteurs de mototaxis appartiendra à cette catégorie.

L'intérêt de ce type de mutuelle est qu'ils ont la possibilité de baser leur système sur l'adhésion obligatoire et ainsi éliminer la sélection adverse. La plupart de ces mutuelles l'ont d'ailleurs adopté. L'adhésion des membres aux mutuelles des producteurs de pommes de terre conditionne par exemple l'accès aux intrants agricoles. Malheureusement tous les membres n'ont pas suivi le système.

Actuellement, ces mutuelles sont ouvertes à tous les habitants, qu'ils soient membres ou non des associations fondatrices. On constate néanmoins que les membres continuent à représenter un pourcentage substantiel des adhérents. A Dalaba, par exemple, 322 adhérents sur un total de 346 sont membres de l'Union des femmes productrices de pommes de terre.

- **Les mutuelles communautaires. (sous-préfecture = commune rurale)**

Ces mutuelles relèvent d'initiatives des communautés locales, principalement en application de l'Initiative de Bamako. Elles sont habituellement organisées par des prestataires de soins, par exemple un système d'assurance visant à améliorer le recouvrement des coûts et à étendre le nombre de bénéficiaires dans la région concernée.

Dans cette évaluation du projet « Santé pour tous », il est intéressant de constater que ce sont donc les membres d'une communauté qui ont initié eux-mêmes leur mutuelle, en visant les agriculteurs, les artisans, les fonctionnaires, les commerçants, etc.

Dans cette catégorie de mutuelles, nous avons identifié les initiatives suivantes :

- La mutuelle de Maci concerne la population des districts de la commune de MACI
- La mutuelle de Timbi Tounny vise la population des districts de la commune de Timbi Tounny.
- La mutuelle de Mitty bénéficie à la population des districts de la commune de Mitty. Il s'agit d'une ancienne mutuelle accompagnée par la GIZ que le projet a accepté de redynamiser.

- **Les mutuelles corporatistes**

Elles ressemblent aux mutuelles associatives susmentionnées mais elles visent des sous-groupes différents : par exemple, la mutuelle scolaire qui regroupe non seulement des élèves et des enseignants mais aussi leurs familles.

Deux mutuelles de ce type sont en voie de constitution dans le cadre du projet « Santé pour tous », à savoir la mutuelle scolaire et la mutuelle universitaire. Elles sont dans la phase mobilisation sociale et ont déjà tenu leurs assemblées générales constitutives (AGC) avec désignation des organes de gestion.

Quelques commentaires au sujet de chacune de ces deux nouvelles associations :

a) **la mutuelle universitaire :**

Son groupe-cible est l'ensemble des étudiants et des enseignants avec leurs familles.

Ce mélange entraîne des difficultés dans la collaboration entre les deux sous-groupes, étant donné qu'ils ont des capacités financières et des modes de vie différents.

L'autre grand défi qui attend les acteurs mutualistes de l'université est la juxtaposition de deux sources de financement, d'une part les cotisations des mutualistes et d'autre part la dotation de l'Etat guinéen.

Cette dotation est gérée par les autorités universitaires. Il serait souhaitable que celles-ci en délèguent la gestion à la mutuelle mais ce principe n'est pas encore acquis.

Ces autorités ont actuellement tendance à la réserver aux soins de deuxième niveau, c'est-à-dire aux soins hospitaliers. Les soins ambulatoires ou primaires deviendraient le domaine de la mutuelle.

Celle-ci devra affronter la difficulté de demander des cotisations à des gens habitués jusqu'à présent à la gratuité.

Cette juxtaposition de deux sources de financement comporte des risques que la mission d'évaluation a essayé d'analyser avec les différents acteurs.

Le risque le plus important est celui de fraudes. Les bénéficiaires potentiels pourraient refuser de cotiser à la mutuelle afin de conserver la gratuité de leurs soins. Pour les maladies simples ou ambulatoires, certains risquent de simuler des maladies graves afin d'obtenir une consultation hospitalière gratuite.

Par ailleurs, l'étude de faisabilité de cette mutuelle universitaire présente deux lacunes importantes : d'une part les acteurs n'y ont pas été suffisamment impliqués, d'où un manque d'appropriation, et d'autre part des points essentiels restent vagues, à savoir la définition du couple cotisations-prestations et des conditions du démarrage des activités.

b) la mutuelle scolaire

Elle vise les élèves, les enseignants et leurs familles, ainsi que les responsables du secteur de l'éducation dans la commune de Dalaba. Il est important de savoir qu'une partie importante des élèves sont des « internes » des jeunes qui viennent d'autres communes et qui n'ont donc personne pour prendre soin d'eux en cas de maladie.

Nous pouvons formuler à peu près les mêmes commentaires que pour la mutuelle universitaire mais il faut tenir compte de deux grosses différences : d'une part l'Etat ne prévoit pas de dotation pour les écoles en matière de santé et d'autre part il existe déjà une mutuelle importante à Dalaba. Il ne faudrait pas que cette coexistence entre deux mutuelles n'aboutisse à l'affaiblissement de l'une ou de l'autre.

1.1.3 Relation avec les MURIGA

La mission n'a pas eu le temps ni les contacts pour se faire une idée des Muriga-plus. Ce système mis en place par la FNUAP consiste essentiellement à améliorer l'accès aux soins obstétricaux (liés à la reproduction)

Elles sont mises en place par les directions préfectorales DSP, qui constituent les points focaux. Mais le Président a récemment décrété la gratuité des soins obstétricaux et donc les Muriga-plus n'ont plus guère d'utilité aux yeux de leurs membres. Par ailleurs elles sont pour la plupart en état d'insolvabilité et les formations commencent à refuser les soins aux membres. (Cas reporté au centre de santé de Madina).

Malgré les efforts effectués par le projet et l'équipe pour entrer en contact avec les principaux interlocuteurs (courrier, guide comparatif des deux approches...), aucune concertation n'a pu

être établi entre les Muriga (et leurs promoteurs) et les promoteurs de mutuelles. Les Muriga font partie des services de santé (DSP) et donc contribuent au financement de ceux-ci. Il est donc délicat de les accompagner dans un processus d'intégration dans les mutuelles car cela nuirait au bon fonctionnement des DSP.

Lors de la première session 2011 du Comité Technique Régional de la Santé CTRS de Labé, les autorités des DSP se sont engagées, en présence du ministre de la Santé et du représentant du FNUAP, à soutenir la mise en place des mutuelles et des Muriga. Elles ont même souhaité la fusion entre ces deux réseaux.

1.1.4 Autopromotion des mutuelles

Les Mutuelles de santé promues par Nantes Guinée dans la cadre du projet « Santé Pour Tous » restent très dépendantes de l'ONAM à travers ses Assistants Techniques et de FMG pour ce qui concerne le médecin Conseil.

Les tâches qui sont actuellement assurées par les mutuelles se limitent en effet à la sensibilisation, à la collecte des cotisations et au paiement des factures. Les mutuelles ne jouent aucun rôle purement technique, notamment 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.

Le cahier des charges des Assistants techniques des mutuelles donne l'impression que ces derniers font tout à la place des mutuellistes. La complémentarité entre leurs tâches et celles des mutualistes n'est pas claire. L'évolution souhaitée en matière de transferts, de responsabilisation ou de partenariat n'est pas précisée non plus. Les assistants techniques (jusqu'il y a peu appelés « animateurs de terrain du projet PST »), s'identifient encore très fort avec leur mutuelle, ce qui se comprend. La relation avec les Mds n'est pas fondamentalement changée.

L'évolution vers la fin de l'approche « projet », où on fait tout à la place des responsables locaux en ne rendant compte qu'au projet lui-même, est encore à ses débuts. La formation des personnes relais dans chaque mutuelle est une activité qui va dans ce sens. Aussi quel sera le rôle des ATM ensuite ? La mission a constaté que les éléments de gestion ne sont pas encore maîtrisés par les administrateurs. Les objectifs à atteindre sont fixés et connus, mais ne font pas l'objet d'un suivi (les tableaux de bord pas remplis correctement et les paramètres/indicateurs ne sont pas tous systématiquement maîtrisés).

Le rôle des ATM après cette approche « Projet » reste à définir.

La mission est d'avis que cette phase de mise en place des mutuelles exige une analyse plus détaillée et réalisée avec toutes les personnes concernées. Elle permettrait de mieux connaître, et donc de mieux comprendre, le potentiel et les contraintes qui limitent l'augmentation des bénéficiaires. Cette analyse porterait sur le taux de pénétration, sur le taux de fidélisation, etc., ventilés selon le sexe, la profession, le district ou le poste de santé, etc.

Le fait que la plupart des mutuelles sont très liées à d'autres organisations empêche de connaître l'évolution de leur membership. .

1.2 Le fonctionnement des mutuelles de santé

Les sept mutuelles actives qui ont fait l'objet de la présente évaluation se caractérisent par une participation communautaire à la gestion courante et à la prise de décisions. Plusieurs questions posées lors de l'évaluation ont permis de préciser cette participation.

1.2.1 Le rôle des adhérents

L'assemblée générale (AG) des adhérents constitue la manifestation minimale d'exercice de la participation de ceux qui cotisent aux mutuelles de santé. Les 7 mutuelles fonctionnelles tiennent des AG d'adhérents, le plus souvent avec une fréquence annuelle.

Dans les statuts (dont le contenu n'est pas standard pour toutes les mutuelles), ce sont les décisions liées aux cotisations (montant, mode de paiement) et au choix des responsables qui impliquent le plus les adhérents, de même que les décisions qui relèvent de la gestion et des résultats d'exploitation. Les décisions relatives aux prestations (choix des prestations et des prestataires) ne relèvent pas de la compétence des adhérents.

1.2.2 Les instances dirigeantes des mutuelles de santé

Le pouvoir appartient au Conseil d'administration (CA) et, au quotidien, au Bureau Exécutif (BE). Quant à la Commission de contrôle (CC), elle veille à la légitimité des décisions prises par le BE ou par le CA et rend compte à l'AG.

Dans les 7 mutuelles de santé fonctionnelles, les rencontres statutaires des membres du CA sont trimestrielles. Les rencontres du CA pour l'ensemble des mutuelles sont tenues à un taux de 70% en 2009 et 2011 contre un taux de 60% en 2010. Ce taux apparemment faible n'est que virtuelle. Les membres en effet se retrouvent presque tous les mois mais ne produisent des PV de ces rencontres.

Dans les sept mutuelles en activité, les statuts prévoient des réunions trimestrielles du CA. Selon les PV, ces réunions, pour l'ensemble des mutuelles, se sont effectivement tenues dans 70% des cas en 2009 et en 2011, et dans 60% des cas en 2010. En fait les membres des CA se rencontrent presque tous les mois mais sans procès-verbal.

Pour les Conseils exécutifs, le pourcentage de tenue des réunions était de 47% en 2009, 88% en 2010 et 85% en 2011. Comme les CA, les conseils se réunissent souvent sans PV. Il faut donc souhaiter que les PV de réunion soient plus systématiquement rédigés.

S'agissant des commissions de contrôles, le taux de tenue des réunions est de 12% en 2009, de 50% en 2010 et de 35% à la fin du 3ème trimestre 2011. Ce constat rejoint celui qui ressort des enquêtes de satisfaction externe : ces commissions ne fonctionnent pas correctement. C'est pour cela que la mission apprécie à juste titre la planification en 2012 d'un renforcement des élus de ces commissions dans le but de les amener à jouer pleinement et convenablement leur rôle. Les modalités et les méthodes de formation de ces responsables adultes ne semblent cependant pas toujours appropriés au groupe cible. Bien que ces formations aient lieu en Pular, les supports ne sont disponibles qu'en français. Par ailleurs, le rôle et la valeur spécifique de la commission de contrôle ne sont pas assez motivants. Plus qu'un contrôle de ce que font les autres – ce qui demande une expertise plus poussée et une

un double travail alors que les ressources humaines sont déjà limitées- il faudrait réfléchir sur la manière de lui donner une valeur spécifique, au-delà de simples contrôles.

1.2.3 Viabilité administrative

Dans toutes les mutuelles, il existe des outils de gestion adaptés. Ils sont tenus à jour par des responsables des bureaux exécutifs :

- Outils du suivi des adhésions
- Outils du suivi du recouvrement des cotisations
- Outils du suivi des prises en charge
- Outils du suivi du portefeuille de risques
- Outils du suivi de l'enregistrement comptable
- Outils du suivi budgétaire et de la trésorerie
- Outils de planification annuelle et stratégique

Cependant, il faut signaler que certains outils méritent d'être améliorés. C'est le cas du suivi du portefeuille de risques. En effet, il n'est pas facile de savoir si la personne qui demande des soins est bien l'un des bénéficiaires de la carte qui est présentée. Seule la photo de l'adhérent figure sur celle-ci et pas celle de tous les bénéficiaires. Les factures ne mentionnent pas clairement le sexe et l'âge de la personne qui a bénéficié de soins.

Dans la mutuelle de MAUGO, les outils sont tenus en langue locale, le Pular. C'est important pour l'appropriation de l'initiative par la population et cela permet une meilleure gouvernance. C'est pour cela que nous avons regretté la décision de faire tenir les outils de gestion en français. Si les outils et le tableau de bord étaient tenus en langue locale, les mutualistes pourraient se faire eux-mêmes une opinion assurer un suivi avec les responsables.

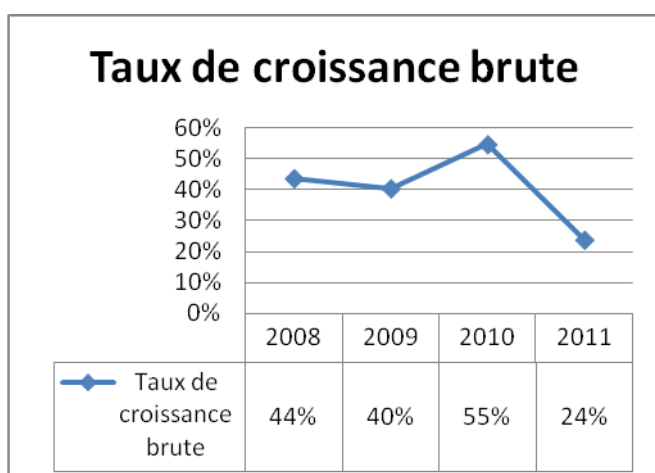
1.2.4 Evaluation de la viabilité fonctionnelle

La viabilité fonctionnelle a été évaluée au moyen des critères suivants :

- La dynamique d'adhésion (la capacité à constituer et à fidéliser une «clientèle»)
- Le recouvrement des cotisations

Toutes les informations chiffrées qui sont indiquées dans ce chapitre représentent soit la moyenne des résultats des sept mutuelles actives soit le total de ces résultats.

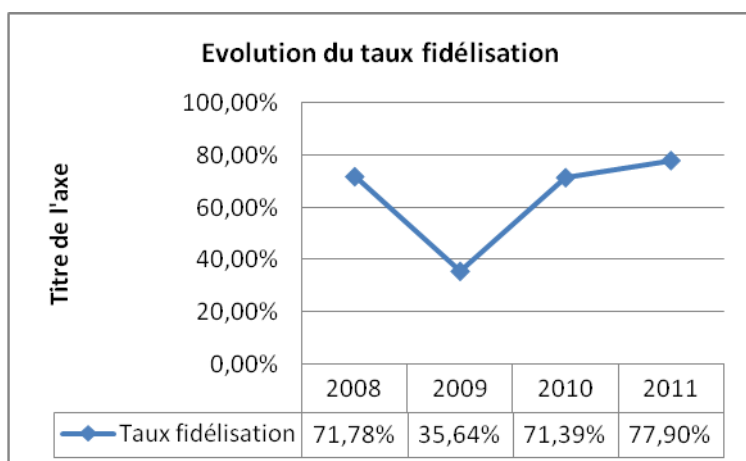
1.1. La dynamique d'adhésion



Ce graphique porte sur la moyenne des données des sept mutuelles et montre que le taux de croissance brute est positif les 4 dernières années. Il illustre la croissance de ces mutuelles. L'évolution en dents de scie indique que l'évolution des adhésions n'est pas régulière. La chute brutale en 2011 peut être le résultat des ruptures fréquentes des médicaments dans les formations sanitaires. Mais il faut reconnaître que le seul taux brut de croissance ne donne pas droit à tous les commentaires sur la dynamique d'adhésion.

La croissance de 2011 est essentiellement due à la mise en place de nouvelles mutuelles et non à la croissance moyenne des mutuelles.

1.2. Le taux de re-cotisation ou de fidélisation



Le taux de fidélisation, calculé sur base du renouvellement des cotisations, n'a jamais atteint, dans l'ensemble des mutuelles, le niveau de 80% qui assure la viabilité de ces organismes.

Même si ce taux cache des disparités, (39,64 % pour la MAUGO et de 92,20% pour la mutuelle de Dalaba en 2012) aucune mutuelle n'a pu le maintenir constant durant les 4 dernières années. Ce taux est de 67,61% en fin mars 2012 pour les 5 anciennes mutuelles, ce qui est un indicateur relativement peu satisfaisant. Ceci est la manifestation du manque de confiance des mutualistes dans leur outil commun de protection sociale. Il peut également être expliqué par la faible attractivité du produit. Mais lorsque la mission a interrogé les

responsables mutualistes, le refrain a toujours été le même : la rupture fréquente des médicaments est la cause de ce faible taux.

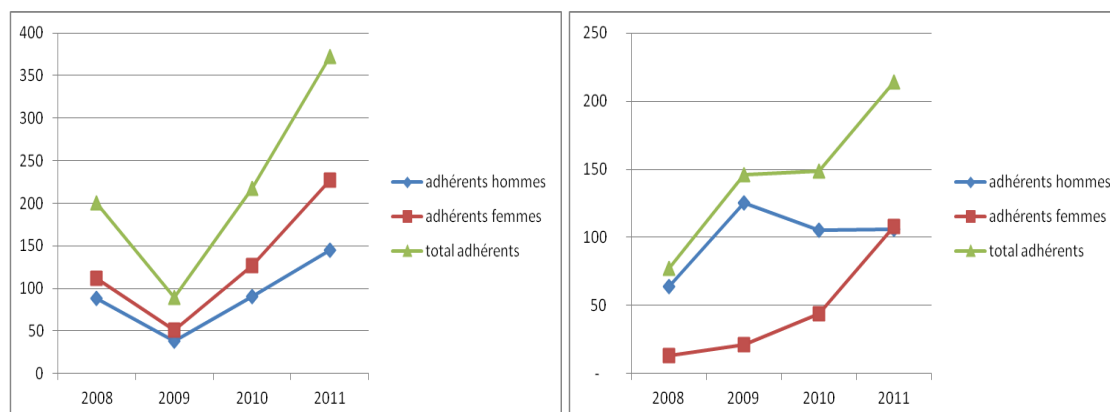
Lors des discussions de groupe, les participants se sont plaint du fait que les non-adhérents recevaient de meilleurs soins et étaient plus vite reçus par les prestataires que les adhérents, Ceci s'explique par le fait que certains prestataires dissimulent des médicaments de « sous table » qu'ils vendent de préférence aux patients non mutualistes parce qu'ils ont un bénéfice plus important. Les mutualistes reçoivent obligatoirement des prescriptions pour des médicaments MEG sur lesquels les prestataires ont une marge officielle et donc plus réduite.

Nous n'avons pas pu établir des preuves objectives d'un traitement différencié entre les non-mutualistes et les mutualistes. Cependant tous les prestataires rencontrés ont confirmé le phénomène et l'ont justifié par le fait que certains agents communautaires travaillant dans les postes de santé sont mal payés. En effet, la plupart des agents communautaires ont un barème qui ne représente en moyenne que le tiers de celui de leurs collègues de la même catégorie dans la fonction publique Ces agents « communautaires » sont donc tentés de chercher des à-côtés pour assurer leurs fins de mois. Il faut ajouter ici que le problème de rupture de stocks de médicaments dans les formations sanitaires conventionnées a fortement milité en faveur de cette opinion.

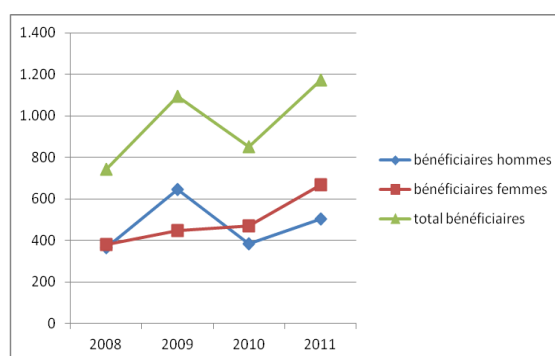
En associant le taux de fidélisation en 2011 avec les informations issues de l'enquête de satisfaction où 94% des mutualistes interrogés ont confiance dans les mutuelles de santé (cfr rapport enquête de satisfaction page 12), on est tenté de tirer une conclusion hâtive selon laquelle ces informations se contredisent. L'analyse comparative du taux de fidélité et du taux de croissance brute montre qu'en 2011 les deux courbes ont évolué dans des sens contraires : pendant que la croissance brut baisse, la fidélisation (bien que ce taux soit faible) croît. C'est bien une preuve de la confiance des mutualistes dans la bonne gestion de leurs mutuelles.

Les raisons de ce faible taux de re-cotisation sont à rechercher ailleurs. Ce qui est évident pour l'instant c'est que le problème de rupture de médicaments en est une.

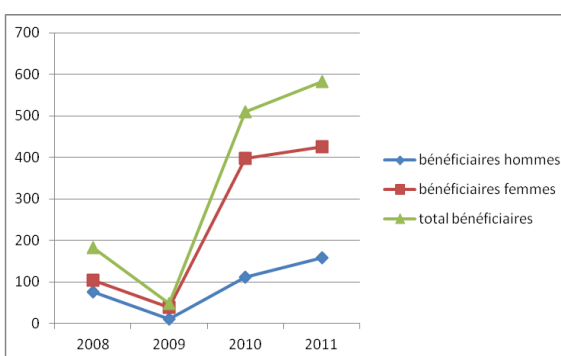
L'absence de données ventilées selon le sexe et selon la qualité de la formation sanitaire (centre communal ou poste ou SCA) nous empêche de valider l'hypothèse que les femmes sont plus fidèles (le chiffre de Dalaba pourrait-il en témoigner ?) Le fait est que le nombre d'adhérents en règle de cotisation et même le nombre de femmes bénéficiaires évoluent en général plus positivement que celui des hommes, jusqu'à rattraper celui-ci.



Dalaba (adhérents)



Fepal (adhérents)



MUGTM (bénéficiaires)

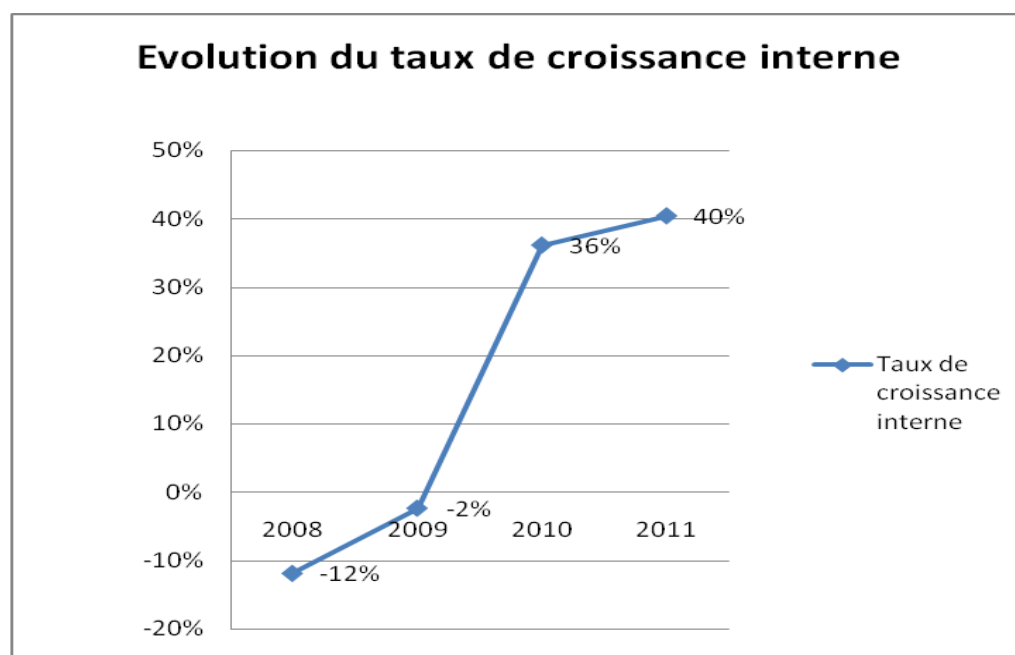
Maugo (bénéficiaires)

La mission n'a pas pu vérifier non plus dans quelle mesure une rupture de médicaments dans un poste de santé déterminé influence le taux de fidélité.

L'indicateur global est peut-être intéressant pour apprécier la redevabilité envers le bailleur mais il n'est pas assez détaillé pour permettre des analyses approfondies... Sans ces données, que l'ONAM n'est pas en mesure de fournir, ce qui est une faiblesse, il est hasardeux de confirmer ou non que la rupture de médicaments est l'unique voire la plus importante raison du faible taux de fidélité. En même temps cela devrait aussi influencer le taux de sinistralité ?

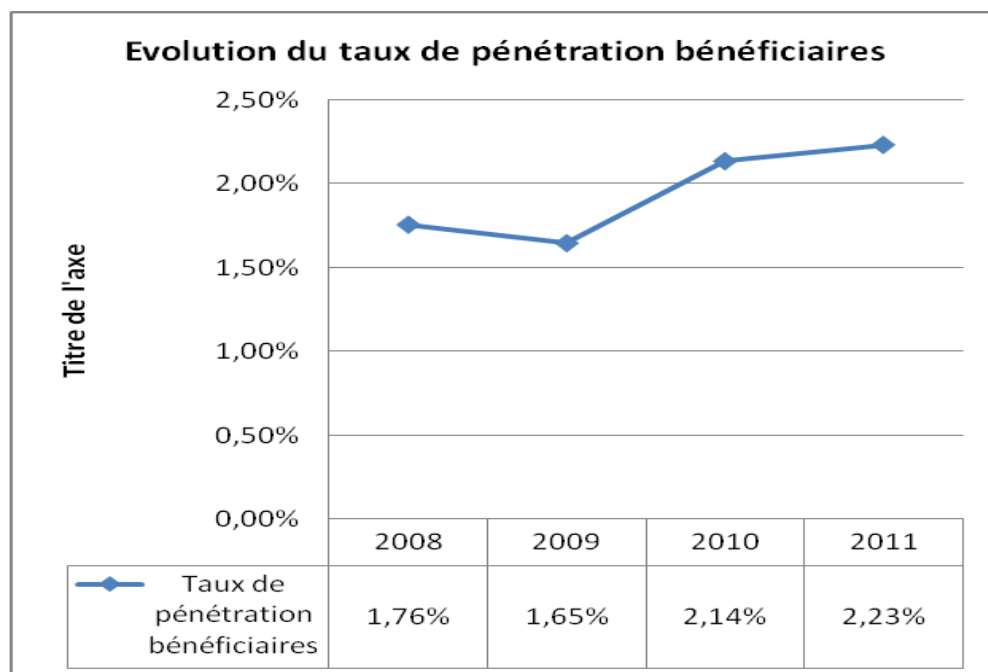
En 2009, les mouvements de population suite aux tensions ethniques a obligé tous les prestataires de soins non peulhs ont quitté la zone, ce qui n'a pas permis à ceux-ci de suivre régulièrement les formations. En 2010, la situation politico-administrative s'est améliorée ainsi que la situation économique (échanges commerciaux, etc.). Cette évolution sécuritaire et économique a sans doute été un facteur déterminant de croissance en 2010.

1.3 La croissance interne



Cet indicateur indique l'évolution du nombre d'adhérents dans les zones d'implantation traditionnelle de la mutuelle de santé. On constate une montée en flèche. Si le public-cible de la mutuelle est resté constant durant la période considérée, le taux de croissance interne devrait théoriquement être le même que le taux de croissance brute. Or ce n'est pas le cas. La hausse du taux de croissance interne montre que les mutuelles arrivent progressivement à pénétrer leur zone initiale en dépit du contexte difficile qu'entraîne la faible qualité des soins. Ceci est un signe d'espoir pour la mutuelle, ce qui est fort encourageant.

1.4 Le taux global de pénétration



Le taux de pénétration moyen sur la zone d'implantation des mutuelles a été de 2,23% en 2011. Il a été de 7,11% dans la zone de Timbi Madina (le meilleur score) et de 0,82 pour la FEPAL (le plus mauvais score). Ce résultat décevant de FEPAL peut s'expliquer par le fait qu'elle est urbaine et qu'elle était à l'origine axée sur un groupe socioprofessionnel déterminé (elle garde cette image malgré son ouverture à toute la population)

Ce taux paraît faible et ce n'est pas un signe encourageant d'enracinement des mutuelles. Cependant nous apprécions la progression observée au niveau de ces taux de 2008 à 2011. C'est un signe d'espoir. Un effort significatif doit être consenti par les mutuelles pour améliorer les taux de recotisation et de croissance externe. La norme du taux de pénétration dans la région est de 8% à 10%. Ce n'est qu'à ce niveau d'ancrage qu'une mutuelle devient vraiment durable et est reconnue comme un acteur important voire incontournable dans le SSP !

Le taux de Timbi Madina est nettement supérieur à la moyenne générale. C'est donc intéressant de l'analyser afin de voir si des raisons de succès sont extrapolables aux autres mutuelles. La mission est d'avis que ce résultat relativement positif est dû en grande partie au fait que cette mutuelle est greffée à une organisation paysanne très forte et qui s'implique vigoureusement dans l'activité de sa mutuelle. (Recouvrement des cotisations lors des

campagnes commerciales et subventionnement du siège). Elle est aussi propriétaire d'un CMP/CMA, ce qui garantit une meilleure qualité de soins. Madina dispose également de trois centres médicaux. Le problème de la qualité des soins ne s'est donc pas posé de la même manière que dans d'autres mutuelles. La possibilité pour les mutualistes d'examiner les recettes du CMA ne serait-elle pas un bon indicateur de l'articulation entre les deux services ?

Le recouvrement des cotisations

L'un des points forts des 7 mutuelles fonctionnelles appuyées par le projet « Santé pour tous » est le taux de cotisation. Ce taux est presque de 100% pour toutes les mutuelles, ce qui semble être le meilleur de la sous-région, voire du continent. Ceci témoigne de la bonne politique de recouvrement et de l'efficacité de l'ensemble du système mis en place. Un taux de recouvrement faible serait fortement préjudiciable au bon fonctionnement de la mutuelle dans le contexte actuel. Le défi pour les mutuelles est de garder ce bon taux tout en œuvrant pour leur croissance.

Toutefois, on ne peut parler de recouvrement que lorsqu'il y a des créances. Or ici cette mesure qui assure un bon taux de recouvrement oblige les mutualistes de payer tout le montant en une fois et endéans une période réduite. En évitant donc ce défi de recouvrement ils font plus tort que de bien, d'ailleurs cela se vérifie dans les taux de fidélisation et de pénétration.

1.3 Viabilité technique

La viabilité technique d'une mutuelle de santé s'apprécie par l'analyse de la qualité de son portefeuille de risques. Cette analyse porte notamment sur la capacité de la mutuelle de santé à maîtriser les cinq risques fondamentaux inhérents à l'assurance santé, à savoir : la sélection adverse (ou anti-sélection) ; le risque moral (la surconsommation) ; la surprescription ; les fraudes, les cas de catastrophe ou d'épidémies. Nous vous présentons ci-après notre analyse de la viabilité technique des 7 mutuelles de santé fonctionnelles.

1.3.1 la sélection adverse

L'évaluation d'avril 2006 avait donné l'alerte sur le risque potentiel de sélection adverse que couraient les deux mutuelles (la MAUGO et l'UGTM) du fait que leurs groupes-cibles sont limités aux membres respectivement de l'UGTM et de l'AUZ. La mission a constaté qu'aucune mesure n'a été prise pour limiter ce risque. Les adhésions sont toujours volontaires avec l'exigence du nombre minimal des personnes à charge par carte à trois. (Ce que ONAM appelle erronément « la taille moyenne de famille est de 4 »)

Nous n'avons pas identifié de manifestation d'une sélection adverse du fait que la plupart des mutuelles étaient basées dès leur création sur l'adhésion des membres de groupes déterminés. Mais il faut préciser que le risque est grand à présent que les mutuelles sont ouvertes au reste de la communauté. La stratégie de sensibilisation n'est donc plus axée sur des groupes mais sur des individus. Les personnes relais récemment formées travaillent donc sur une base spatiale (les districts) et non sur une base socioprofessionnelle, ce qui ne favorise pas l'adhésion ni la fidélisation de groupements.

S'il y a eu, depuis la période d'ouverture à la communauté, une augmentation de la sélection adverse, cela devrait pouvoir se vérifier notamment par le taux de sinistralité et le ratio total des prestations/nombre moyen de bénéficiaires couverts. Néanmoins, tant de facteurs externes sont intervenus entre-temps qu'il est bien difficile d'utiliser ces facteurs.

Le seul paramètre directement lié à l'adhésion adverse – surtout que les mutuelles n'exigent pas de période d'observation – est le délai entre la première consultation et la date d'adhésion/cotisation. (Le médecin conseil devrait faire une étude sur des échantillons dans les mutuelles où l'évolution du taux de sinistralité rend cette hypothèse plausible.

Par ailleurs, la mission a déploré le fait que les nouvelles adhésions ne sont possibles que durant la période de recouvrement des cotisations annuelles, à savoir le premier mois de l'exercice. Cette limitation dans le temps implique la suppression des périodes d'observation, ce qui constitue un accroissement du risque. C'est un choix que les fondateurs des mutuelles ont fait dès le départ, mais ce n'est pas sans risques en raison de l'absence d'une période d'observation.

1.3.2 le risque moral (la surconsommation)

En dépit de la recommandation de l'évaluation d'avril 2006, aucune disposition n'a été prise entre 2006 et la mission de l'UTM en 2011. Ce n'est qu'après cette mission que certaines mutuelles ont introduit des franchises qui représentent une première étape dans l'expérimentation du co-paiement. La franchise est un forfait payé par le patient quel que soit le coût de la prestation. Cette franchise est de 1000 GNF (soit environ 0,11 Euro) pour les mutuelles de (.....). Aucun indicateur ne nous a permis de savoir dans quelle mesure le risque de surconsommation s'est maintenu après l'introduction de cette franchise. Il faut tout de même préciser ici que la plupart des prestataires ont affirmé avoir subi des pressions de la part de certains mutualistes qui les ont obligé à prescrire des traitements ou des médicaments non nécessaires. A titre d'illustration, certains patients exigent des injections à la place des comprimés. Les auto-évaluations que nous avons organisées avant notre descente sur le terrain ont confirmé ces déclarations des prestataires. Elles ont en effet permis de constater que certains patients refusent les traitements proposés par des prestataires et leur imposent d'autres prescriptions. Vu l'importance que prend ce risque, il serait judicieux pour les mutuelles d'instaurer un ticket modérateur à la place des franchises en cours d'expérimentation dans les mutuelles et d'introduire le plafonnement du nombre de prises en charge.

1.3.3 La sur prescription (ou escalade des coûts)

La tendance à l'augmentation des coûts est causée par le comportement des patients et des prestataires en plus évidemment de la hausse des prix des médicaments :

Le risque moral est un exemple de comportement qui peut conduire à l'escalade des coûts. La fraude et l'abus vont aussi accroître les dépenses. Parmi les attitudes et pratiques des prestataires qui peuvent augmenter de façon significative les charges des mutuelles, on peut citer : la prescription de soins inutiles, l'utilisation des procédures ou des traitements les plus coûteux et la prolongation inutile des séjours à l'hôpital. La mission n'a pas rencontré un cas

d'une sur prescription. Nous avons plutôt rencontré la tendance inverse à savoir que les prestataires s'efforcent de maîtriser le plus possible le risque moral. Il importe, dès lors, de veiller aux options permettant de prévenir l'escalade des coûts (standardisation des schémas de traitement/Protocole thérapeutique ; Obligation de prescription de MEG ; Plafond dans la couverture de soins)

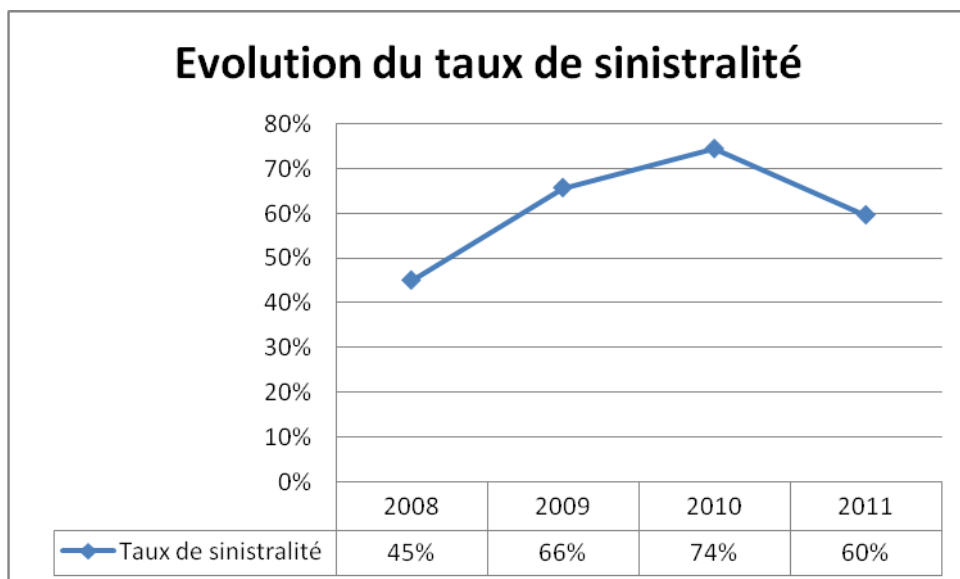
Le cas du démarrage récent du CSA (FMG) en mars 2012 est néanmoins à signaler et c'est intéressant de tenter de l'expliquer. Il est possible de comparer le coût moyen des prestations pour les consultations du CSA durant les deux premiers mois de 2012 avec la moyenne générale. L'utilisation intensive de consommables de laboratoire constitue sans doute une cause « logique » de hausse des coûts ? (Lors de notre visite au CSA la facture des analyses labo était assez fréquente et s'élevait en moyenne à 50.000 !) La mission recommande donc de distinguer clairement les factures de consultations, les factures d'examens de labo et celles de médicaments.

1.3.4 Les fraudes, les cas de catastrophe ou épidémies.

La mission n'a pas décelé de fraude en tant que telle, mais elle a constaté qu'il existe des sources potentielles liées aux dispositifs d'identification des bénéficiaires. Sur les factures transmises à la mutuelle, il n'existe aucune information sur l'âge et sur le sexe des bénéficiaires des prestations. Sur les cartes d'adhésion (il n'existe pas de carte de bénéficiaires), on ne retrouve pas la photo de chaque bénéficiaire. Tout ceci laisse une grande porte ouverte à la tentative des familles d'utiliser la même carte pour les autres enfants non bénéficiaires de la mutuelle. Ceci est d'autant plus important que les mutuelles n'ont pas adopté le mode d'adhésion limitant les risques (mode familial obligatoire) ou le type d'adhésion automatique : l'adhésion est automatique lorsque l'appartenance à un groupe (coopérative, village, syndicat, entreprise, etc.) entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle. La décision d'adhérer à la mutuelle est prise librement par le groupe (et non individuellement). Elle n'est pas imposée par l'extérieur.

1.4 Viabilité financière et économique

1.4.1 Taux de sinistralité



Les ratios de sinistralité calculés pour l'ensemble des 7 mutuelles de santé sur 4 ans indiquent qu'une majorité des mutuelles fonctionnelles sont en-deçà des fréquences de recours aux soins correspondant au niveau de cotisation fixées. La norme acceptable est de 75%. Seule l'année 2010 semble être proche de la norme. Ceci témoigne que les mutuelles n'accordent pas une part substantielle des cotisations au paiement des prestations qui pourtant est l'objet premier de la mutuelle. Plusieurs interprétations sont possibles : surestimation de la cotisation ou inadéquation du couple prestations-cotisations déterminé lors de la mise en place des premières mutuelles, processus d'apprentissage de la consommation qui n'est pas achevé pour les bénéficiaires, faible attractivité des produits offerts, ce qui pourrait s'observer au niveau du taux de fidélisation. Il est important que les mutuelles identifient la raison réelle de ce faible ratio de sinistralité et des alternatives pour y remédier.

Il faudrait également pouvoir disposer de données sur le taux de sinistralité pour les cotisants à Labé qui ont accès à l'hôpital et à la clinique-mosquée. Cela permettrait de voir si c'est intéressant pour la mutuelle ...) Il serait également intéressant de connaître l'importance et le coût du service de transport comme prévu à Maci et MAUGO.

1.4.2 Ratio de frais bruts de fonctionnement brut

Nous n'avons pas pu avoir les informations sur cet indicateur pour toute la période de 2008 à 2011. Les informations dont nous disposons concernent uniquement l'exercice de 2011. Ces chiffres montrent que le ratio est très élevé. Il est de 32% pour l'ensemble des 7 mutuelles (en moyenne) alors que la norme est de (< 15%). Aucune des 7 mutuelles n'a pu faire un taux inférieur à 15%. Les mutuelles consomment donc une part excessive de leurs ressources pour leur fonctionnement. Cet indicateur n'est pas un bon signe pour la viabilité financière de la mutuelle d'autant plus que les coûts cachés ne sont pas pris en compte dans ce calcul. Il est donc clair que d'une part le chiffre d'affaires (cotisations) devrait augmenter (taux de

pénétration) et d'autre part voir comment les coûts cachés peuvent être mutualisés au niveau d'une union de mutuelles.

1.4.3 Résultats d'exploitation

La somme des résultats d'exploitation dégagés par toutes les mutuelles est globalement positive. Deux cas restent cependant inquiétants. La MAUGO et la MUGTM ont connu chacun deux années négatives pour la période de 2008 à 2011 (2008 et 2010 pour la MUGTM) et (2009 et 2011 pour la MAUGO).

L'analyse des données révèle que ces deux mutuelles ont eu des taux de sinistralité très élevés pour les mêmes périodes. Pour la MUGTM, le taux de sinistralité est de 93% en 2008 et de 108% en 2010. Pour la MAUGO, le taux de sinistralité est de 121% en 2009, ce qui peut justifier le résultat négatif. Par contre le résultat négatif de 2011 ne s'explique pas par l'augmentation du taux de sinistralité car celui-ci fut de 74%, correspondant presque à la norme... Les raisons sont à rechercher ailleurs

1.4.4 Ressources matérielles et financière des mutuelles.

Aucune mutuelle n'a pu avoir de ressources matérielles. Trois parmi elles (FEPAL, MUGTM et MAUGO) ont pu bénéficier d'un siège construit par la principale organisation ayant porté l'initiative du projet de création de la mutuelle.

Toutes les mutuelles ont pu ouvrir des comptes au niveau des structures décentralisées de financement. La plupart d'entre elles ont pu constituer des réserves qui leur permettent de faire face aux situations difficiles de trésorerie. Si le recouvrement des cotisations s'arrête, la norme est qu'une mutuelle soit en mesure de continuer les prestations pendant au moins 3 à 6 mois.

1.5 La performance syndicale des mutuelles de santé :

Il s'agit ici d'apprécier leur capacité à influencer les politiques, le cadre législatif et la pratique des autres acteurs concernés et qui influencent à court et à long terme le développement des mutuelles.

- En lien direct avec la promotion des mutuelles (reconnaissance effective et cadre légal approprié, délégation de pouvoirs et représentation, systèmes de communication et de concertation, mécanismes d'appui public, ...)
- En agissant sur les prestataires des soins

1.5.1 Les relations institutionnelles.

Les relations institutionnelles entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins sont mises en évidence à partir des rôles théoriques et réels, en examinant les fonctions décisionnelles. L'analyse se centre ici sur le niveau d'autonomie de la mutuelle. L'autonomie institutionnelle de la mutuelle par rapport à l'offre de soins est définie selon trois critères :

La séparation des statuts. Les 7 mutuelles ont signé des conventions avec des formations sanitaires qui ont un statut juridique distinct de celui de la mutuelle, à l'exception du centre de santé associatif de FMG. Sans avoir le même statut que la mutuelle de santé FMG est son conseiller médical. Nous aborderons l'analyse de cette situation dans le prochain point.

La séparation des fonctions décisionnelles. Les fonctions décisionnelles des mutuelles sont assurées par ses organes de gestion et avec l'appui du médecin conseil qui attire leur attention sur les aspects techniques. Cette fonction de médecin conseil doit être séparée du rôle de prestation de soins. Cette séparation a été observée dans toutes les mutuelles et dans les formations sanitaires conventionnées à l'exception du centre associatif de FMG qui vient d'être ouvert. L'ouverture récente de la formation sanitaire associative de FMG, qui est lié par une convention avec la mutuelle de la FEPAL, suscite des difficultés. La première facture reçue par cette mutuelle est très élevée, plus que toutes les factures reçues des autres formations pour presque les mêmes prestations.... Ceci pose un problème de crise confiance entre la formation sanitaire et la mutuelle. La mission n'a pas eu de précisions sur la manière que chaque partie prévoit pour régulariser cette situation.

La formalisation des relations. Une convention est signée entre chacune des 7 mutuelles de santé fonctionnelles (et même les 2 nouvelles) avec une ou plusieurs formations sanitaires. (cfr tableau en annexe)

En somme, les mutuelles de santé accompagnées par le projet « Santé pour tous » jouissent toutes d'une grande autonomie de décision. Sur les 7 mutuelles de santé fonctionnelles évaluées, 6 d'entre elles (.....) ont une autonomie réelle et totale de décision. Une seule (la mutuelle de la FEPAL) pourrait rencontrer à l'avenir des problèmes d'autonomie totale de décision du fait que le médecin conseil est lié par contrat à un des prestataires.

1.5.2 les relations contractuelles.

Les mutuelles de santé peuvent avoir recours à deux instruments complémentaires pour contrôler les prix, les quantités, la qualité des soins prestés et les rôles de chacun : les protocoles thérapeutiques et les conventions. Les protocoles thérapeutiques ont pour but de «normaliser» les procédures de traitement. Les conventions ont pour but de définir les relations techniques et financières entre le MUSA et les prestataires.

Dans le cadre de cette mission, nous avons analysé l'existence et la qualité des conventions qui formalisent les relations entre les prestataires de soins et les formations sanitaires. Dans le tableau suivant sont repris les éléments clés devant figurer dans la plupart des conventions établies entre un SA et des prestataires. Par contre nous n'avons pu prendre connaissance d' protocole thérapeutique.

Analyse d'une convention avec un prestataire de soins

Eléments figurant dans la convention	Oui / Non	Commentaires
La définition des services couverts	Oui	Les prestations couvertes sont bien spécifiées.
Les tarifs	Oui	Les tarifs sont complets
Les modes de paiement du prestataire	Oui	pas très bien spécifié mais les échanges sur le terrain nous ont permis de savoir que c'est le paiement à l'acte au niveau des Centres de Santé et une tarification au niveau des centres associatifs. (incluant le coût des MEG prescrits)
Les délais de paiement	Oui	La facture est mensuelle avec un délai de 5 jours
Les modalités d'application des co-paiements	Oui	Une franchise pour les CS et un ticket modérateur pour certains actes dans les hôpitaux et cliniques
Les conditions de modification des tarifs des actes pris en charge	Non	Pas spécifiés
Les procédures d'audit médical	Oui	
Les modalités d'application des protocoles thérapeutiques	Non	
Les modalités de contrôle par le prestataire des droits des bénéficiaires	Non	Aucun contrôle des bénéficiaires n'a été spécifié dans la convention mais dans la pratique, les cartes sont contrôlées. Cependant, il existe une procédure pour le contrôle des factures à trois niveaux.
Les garanties offertes par le prestataire quant à la qualité des services	Oui	Des engagements ont été pris par les formations sanitaires et concernent la qualité de soins aussi bien pour le curatif que le préventif.
La durée de la convention et les clauses de résiliation	Oui	
Les modalités de règlement des litiges	Oui	

Il ressort de cette analyse que les conventions établies entre les 7 mutuelles et les formations sanitaires comportent les mentions nécessaires. Les mentions qui n'ont pas été précisées ne posent pas de grands préjudices aux les mutuelles. Cependant il vaudrait mieux que les mutuelles intègrent ces mentions manquantes dans les conventions afin que celles-ci soient conformes aux règles en la matière

S'agissant de la tarification des services de soins, des réductions de 5% à 20% sur la facture globale ont été négociées avec la plupart des formations sanitaires. Ceci témoigne de l'importance qu'accordent les formations sanitaires dans la promotion des mutuelles de santé. C'est un signe important pour l'encreage institutionnel de ces mutuelles.

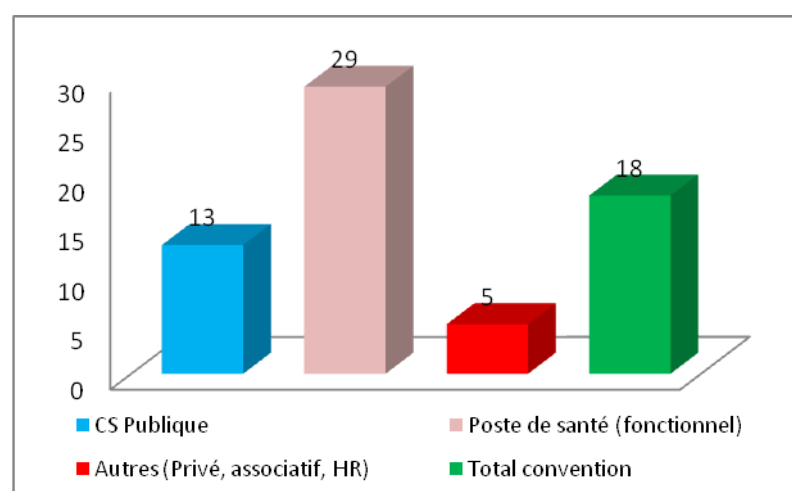
Par contre la mission demande à vérifier si une réduction de 20% est réaliste et ne remet pas en cause l'équilibre financier des formations (surtout si elle inclut les MEG). FMG a obtenu pour son SCA qu'il n'y ait aucune réduction...

1.5.3 Les relations avec l'offre de soins

Tableau de répartition des formations sanitaires par type prestataires

Type de prestataires	CS Publique	Poste de santé (fonctionnel)	Autres (Privé, associatif, HR)	Total convention
Nombre de prestataires	13	29	5	18

Graphique : répartition des formations sanitaires par type prestataires



Les 7 mutuelles fonctionnelles utilisent les services de :

- **42 prestataires publics de soins (13 centres de santé et 29 postes de santé mais avec lesquels la mutuelle n'a pas établi directement de convention) quelle est la réalité ? de qui reçoivent-ils effectivement des factures mensuelles ? nous pensons que la couverture est loin d'être complète, vu le faible taux de pénétration cfr le tableau d'ONAM ?)**
- **3 prestataires privés de type associatif et un hôpital régional.**
- **Une clinique de mosquée**

Cette situation illustre l'importance des relations entre les mutuelles de santé et le secteur public des soins. Le premier niveau de référence du mutualiste est le poste de santé couvrant un ou plusieurs villages et dont le prestataire est un infirmier (niveau BAC). Le deuxième niveau est le centre de santé relevant d'une préfecture ou d'une commune rurale ou urbaine et qui est doté dans la plupart des cas d'un infirmier hors classe (niveau BAC + 3) que la communauté appelle couramment et abusivement « docteur ».

Au niveau actuel de l'évolution des mutuelles, le dernier niveau de référence est soit la clinique de la mosquée soit l'hôpital régional : le mutualiste a la possibilité d'y rencontrer un médecin. C'est également le cas des centres de santé associatifs, mais avec cette restriction qu'un centre associatif n'est pas habilité de faire davantage qu'un centre communal. Ils sont au même niveau dans la hiérarchie sanitaire. Ils sont mieux équipés et dotés d'un personnel plus compétent. (Mais la CSA ne pouvait par exemple pas prescrire d'autres médicaments que les MEG comme dans les centres de santé des communes, à l'exception des médicaments pour certaines pathologies comme les maladies mentales ou le sida.

Dans la pratique, les malades habitant près d'un centre de santé ne doivent pas aller voir d'abord un poste de santé (or c'est probablement le cas du plus grand nombre de mutualistes fidèles)

Selon l'ordre normal des références, le mutualiste devrait en principe commencer par le premier niveau avant d'aller au deuxième puis troisième niveau. Mais dans la réalité des mutuelles du projet « Santé pour tous », les bénéficiaires ont la possibilité d'aller directement au deuxième ou au troisième niveau. Ceci ne fait qu'accroître les risques de sur prescription et de surconsommation.

L'hôpital régional et la clinique de la mosquée représentent des cas spéciaux. Ces deux formations sanitaires ne sont pas ouvertes systématiquement à tous les mutualistes. L'accès à leurs services est en effet soumis à un régime spécial et couvre des garanties spéciales. Pour y accéder, le mutualiste souscrit à ces produits et paie des cotisations différentes.

Les relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins donnent lieu à des conventions écrites. Cependant, les mutuelles n'ont pas de convention avec les postes de santé. Cela est dû au fait que les postes relèvent administrativement des centres de santé et dépendent de ces derniers (selon la pyramide sanitaire en Guinée). La convention écrite avec le centre de santé est donc en principe applicable aux postes de santé relevant de son aire géographique de compétence. Les conventions portent sur un certain nombre d'éléments ou mentions comme indiqué dans le tableau présenté plus haut. (Il y a une particularité pour les postes de santé initiés par la population elle-même et qui paye l'infirmier (affecté ou validé ou non par le DRS). Il est peu probable que les conventions avec le centre soient applicables dans ce cas. Il faudrait élaborer des addenda spécifiques aux conventions pour chaque poste de santé effectivement visité par un nombre important de mutualistes.

1.5.4 Gouvernance démocratique dans le secteur de la santé

Toutes les mutuelles jouent un rôle actif de dans la défense de leurs membres dans le secteur de la santé en général et dans les relations avec les prestataires de soins en particulier. En effet, les responsables des mutuelles rencontrent régulièrement les responsables des formations sanitaires pour discuter des questions relatives à la qualité des soins, à l'accueil dans les formations sanitaires et à la disponibilité des médicaments. Les responsables des mutuelles sont membres de certains comités Hygiène et Santé. Comme l'a constaté la

mission, les conseils communaux de Maci et de Gongoré ont réservé 3 places aux élus mutualistes (une place pour chaque type de mutuelle GTZ, Muriga+ et Essentiel). Ceci est d'autant plus important que c'est le lieu où les questions relatives à la santé dans la communauté sont discutées.

Les responsables des mutuelles ont souvent soulevé également auprès des autorités sanitaires les problèmes posés par les paiements parallèles (marché noir) et par l'attitude peu serviable du personnel dans les structures de santé, surtout dans les postes de santé.

Les cas présentés ci-dessus mettent en évidence le fait que les mutuelles donnent aux communautés la possibilité d'influencer directement le comportement des prestataires de soins et de contribuer à la bonne gouvernance du secteur de santé. C'est sans aucun doute l'un des rôles les plus importants pouvant être joué par ces mutuelles au niveau du secteur de la santé de leur pays, région, préfecture et commune. Il en résulte des avantages potentiellement importants pour tous (patients, prestataires, autorités et communautés).

C'est uniquement au niveau des communes qu'il y a des CSH. Aussi la décentralisation mal exécutée rend ce pouvoir moins fort. (Exemple des mutuelles qui ont dû déboursier pour permettre l'acquisition de médicaments – et qui n'avaient pas encore été remboursées lors du passage de la mission en avril). La mission aurait aimé disposer de la situation exacte de ces prêts et de leurs modalités. Elle n'a pas eu la confirmation que le médecin-conseil joue un rôle pour vérifier le sérieux de la mise en œuvre de cette transaction !

1.5.5 Mobilisation des ressources

Contribution budgétaire

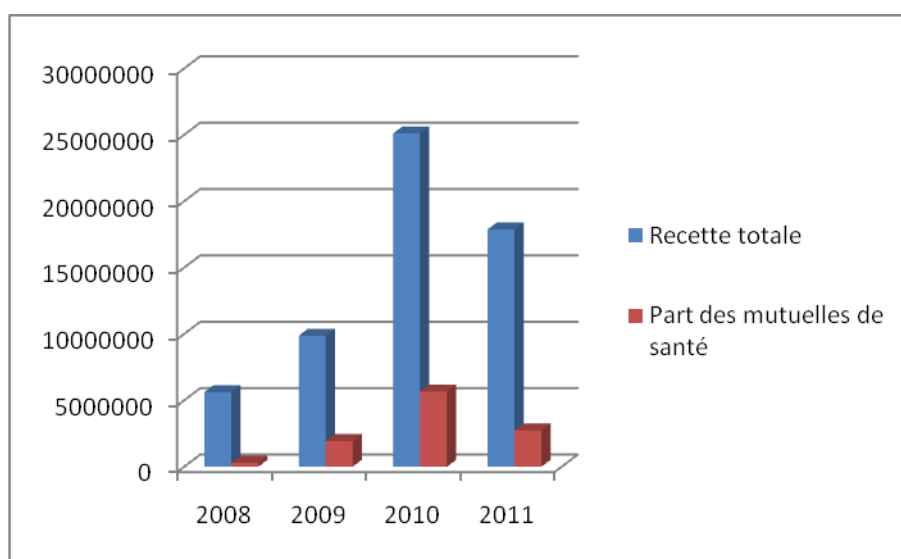
La contribution des mutuelles de santé à la mobilisation des ressources a été analysée à l'aide d'indicateurs tels que l'impact des mutuelles sur les budgets et le recouvrement des coûts des structures sanitaires. Nous n'avons pas pu avoir les informations avec toutes les formations sanitaires. (Nous avons travaillé sur le cas de MACI. Les données sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau Part des MdS dans les recettes des formations sanitaires : cas de MACI

Années	2008	2009	2010	2011
Recette totale (montant en GNF)	5.617.300	9.869.400	25.110.140	17.869.010
Part des mutuelles de santé (montant en GNF)	297.200	1.947.000	5.667.740	2.727.830

Source : données collectées auprès CS de MACI

Graphique : Part des MdS dans les recettes des formations sanitaires : cas de MACI



Les résultats de ce tableau montrent que la contribution financière de la mutuelle de santé de MACI au revenu du centre de santé est dans une proportion de 1/6 du revenu total du centre de santé. Ceci indique que la mutuelle a eu un impact limité sur le financement des structures sanitaires de MACI. Cependant, il faut reconnaître que ce résultat fort modeste attire l'intérêt des formations sanitaires, surtout si l'on sait qu'elle ne concerne que quelques formations sanitaires et non l'ensemble des postes de santé par exemple.

Le chef du centre de santé de MACI s'est confié à nous en ces termes : « *si toute la population de MACI arrivait à être mutualisée, mon centre serait plus fréquenté et nous pourrions faire suffisamment de recettes pour assurer la pérennité de nos centres de santé. Si je suis membre de la mutuelle, ce n'est pas forcément pour bénéficier des prestations mais pour contribuer à sa promotion* »

L'analyse des causes du niveau actuel de contribution renvoie, entre autres et selon les cas :

- **à la faiblesse du montant des cotisations**
- **à l'insuffisance de la qualité et de la disponibilité des services de santé notamment les ruptures fréquentes de l'approvisionnement en médicaments ;**
- **aux problèmes de marketing ;**
- **à la faible pénétration des groupes cibles ;**

Un autre facteur qui fausse cependant l'interprétation est – du moins c'est ce que nous avons entendu du médecin de centre de Madina, qui se trouve en situation de forte concurrence – que la fréquentation par les mutualistes (et leur pression pour éviter les ruptures de médicaments) constitue également une promotion envers les non-mutualistes. Si les mutualistes malades ont bénéficié d'un bon service, les non-mutualistes vont l'apprendre et vont venir en plus grand nombre sans nécessairement devenir mutualistes. Donc les recettes du centre vont augmenter aussi par une plus grande fréquence de tout le monde (et la part des mutualistes n'augmentera pas nécessairement de manière spectaculaire)

La conclusion est que bien soigner les mutualistes constitue une promotion pour le centre... La consultation des mutualistes constitue une recette mensuelle sûre, facilitant certaines dépenses plus structurelles. Les recettes journalières étant plus difficilement gérables.

1.5.6 Qualité des services

Les systèmes de santé publique en Guinée_ont la réputation de proposer des services de faible qualité: manque de médicaments ainsi que d'autres matériels et équipements, temps d'attente trop longs, mauvais comportements du personnel envers les patients, insuffisance de personnel qualifié. C'est ainsi que nous pouvons résumer ce que nous avons entendu auprès des personnes interrogées. Mais le problème le plus crucial est celui de la rupture fréquente de l'approvisionnement des médicaments dans les formations sanitaires. Ce problème a influencé énormément la fidélité des anciens membres et l'adhésion de nouveaux membres. C'est le cas de la mutuelle de Timbi Tounny. Cette mutuelle vient de terminer sa première année d'exercice. Nous avons constaté qu'après 5 mois dans le deuxième exercice, le nombre de bénéficiaires ayant renouvelé leurs cotisations est de 42 personnes sur un total espéré de 342, soit un taux de fidélisation de 12%. Les nouvelles adhésions (bénéficiaires) sont évaluées à 38 personnes. La raison invoquée par les responsables des mutuelles est la rupture de l'approvisionnement en médicaments. Ce manque de médicaments semble la principale cause du faible taux d'adhésion aux mutuelles. Lorsque les services disposent de suffisamment de médicaments, le problème d'accès se réduit à surmonter les barrières financières, et peut-être géographiques, qui limitent l'utilisation de ces structures sanitaires.

1.5.7 Mutuelles de sante et participation communautaire

Plusieurs actions du projet « Santé Pour Tous » ont contribué au renforcement des capacités techniques et d'action des responsables des mutuelles. Le principal but de ces actions était que les responsables accompagnent le mieux possible l'initiative (la mutuelle). D'autres actions ont été également entreprises dans le domaine de la bonne gouvernance, Les synergies entre toutes ces formations ont produit des effets bénéfiques pour la communauté. La mission a entendu des témoignages selon lesquels des leaders de mutuelles sont devenus de véritables acteurs de la société civile._Comme déjà mentionné, ils sont déclarés membres d'office des comités Hygiène et Santé dans certaines communes rurales, ce qui illustre la reconnaissance du rôle qu'ils jouent. Un bel exemple de ce prestige local est qu'ils sont très souvent sollicités pour les bureaux de vote pendant les élections. Ils jouent ainsi un rôle de contrôle social qui peut accroître leur rôle syndical. C'est un signe de crédibilité. Ce résultat est un « spin off » c'est-à-dire un changement qui n'était pas prévu dans le cadre logique du projet et est très appréciable dans un pays comme la Guinée où l'instabilité politique est permanente.

1.5.8 Synchronisation des périodes de collecte des cotisations et de rentrée de revenus

Un autre élément était de savoir si les mutuelles permettent aux personnes pauvres et sans (capacité) d'épargne de verser leurs cotisations à une période durant laquelle ces affiliés disposent de revenus. Ce paiement leur garantit un accès aux soins pour le reste de l'année, c'est-à-dire lorsqu'ils n'ont pas les moyens de le faire. Il s'agit d'un élément particulièrement

intéressant dans le cas des populations du milieu rural (revenus saisonniers) et du secteur informel urbain (revenus irréguliers).

La synchronisation entre les périodes de collecte des cotisations et de perception des revenus permet en premier lieu de comparer les chiffres au niveau du réseau et de faciliter l'intermutualité. Toutes les 7 mutuelles fonctionnelles objets de cette mission semblent avoir réussi à synchroniser la période de collecte des cotisations avec celle de rentrée des revenus de la population-cible depuis leur démarrage jusqu'en fin 2011. Les cotisations à toutes les mutuelles sont annuelles et étaient attendues à une période favorable (période de récolte des pommes de terre pour les agriculteurs, par exemple). L'illustration de cette réussite peut s'observer à travers le bon taux de recouvrement des cotisations (presque 100%) pour toutes les mutuelles.

Alors que la synchronisation des périodes d'adhésion se justifie pour permettre une gestion administrative et financière mutualisée, la mission n'a pas jugé pertinent l'action entreprise par les mutuelles qui consistait à limiter pour toutes les mutuelles de manière uniforme la période de cotisation aux premiers mois de l'année civile. Cette situation affectera dans l'avenir le recouvrement des cotisations. Avec la carte d'adhérent bénéficiaire, l'intermutualité est déjà possible sans qu'il y ait nécessité d'uniformiser les périodes de recouvrement des cotisations (de toute façon, c'est la mutuelle de l'affilié qui payera in fine la facture.)

L'exclusion qu'engendre cette option nous préoccupe que dans la mesure où la période d'adhésion n'est pas adaptée à la volonté ou aux possibilités financières du client (le nouveau adhérent potentiel). Il nous est difficile de prendre position sur ce point mais nous recommanderons cependant qu'une stratégie soit trouvée pour l'ouverture à l'adhésion de nouveaux membres sur toute l'année avec une option spéciale (respect de la période d'observation et paiement de la cotisation annuelle au prorata du nombre de mois restants).

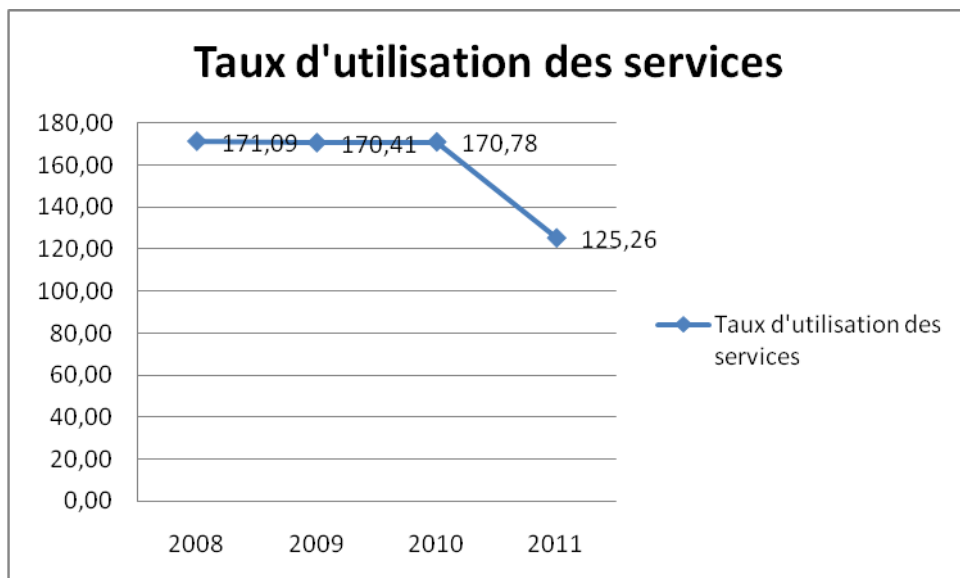
Notre analyse est que cela doit influencer le taux de fidélisation (surtout si la première adhésion s'est effectuée de manière adverse ...) et en effet exclure certaines catégories de populations (quid des femmes)

1.6 Efficacités

Pour mesurer l'efficacité des mutuelles de santé, nous avons choisi d'analyser l'amélioration de l'accès des bénéficiaires aux soins de santé au moyen du taux d'utilisation des services de santé et du coût moyen comparé des prestations.

1.6.1 Utilisation des services

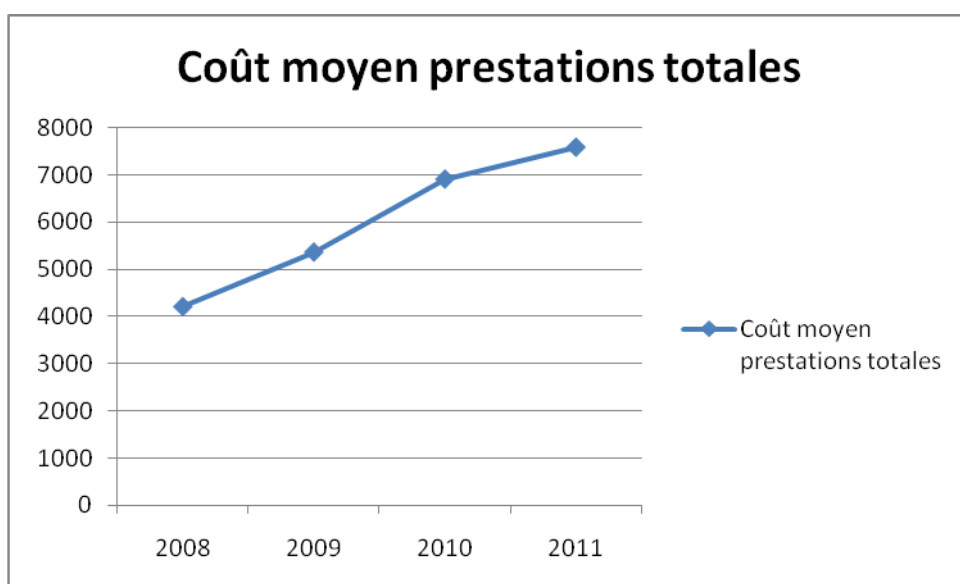
Il n'y a pas de doute que les systèmes de mutualisation des risques maladie améliorent l'accès financier aux soins de santé. Non seulement les membres utilisent plus souvent les services que les non-membres mais également, les malades viennent consulter plus tôt, avant que la maladie ne s'aggrave. Cet effet a été observé auprès des mutuelles de santé du projet « Santé Pour Tous » selon les informations que nous avons recueillies auprès des responsables mutualistes et même auprès des prestataires.



Le tableau ci-dessus montre un taux qui serait supérieur au taux national (120%). Ce taux dépasse également le taux de l'ensemble des mutualistes dans la région de Mamou qui est de 35,96% (cf. Rapport annuel 2011 de la Direction Régionale de la Santé et de l'hygiène publique de Mamou, page 46). Cette belle performance est un signe d'efficacité des mutuelles du projet par rapport aux autres mutuelles dans la région de Mamou. Les échanges sur le terrain ont confirmé ce ratio.

Grâce à l'assurance, les mutualistes se rendent tôt aux centres de santé. Cette tendance tend à inquiéter certains prestataires qui se plaignent du fait que certains mutualistes ne font pas l'effort de soigner les symptômes capables d'être soignés à domicile telles que de petites blessures. Le premier réflexe des mutualistes est de se rendre chez le prestataire. Ce signe est vraiment encourageant et pourra faire avancer le système du fait simplement que les membres y ont découvert la pertinence. Cependant, il faut que cet indicateur soit surveillé afin qu'il ne devienne pas plus tard une menace

1.6.2 Coût moyen des prestations



Le coût moyen des prestations est actuellement autour de 9.500. Ceci est non seulement élevé par rapport à la moyenne nationale, mais aussi est en nette progression d'année en année. Idéalement, les coûts devraient baisser, ce qui montrerait la plus-value des mutuelles de santé sur le plan de coûts des prestations. Ce coût n'est pas le meilleur selon les données dont nous disposons.

Liste des personnes rencontrées

I. COMITE DE PILOTAGE

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone	Adresse E- Mail
1.	Mme BAH Aïssatou	Trésorière MAUGO	Femme	62490833	
2.	Mr DIALLO El hadj Ousmane	Vice-président MS Mawde Maci	Homme	68 02 58 77	
3.	Mr DIALLO El hadj Ibrahima Mali	Président BE MUGTM Président REMUFOUD	Homme	68 56 73 70	
4.	Mr SOW El Hadj Abdoulaye	Président Mutuelle de Dalaba	Homme	65 83 29 32	
5.	Mr DIALLO Toumay	Président Mutuelle de FEPAL Trésorier REMUFOUD	Homme	62 11 65 91	
6.	Mr BALDE Mamadou Alimou	Trésorier FEPAL	Homme	67 31 93 10	
7.	Dr NABE Mamady II	Représentant de FMG en Moyenne Guinée	Homme	62.66.47.82 64.50.49.14	mamadyn@yahoo.fr
8.	Mr BARRY Abdoulaye Lamma	Président Mutuelle de santé de Mitty	Homme	64 30 04 13	
9.	Mr BARRY El Hadj Saïkou Oumar	Trésorier Mutuelle et Chef Secteur de Sebhory	Homme	64 22 79 30	
10.	Mr BAH Souleymane	Président Mutuelle de santé de Timbi – Tounny	Homme	68 17 68 64	
11.	Mr BAH Thierno Hady	Président ONAM	Homme	60.57.15.90	hadybah3@yahoo.fr ng_guinee@yahoo.fr
12.	Mme DIALLO Béatrice	Assistante Technique ESSENTIEL	Femme	68 85 45 00	beadiallo.ng@gmail.com
13.	Mr DIALLO Alpha Oumar Korka	Directeur ONAM	Homme	68 21 75 21	alphaoumarkorkaa@yahoo.fr

II. PERSONNES INTERVIEWEES :

A. ACTEURS INSTITUTIONNELS

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone	Adresse E- Mail
1.	Dr CONDE Sékou	Directeur National DNHES (MS HP)	Homme	60 21 37 54 64 58 70 65	sekou53@hotmail.com
2.	Dr CAMARA Robert	Directeur National (MS HP)	Homme	60 57 36 90	robertcam2005@yahoo.fr
3.	Dr BAH Fatoumata Binta	Chargé de Formation FMG	Femme	68 18 46 13	
4.	Dr SOW Abdoulaye	Directeur Exécutif FMG	Homme	64 50 49 14 62 04 52 57	
5.	Dr Koulibaly Abdoulaye	Chargé des MEG à FMG	Homme	64 65 90 95	
6.	Mme BARRY Hadja Aïssatou	Directrice Générale DynaM	Femme	60 26 07 01	
7.	Dr Pépé DRAMOU	Coordonnateur National	Homme	68.12.81.20	

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone	Adresse E- Mail
		APNDS			
8.	Mr BARRY Alhassane	Conseiller Technique PSR DF / GIZ	Homme	60 23 11 70 68 18 57 16	
9.	Dr Alain HAWO	GIZ			
10.	Philippe MICHAUD	Directeur AFD Guinée		67.17.17.77	
11.	Mr BAH Safioullaye	Préfet de Labé	Homme		
12.	Dr DIALLO Houdy	DRS Labé (Directeur)	Homme	60 52 06 19	
13.	Dr DIALLO Mamadou Hady	Directeur DPS de Labé	Homme	67 33 53 97	
14.	Dr Brahim SOW	DRS de Mamou	Homme	64.55.71.71	
15.	Dr BARRY S. B.	DRS de Mamou	Homme		
16.	Dr BARRY P. M.	DRS de Mamou	Homme		
17.	Abdoulaye DIALLO	Union préfectorale des mutuelles de Labé	Homme		
18.		Maire de la CU de Labé			
19.		Secrétaire Général de la Mairie de Labé			
20.		Directeur des Microréalisations (DMR) de Labé			
21.		Représentant DPS de Labé			
22.		Confédération Nationale (membre CA ONAM)			

B. FORMATIONS SANITAIRES (CONVENTIONNEES):

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Dr BARRY Abdoulaye	Chef C. Santé Associatif de Timbi - Madina	Homme	62 09 43 00
2.	Dr DIALLO Fatoumata Dalanda Kokouma	Chef du Centre de Santé de Daka	Femme	60 52 07 15
3.	Dr SYLLA Sékou	Chef du Centre de Santé de Dalaba Centre	Homme	64 41 38 97
4.	Dr Abdoulaye Saliou Diallo	Directeur hôpital DALABA	Homme	
5.	Dr DIALLO Amadaur Sadio	Chef du Centre de Santé de Maci	Homme	60 37 93 57
6.	Dr BAH Oury	Chef du Centre de Santé de Timbi - Madina	Homme	62 62 41 26
7.	Dr Ibrahim BAH	Chef du Centre de Timbi Tounny	Homme	68 39 23 44
8.	Dr DIALLO Amadou Telly	Chef Santé Plus Timbi - Madina	Homme	62 08 09 92
9.		Chef du Centre de Santé de Gongorè	Homme	68 35 61 26
10.		Chef du Centre de Santé de Mitty		
11.		DAF Hôpital de Labé	Homme	
12.		Surveillante générale et point focal mutuelle de santé Hôpital de Labé	Femme	
13.	Dr Diallo Ibrahima SORY	Clinique de la mosquée Labé	Homme	

III. ATELIER ONAM :

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone	Adresse E- Mail
1.	Mr Thierno HAdy BAH	Président	Homme	60 57 15 90	
2.	Mr DIALLO Alpha Oumar Korka	Directeur Exécutif	Homme	24 01 01 00	
3.	Mr BARRY Alpha Amadou	Assistant Administratif Financier	Homme	62 45 34 57	
4.	Mr DIALLO Mamadou Samba	Assistant Technique Mutuelles	Homme	62 25 24 69	
5.	Mr DIALLO Mamadou Lamarana	Assistant Technique Mutuelles	Homme	68 87 01 59	
6.	Mr BALDE Mamadou Lamine	Assistant Technique Mutuelles	Homme	24 22 13 67	
7.	Mr BAH Abdoulaye 1	Assistant Technique Mutuelles	Homme	62 45 34 57	

IV. FOCUS GROUPE PPSOGUI

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone	Adresse E- Mail
1.	Dr BAH Fatoumata Binta	Chargé de Formation FMG	Femme	68 18 46 13	
2.	Dr SOW Abdoulaye	Directeur Exécutif FMG	Homme	64 50 49 14 62 04 52 57	
3.	Mme BARRY Hadjia Aïssatou	Directrice Générale DynaM	Femme	60 26 07 01	
4.	Dr Mouctar Diallo	Directeur de programme	Homme		
5.	Dr Lansana Camara	Chargé de suivi évaluation FMG	Homme		
6.	Mr Thierno HAdy BAH	Président ONAM	Homme	60 57 15 90	

V. FOCUS GROUPE MAUGO :

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Thierno Hadjiratu Bah	Président CA	Femme	
2.	Thierno Souleymane Sow	Vice Président CA	Homme	
3.	Aïssatou Bah	Trésorière CA	Femme	62 49 08 33
4.	Issatou Diallo	Trésorière Adjointe CA	Femme	
5.	Lawratou Bah	Secrétaire CA	Femme	
6.	Salifou Camara	Secrétaire Adjoint CA	Homme	
7.	Hadjiratu Diallo	Membres CA	Femme	
8.	Thierno Kadjata Sall	Membres CA	Femme	
9.	Thierno Satourou Bah	Membres CA	Femme	
10.	Thierno Ibrahima Camara	Membres CS	Femme	
11.	Hdja Fatoumata Bah	Présidente CS	Femme	
12.	Oumar Pathé Diallo	Membres CS	Femme	
13.	Alpha Oumar Bah	Membres C	Homme	

14.	Thierno Kadet Diouma	Membres CA	Femme	
15.	Thno Fatoumata Binta Barry	Membres C	Femme	
16.	Djeinabou Bah	Membres CA	Femme	
17.	Koumba Alarba Bah	Membres CA	Femme	
18.	Thno Aïssata Lamarana Bah	Membres CA	Femme	

VI. FOCUS GROUPE MUTUELLE MAWDE MACI :

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Mouddatou BAH	Présidente CA	Femme	
2.	El Hadj Ousmane Diallo	Vice Président CA	Homme	
3.	Souaïbou Barry	Trésorier CA	Homme	
4.	Aboubacar Marie Camara	Secrétaire CA	Homme	62 01 68 89
5.	Alphadio Barry	Secrétaire Adjoint CA	Homme	
6.	Abdoul Hamid Bah	Trésorier Adjoint CA	Homme	
7.	DIALLO Batouly	Membre CA	Homme	
8.	DIALLO Abdoulay e Lamou	Membre CA	Homme	
9.	Moussa Bailo Diallo	CA	Homme	
10.	Mariama Dioulde Bah	CA	Femme	
11.	BAH Mariama	Relais	Femme	
12.	BAH Mariatou	Relais	Femme	
13.	DIALLO Ibrahima Cécé	Relais	Homme	
14.	BAH Aïssata Yéro	Relais	Femme	
15.	BAH Saadou	Relais	Homme	

VII. FOCUS GROUPE CRD DE MACI

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	BARRY El-Ousmane	Maire		
2.	BAH Alpha Illiyassa	1er Adjoint au Maire		
3.	BAH Amadou Sara	Conseiller		
4.	BAH Ibrahim Kenda	Conseiller		
5.	BAH El-Alpha Illiyassa	Conseiller		
6.	BALDE Mamadou	Secrétaire Receveur		
7.	BALDE Mamadou Saïdou	Secrétaire Général		
8.	BAH Moudattou	Trésorière		

VIII. FOCUS GROUPE MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE DALABA :

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	El Hadj Abdoulaye Sow	Président CA	Homme	
2.	Haja Fatoumata Binta Maliya Diallo	Vice présidente CA	Femme	
3.	Alhassane Diallo	Trésorier CA	Homme	
4.	Thierno Makany Sidibé	CA	Femme	
5.	Néné Oumou Diallo	CA	Femme	

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
6.	Thierno Djouhé Barry	CA	Homme	
7.	Aïssata Aïguel Diallo	CA	Femme	
8.	Néné Yero Diallo	CA	Femme	
9.	Néné Oumou Diallo	CA	Femme	
10.	Aïssata Aïguel Diallo	CA	Femme	
11.	Néné Yero Diallo	CA	Femme	
12.	Marigoulo Diallo	CA	Femme	
13.	Thierno Fatoumata Binta Diallo	CA	Femme	
14.	Mariama Diallo	CA	Femme	
15.	Amy Cissé Diallo	CA	Femme	
16.	Aïssatou Bobo Diallo	CA	Femme	
17.	Mariama Bah	CA	Femme	
18.	Fatoumata Diallo	CA	Femme	
19.	Aïssata Baïlo Diallo	CA	Femme	
20.	Hadja Kadiatou Keita	Présidente CS	Femme	
21.	Abdoulaye Mairie Diallo	Membre CS	Homme	
22.	Mouminy Bah	Membre CS	Homme	

IX. FOCUS GROUPE MUGTM :

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Tahirou Kann	CA	Femme	
2.	Lamarana Diallo	CA	Homme	
3.	El hadj Ismael Barry	CA	Homme	
4.	Boubacar Kann	CA	Femme	
5.	Thierno Sidy Diallo	CA	Homme	
6.	Djiwo Diallo	CA	Femme	
7.	Pellel Diallo	CA	Homme	
8.	Gaston Millimono	CA	Homme	
9.	El Hadj Aliou Diallo	CA	Homme	
10.	Souleymane diallo	CA	Homme	
11.	Fatoumata Kindy Bah	CA	Femme	
12.	El Hadj Oumar Bady	CA	Homme	
13.	Thierno Djaffarou	CA	Homme	
14.	Houssainatou Diallo	CA	Femme	
15.	Amadou Bah	CA	Femme	

X. FOCUS GROUPE FEPAL DE LABE:

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Toumany Diallo	Président CA	Homme	
2.	Mamadou Diouldé Konté	Secrétaire CA	Homme	
3.	KALIDOU Dieng	Président FEPAL	Homme	
4.	Djénabou Sow	CA	Femme	
5.	Marissa Sénégalaise Bah	CA	Femme	
6.	BALDE Alimou	Trésorier CA	Homme	
7.	BALDE Yanoussa	CA	Homme	
8.	DIALLO Houssairatou	CA	Homme	
9.	Mamadou Diouldé Kanté	CA	Homme	
10.	Tidiane Baldé	CA	Homme	
11.	Fatoumata Binta Bah	CA	Femme	
12.	MOHAMED Khaïra Souaré	CS		
13.	WOURDE Baïlo Diallo	CA	Homme	

XI. FOCUS GROUPE MUTUELLE DE SANTE DE TIMBI TOUNNY

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Bah Soulemaney	Président CA	Homme	
2.	Ikanté Ibrahima	Secrétaire CA	Homme	
3.	Bah Alpha Amadou	Secrétaire CS	Homme	
4.	Bah Mamadou Djon	Trésorier	Homme	
5.	Bah Boubar	Membre	Homme	
6.	Bah Oumar Sylla	Relais	Homme	
7.	Bilioogui Siba	Relais	Homme	
8.	Boiro Oumar	Membre	Homme	
9.	Bah Hassanatou	Membre CA	Homme	
10.	Kanté Aïsata Bella	Trésorière	Femme	
11.	Bah El Hadj Ibrahima	President Centre de santé		

XII. FOCUS GROUPE MUTUELLE DE SANTE UNIVERSITAIRE

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Himy TOURE	Membre /Etudiant	Homme	
2.	Fatoumata Diallo	Présidente /Enseignant	Femme	
3.	Fatoumata Binta hérif Diallo	Membre /Etudiante	Femme	
4.	Thierno Mamadou Camara	Membre /Etudiant	Homme	
5.	Mariame Yansaré	Membre /Etudiant	Femme	
6.	Mamadou Sanoussy	Membre /Etudiant	Homme	
7.	Dr Keita François T	Vice Président /Enseignant	Homme	
8.	Sâa Oscar Ouendéno	Trésorier /Enseignant	Homme	
9.	Abeny Karamoko Camara	Membre/ Enseignant	Homme	
10.		Recteur	Homme	

XIII. FOCUS GROUPE MUTUELLE DE SANTE SCOLAIRE

NO	Nom-prénoms	Fonction / Structure	Genre	N° Téléphone
1.	Mamadou Lamarana Barry	Président	Homme	
2.	Mamadou	Trésorier Général	Homme	
3.	Oumar Baillo Diallo	Secrétaire		
4.	El Hadj Mamadou Diallo	Président CS		