

Evaluation réalisée avec l'appui du F3E pour ESSENTIEL

Rapport final TOME I – 347Ev

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

LISTE DES ABREVIATIONS	5
RESUME EXECUTIF	7
I INTRODUCTION	17
1.1 Motif de l'évaluation et objectifs.....	17
1.2 Description succincte du projet.....	18
1.3 Composition et compétences de l'équipe et répartition des tâches.....	19
1.4 Méthodologie.....	20
1.5 Facteurs éventuels qui ont favorisé ou entravé l'exercice	21
II ANALYSE CONTEXTE	23
2.1 Contexte sociopolitique.....	23
2.2 Évolution des autres acteurs en appui à la mutualité.....	24
2.3 Évolution de Nantes Guinée - ESSENTIEL.....	24
III CONSTATS: LES MUTUELLES DE SANTE SANTE.....	27
3.1 Etat de lieux et typologie des mutuelles de santé.	27
3.1.1 Pertinence de la promotion des MdS	27
3.1.2 Etat de lieux des mutuelles.....	29
3.1.3 Typologie de mutuelles de santé	29
3.2 Constats	30
3.2.1 Degré d'autopromotion des mutuelles	30
3.2.2 La viabilité fonctionnelle des mutuelles de santé.....	30
3.2.3 Viabilité technique	34
3.2.4 Viabilité financière et économique	35
3.2.5 La performance syndicale des mutuelles de santé :	36
3.2.6 Efficacité	39
3.3 Synthèse des constats au niveau des mutuelles fonctionnelles.....	39
IV CONSTATS : REMUFOUD.....	41
4.1 Le réseau au service des membres.....	42
4.2 Le réseau comme acteur d'influence politique au sein du système de Soins de Santé Primaire.....	44
4.3 Synthèse des constats au niveau du REMUFOUD.....	45
V CONSTATS : ONAM	49
5.1 Présentation	49
5.2 Évolution institutionnelle	50
5.3 Évolution organisationnelle.....	52
5.4 ONAM : Synthèse des constats	54

VI CONSTATS : LE PARTENARIAT D'ESSENTIEL	57
<u>6.1 Présentation d'ESSENTIEL</u>	<u>57</u>
<u>6.2 Constats des partenariats en cours</u>	<u>58</u>
6.2.1 Partenariats en France	58
6.2.2 Partenariat avec des organisations guinéennes	59
<u>6.3 Synthèse des constats</u>	<u>61</u>
VII RECOMMANDATIONS.....	63
<u>7.1 Recommandations concernant les mutuelles de santé</u>	<u>63</u>
7.1.1 Augmenter le taux de pénétration :.....	64
7.1.2 Améliorer la vie associative et gouvernance démocratique	68
7.1.3 Améliorer la gouvernance: viabilité financière.....	72
7.1.4 Améliorer la gouvernance: défense des intérêts.....	74
<u>7.2 Recommandations : REMUFOUD.....</u>	<u>74</u>
7.2.1 Développer les services aux membres;	75
7.2.2 Développer la capacité de défense des intérêts	77
<u>7.3 Recommandations : ONAM.....</u>	<u>78</u>
7.3.1 L'expertise technique.....	80
7.3.2 L'expertise de consultance	80
7.3.3 L'expertise en gestion de projets (coopération au développement)	81
7.3.4 La plate-forme PPSOGUI.....	81
<u>7.4 Recommandations : ESSENTIEL.....</u>	<u>83</u>
7.4.1 Partenariats en France	83
7.4.2 Partenariats avec des organisations guinéennes	84
<u>7.5 Ébauche du cadre logique multi-acteurs du programme suivant</u>	<u>88</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
CSH	Comité Santé Hygiène
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'Évaluation 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
MAUGO	Mutuelle de l'Association des Unions de zones de Gongoré
MC	Médecin Conseil
MDS	Mutuelle De Santé
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
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
PPSOGUI	Plate Forme Protection SOciale GUinée
PST	Projet Santé pour Tous
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAP	Recherche Action Participative (apprentissage par l'action)
REMUFOUD	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

RESUME EXECUTIF

Résumé exécutif

Le projet Santé pour Tous constitue en quelque sorte une troisième phase d'une intervention démarrée par l'association Nantes Guinée en 2002 dans la région naturelle du Fouta Djallon.

L'**objectif général** de l'action est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la zone d'intervention, et son **objectif spécifique** est d'améliorer l'accessibilité financière de la population-cible à des soins de qualité par le développement de mutuelles de santé pérennes. Les 4 résultats attendus du projet Santé Pour Tous sont :

1. Le nombre de mutualistes passe à une échelle significative au niveau de la région et le mouvement mutualiste s'y structure.
2. Les mutuelles de santé disposent d'une gouvernance autonome, elles sont viables techniquement et financièrement.
3. La politique de conventionnement avec les autorités sanitaires et l'offre de soins concourent au développement des mutuelles et contribuent à l'amélioration de l'offre de soins.
4. Le mode d'organisation de l'appui technique est défini ainsi que ses relations avec les mutuelles.

La mission intervenait à un moment clef du **processus d'autonomisation**. Trois des quatre structures impliquées venaient d'obtenir (ONAM et REMUFOUD) ou de changer (Association Nantes-Guinée devenu ESSENTIEL) de statut officiel. En même temps cette évaluation externe intervient au moment où un nouveau programme est en cours de définition, tant au niveau de son dispositif qu'au niveau de son implication avec ses partenaires. Aussi ESSENTIEL proposait dans les Termes de Référence de cibler l'évaluation sur certaines actions entreprises au sein du projet « Santé Pour Tous » à savoir :

- 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 d'ESSENTIEL,
- la compétence de mise en réseau et de concertation et plus globalement les implications partenariales d'ESSENTIEL (au Nord comme au Sud).

Dans leur offre, les évaluateurs se sont engagés à impliquer le plus possible les partenaires directs – les mutuelles, leur réseau et leur structure d'appui - afin qu'ils puissent, d'une part tirer eux aussi des enseignements en tant que structures autonomes, et d'autre part influencer les recommandations relatives aux relations partenariales. Aussi, dans la logique voulue par Essentiel et par le F3E, la méthodologie a été totalement participative et constructive. Ainsi nous croyons qu'elle a contribué à «l'empowerment».

Constats

Au niveau des Mutuelles de Santé la diversité entre les neuf mutuelles est grande mais la mission constate en général qu'une base suffisamment solide est établie pour garantir la durabilité du mouvement mutualiste dans la zone d'intervention. Le contexte a été défavorable, mais les effets du projet pourront être consolidés au cas où, comme prévu dans les politiques de l'Etat, l'approvisionnement des médicaments et l'affectation du staff médical continuent à s'améliorer. Les éléments suivants constituent les points névralgiques des mutuelles.

a) La base communautaire des mutuelles est encore trop petite et fragile. Elles ont du mal à sortir de leur dynamique initiale très liée à un mouvement associatif particulier. La place des femmes y est également encore sous-valorisée. Le potentiel de la décentralisation politico-administrative n'est pas assez exploité alors qu'elle aussi permettrait d'élargir le taux de pénétration.

b) La dynamique associative des Mutuelles de Santé est en développement même si elle présente encore des faiblesses. Partant d'une approche d'autopromotion et de responsabilisation d'un nombre maximal de leaders locaux, elle pêche par un déficit d'ouverture et de transparence envers des composantes de la société autres que l'organisation initiatrice. Les organes ont du mal à gérer leur propre développement en tant que structure de service de base. L'équilibre entre l'engagement bénévole et le travail professionnel rémunéré n'est pas établi. Il en suit une dépendance « politique » trop importante envers l'ONAM.

c) La viabilité financière est assez bonne si l'on n'inclut pas les coûts cachés de tout l'encadrement. En plus du nombre trop petit d'adhésions incluant un rapport des coûts fixes trop élevés, les Mutuelles de Santé sont confrontées à des taux de fidélisation fluctuants et des risques financiers élevés. Aussi elles ont parfois investi leur réserves dans des actions à risque que constituent les appuis financiers aux centres pour permettre leur approvisionnement en médicaments.

d) Les Mutuelles de Santé ont beaucoup gagné en reconnaissance formelle au niveau des politiques des Services de Santé locaux. Cela ne s'est pas encore assez traduit dans des collaborations effectives améliorant le contexte régalién et institutionnel.

Le REMUFOUD constitue aujourd'hui en premier lieu **une plate-forme de concertation** et de partage d'informations qui regroupe les sept Mutuelles de Santé fonctionnelles appuyées par le projet. Du fait que le REMUFOUD ne représente actuellement que les Mutuelles de santé issues du projet, il ne dispose pas encore d'une base assez large pour garantir sa durabilité après le retrait du projet. La vision du futur de REMUFOUD est encore en définition, ce qui rend hasardeux de se lancer dans beaucoup d'activités. Un tel plan incluant le développement des ressources humaines, financières et physiques est à construire. Quelles sont les ressources qu'il peut mobiliser auprès des Mutuelles de Santé membres et quels sont les appuis financiers qui devront encore venir des partenaires Partenaire Techniques et Financiers ? Quelle est la partie des tâches qui peut être réalisée à travers des conventions de collaboration et quelles sont les tâches qu'il devra gérer directement ?

Le REMUFOUD n'a pas encore mis en place de manière systématique une offre de services qui lui soit propre. Il appuie néanmoins déjà ponctuellement les mutuelles individuelles par des concertations et par des visites, ainsi que par un plaidoyer local. Il

souhaite accroître ses ressources propres afin d'intervenir lui-même dans les domaines qui lui reviennent, étant le seul représentant légitime des mutuelles adhérentes. Il prend conscience que la base doit être plus solide pour pouvoir élargir le paquet de services (risques et autres).

Par rapport à ses **services internes**, nous constatons un début de mise en place d'un certain nombre d'initiatives mutualistes comme par exemple : l'harmonisation des périodes d'adhésion qui est un premier pas pour réaliser l'intermutualité ; une contribution aux frais de transport des malades ; des soins spécialisés au niveau de la FEPAL ; des formations de personnes relais devant remplacer les animateurs du projet pour ce qui concerne la sensibilisation à l'adhésion ; un début de communication externe en tant que REMUFOUD.

Les services internes suivants sont à la phase de réflexion : la gestion d'un pool de médecins-conseils ; la constitution d'une caisse commune pouvant aider une des mutuelles membres en cas de calamités ; un service interne de formation pour les nouveaux élus et les membres siégeant dans le CSH ; un service de monitoring et analyse comparative des résultats de chaque Mutuelles de Santé ; une intervention dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments.

Par rapport aux fonctions syndicales, le réseau se trouve dans une phase de réflexion et d'analyse pour mieux se positionner sur les plans préfectoraux et régionaux en tant qu'acteur "politique". Au-delà de leur rôle de facilitation de l'accès financier, il veut influencer la qualité des services et contribuer à une meilleure prévention. Le REMUFOUD est conscient que cela demande d'être présent au niveau préfectoral et régional. Il se trouve devant le défi d'unir les différentes "mutuelles" initiées par d'autres coopérations au développement. Dans la mesure où les autorités n'ont pas défini de statut particulier ni de procédure claire basée sur la représentativité et sur la performance, chacun se proclame mutuelle et union...

Actuellement on constate une représentativité assez limitée du REMUFOUD puisqu'il ne couvre que partiellement la zone et ce avec un taux de pénétration très faible. L'adhésion d'autres composantes – que les « fondateurs » - permettra d'évoluer vers une intermutualité. Ce n'est que lorsqu'il aura un taux de pénétration de 8 % qu'il sera un acteur incontournable.

Le REMUFOUD n'est pas un membre actif des plate-formes nationales, ni invité en tant que prestataire au niveau des autres Partenaires Techniques et Financiers. Il est vrai que sans permanent, il n'est pas possible d'assurer une représentativité et une opérationnalité suffisante.

ONAM est l'aboutissement formel fin 2011 d'un processus engagé dès 2008 de changement organisationnel et institutionnel. Ce processus basé sur l'autonomisation et la responsabilisation des acteurs guinéens a permis notamment la constitution d'une structure autonome issue de l'équipe locale d'ESSENTIEL. Ce nouveau statut a permis à ESSENTIEL d'entamer la réelle transition vers une appropriation par les structures guinéennes. En particulier, cela a permis qu'ONAM assure en 2012 la maîtrise d'ouvrage du Projet Santé pour Tous. Grâce à ce repositionnement, les enjeux et défis stratégiques de pérennisation du mouvement mutualiste dans le Fouta Djallon deviennent plus concrets et mieux connus.

L'appui-conseil de l'Assistant Technique d'ESSENTIEL contribue de manière significative à ce que cette transition se réalise en douceur. Ce qui n'est pas évident puisqu'il s'agit de mettre en place une interaction collaborative – et des alliances – entre différents types

d'acteurs. La mission constate qu'il y a une bonne concertation sur le processus suivi en lien avec la création et l'autonomisation des deux nouvelles structures, en lien avec la poursuite du projet.

Par rapport au **développement institutionnel**, la mission est d'avis qu'il était pertinent dans cette phase de créer ONAM, une structure de prestation de services en dehors du réseau mutualiste lui-même.

La relation d'ONAM avec les Mutuelles de Santé et le REMUFOUD est dans les faits encore trop celle d'une équipe de projet et son groupe cible. La mise à disposition par ONAM d'un AT au niveau du REMUFOUD se justifie mais le statut de cette personne est ambivalent du fait qu'il porte différentes casquettes. Comme indiqué plus haut, le fait que le REMUFOUD ne dispose ainsi pas (encore) de ressources humaines propres dans un organe exécutif, rend difficile une répartition évolutive optimale des tâches entre les deux structures.

La relation avec FMG, en ce qui concerne les appuis-formations et le médecin-conseil n'a également pas fondamentalement évolué. Le devoir consiste à passer d'une logique de projet intégré – avec sous-traitance – vers une logique multi-acteurs, mais dans lequel la responsabilité politique soit portée par les élus mutualistes...

Le représentant d'ESSENTIEL à la plate forme a changé de casquette et est devenu aujourd'hui un représentant d'ONAM mais ESSENTIEL continue à jouer un rôle capital de répondant et interlocuteur attiré vis-à-vis des bailleurs. Ces derniers ne veulent/peuvent pas travailler avec des structures trop jeunes n'ayant pas fait leurs preuves.

Le **renforcement organisationnel** de l'ONAM est très lié à son positionnement institutionnel, aux relations qu'elle a avec les autres acteurs. La mission a constaté des progrès dans ce qu'ils appellent leur « métier », c'est-à-dire la capacité de rendre des services professionnels. Elle devient grâce aux appuis de SIGEM, UTM et FMG plus compétente pour traiter correctement les données et pour conseiller les mutuelles dans leur évolution.

Au delà des capacités d'un accompagnement en matière politique, associative et relationnelle doivent encore être fortement développées. Il y a une faiblesse lorsqu'il s'agit d'accompagner les leaders et responsables dans leur rôle de gestionnaire.

L'expérience d'appui-conseil à une union de mutuelles est embryonnaire, surtout lorsqu'il s'agit d'établir ou transférer des produits et services à cette structure.

La mission n'a pas pu prendre connaissance d'un plan de développement établi, du moins comprenant les différents éléments d'une institution d'économie sociale et solidaire¹. Par exemple, aucune distinction n'est faite dans la croissance des services à développer envers les Mutuelles de Santé établies et celles à développer envers les bailleurs qui veulent créer des nouvelles Mutuelles de Santé. ONAM ne sera pas éternellement maître d'ouvrage de projets mutualistes. Elle devra développer dans son portefeuille également des consultances pour lesquelles elle n'a pas encore d'expérience.

En France, ESSENTIEL s'est bâti un capital de confiance auprès des bailleurs et partenaires "techniques". La préoccupation de responsabilisation des acteurs locaux au Sud, qui se

¹ Nous avons pris connaissance du projet associatif

traduit dans un processus d'autonomisation est fort appréciée, y compris auprès des autres ONG actives en Guinée. Cela se traduit dans la Plate-Forme Guinée où Essentiel assure un rôle d'animation.

En Guinée, ESSENTIEL se retrouve aujourd'hui devant la difficulté que les rôles et les compétences en matière mutualiste dans la zone d'intervention du projet sont répartis sur quatre structures différentes, bien que reliées entre elles. Une complication supplémentaire consiste dans le fait que le contexte est en forte évolution, comme par exemple la politique gouvernementale ou les choix des intervenants internationaux. Il y a surtout une absence de politique globale à moyen et à long terme qui permet à chacun de se positionner et de renforcer ses capacités selon sa mission propre.

En plus de la question de pertinence, liée au mandat "politique", le choix de l'organisation qui pérennisera tel ou tel service est aussi lié à des analyses de viabilité financière. Or la base (capacité de recouvrement) est encore assez petite et fragile.

Puisque les compétences techniques se trouvent aujourd'hui davantage au sein d'ONAM et qu'il existe des opportunités réelles pour ONAM de travailler aussi dans le cadre d'autres coopérations, le choix de renforcer prioritairement ONAM nous semble judicieux.

La mission a apprécié le fait que les différents acteurs guinéens parviennent, grâce à une volonté constructive d'aller de l'avant, à dépasser et gérer les conflits que suscitent de telles évolutions organisationnelles et institutionnelles. L'attitude de tous les responsables d'ESSENTIEL, est exemplaire et constitue un avantage certain pour poursuivre avec confiance dans cette voie.

Recommandations

1 Puisque **la pérennisation** des mutuelles de santé est surtout liée à la mobilisation d'une base d'adhérents suffisamment large, il est urgent **d'accroître le taux de pénétration des** Mutuelles de Santé et cela à tous les niveaux (poste ou centre de soins). Ainsi elle améliorera sa capacité de représenter les patients (capacité de plaidoyer) ainsi que son pouvoir économique.

1.1 Il faut le faire de manière réfléchie et efficiente et éviter un dédoublement dans une même zone. Pour cela il faut : a) coopérer avec les autorités compétentes de chaque niveau pour qu'elles ne promeuvent qu'une seule mutuelle, ainsi qu'avec les organisations fondatrices pour qu'elles s'ouvrent à d'autres organisations porteuses ; b) privilégier les adhésions groupées ainsi que les adhésions des femmes ; c) utiliser systématiquement le Pular non seulement dans les communications orales mais également dans les écrits.

1.2 Chaque Mutuelles de Santé doit **devenir un service de base accessible pour et appropriée par toutes les composantes de la société**. Cela demande de : a) changer leur identité encore trop liée aux organisations socio-économiques fondatrices; b) améliorer le contrôle social en collaborant avec plusieurs structures communautaires; c) renforcer les réflexions et les prises de décisions démocratiques ainsi que la qualité des communications internes (transparence).

1.3 Poursuivre le retrait des assistants techniques d'ONAM pour la réalisation de tâches journalières des Mutuelles de Santé. Par contre renforcer les compétences en suivi-

évaluation-capitalisation des Bureaux Exécutifs et renforcer les compétences de la Commission de Sécurité après avoir revalorisé/redéfini ses tâches.

1.4 Il faut en effet améliorer la viabilité financière de chaque Mutuelles de Santé, en gérant mieux les risques. Mettre en place de meilleurs mécanismes pour lutter contre le risque moral, la sélection adverse et le non-renouvellement. De manière complémentaire mieux gérer les excédents de trésorerie en a) réinvestissant dans des actions améliorant l'attrait du paquet et b) constituer un fonds de garantie mobilisable à court terme et éviter d'investir dans des dépenses à risque.

1.5 Vu le potentiel et l'opportunité que représente la décentralisation des SSP il ne faut pas négliger de renforcer au niveau de chaque Mutuelles de Santé sa capacité de défense des intérêts et de réalisation d'un plaidoyer efficace; a) constituer un bon dossier argumentaire; b) se former dans les techniques de communication et de négociation.

2 Le REMUFOUD doit également devenir un acteur professionnel – en plus d'un acteur politique – et donc développer ses services mutualisés propres;

2.1 Les **tâches internes**, donc au service des membres, sont d'une part offrir des services/produits qui ne sont faisables ou viables qu'à partir d'une certaine échelle ou volume de cotisations/bénéficiaires mutualistes, d'autre part gérer le renforcement des mutuelles membres, en particulier le capital intellectuel (la manière de faire et les ressources humaines). Nous formulons trois recommandations : a) élargir et consolider d'abord les bases préfectorales, puisque c'est à ce niveau que les « conventions » du niveau supérieur aux Mutuelles de Santé -communales sont les plus indiquées. Une fois que le taux de pénétration préfectoral sera suffisant, les services suivants peuvent être mis en place : intermutualité, assurance services hospitaliers dont la chirurgie, services spécialisés dont dentistes, transports de malades, co-gestion de Médicaments Essentiels et Génériques, etc. ; b) par contre la solidarité en cas de calamités ainsi que la gestion d'un pool de médecins-conseils peuvent se mettre en place sans exigences de concentration spatiale strictes. Il en est de même avec la mission/positionnement relatif aux actions de prévention ; c) la définition des politiques de formation internes des élus ainsi que des permanents devra également être de leur ressort. Elles incluraient de préférence la mise en place de quelques recherches-actions participatives.

2.2 Le REMUFOUD doit également améliorer ses capacités de défense des intérêts des mutualistes, auprès des autres instances comme les structures semblables, le circuit MEG, les services de Santé ou les formations associatives et privées. Les mutuelles n'ont pas comme rôle premier de mettre en place elles-mêmes des formations sanitaires ni des pharmacies, mais elles doivent pouvoir les influencer et éventuellement s'impliquer là où cela est déterminant. Cela demande de : a) faire un effort pour devenir l'unique interlocuteur représentatif au niveau préfectoral d'abord, régional ensuite (la région naturelle du Fouta Djallon n'est pas une référence pertinente); b) développer des capacités de mise en relation et de plaidoyer avec d'autres parties prenantes, services techniques gouvernementaux et privés, autres réseaux mutualistes forts, Partenaires Techniques et Financiers.

3 ONAM n'est elle-même pas une structure mutualiste. Sa mission est de développer une expertise en vue d'offrir des services utiles aux initiatives mutualistes ou en tout cas en lien avec les soins de santé primaire en Guinée.

La mission retient dans ce cadre quatre types d'expertise que l'ONAM devra renforcer :

3.1 Expertise technique, « métier »

En général les Assistants Techniques de l'ONAM – mais c'est également valable pour les interventions de FMG et celles d'ESSENTIEL – doivent apprendre à fournir leurs services et appuis de manière appropriée à la nouvelle relation partenariale (fini le « groupe cible »). Cela demande d'adopter et de se familiariser avec des approches d'accompagnement, d'empowerment et de transfert de connaissances. ONAM continue à renforcer ses capacités à : a) collecter, traiter et analyser des données dans le secteur des SSP, et en particulier des adhérents Mutuelles de Santé, et ensuite conseiller les responsables mutualistes en vue d'améliorer la viabilité de leur structure; b) initiation et mise en place de nouvelles Mutuelles de Santé de base (à la demande du REMUFOUD); c) création et renforcement des unions mutualistes au niveau des préfectures et régions (et des services et fonctions spécifiques de ces unions) et d) le plaidoyer en lien avec l'approche basée sur les droits, surtout au niveau local (opportunité d'influencer le CSH ainsi que les dépôts pharmaceutiques préfectorales).

3.2 Expertise de gestion de projets en soins de santé

Cette expertise reste nécessaire vu les modalités de financement aussi longtemps que le gouvernement ne développe pas des mécanismes de subvention directs. ONAM doit: a) continuer à développer cette expertise en diversifiant les bailleurs qui ont tous leurs modalités de demande et de justification des projets qu'ils financent; b) veiller à distinguer très clairement au sein de sa comptabilité d'une part l'utilisation des ressources de gestion administrative et financière de financement et d'autre part l'utilisation des ressources pour des interventions (Assistants Techniques opérationnels et sous-traitances par tiers).

3.3 Expertise en consultance

En dehors des mises en œuvre des projets dont elle aura la maîtrise d'ouvrage, il s'agit de réaliser des consultances sur des bases contractuelles. De courte durée ou de longue durée (consultances perlées) et dans le cadre de financements « projets de développement » tout comme dans le cadre de subventions du gouvernement guinéen.

3.4 Expertise plaidoyer

Les Mutuelles de Santé et leur unions ne sont pas encore en mesure de réaliser seuls des activités à caractère politique. Aussi ONAM devrait développer des capacités propres pour faire un plaidoyer ainsi que pour aider les mutuelles à le faire. Il s'agit de : a) peser sur la qualité de l'offre de soins et b) de mettre en place des partenariats avec le privé et les services techniques étatiques (médicaments, formations personnel médical, politique CSH, prévention ...)

4 La participation au **renforcement de la plate-forme PPSOGUI** poursuit un double objectif : a) faciliter le partage de connaissances opérationnelles et de connaissance des opportunités de financement disponibles en Guinée et b) constituer un syndicat de défense des intérêts de l'ensemble des acteurs de la mutualité.

Dans l'exercice de cette fonction syndicale, elle collaborera étroitement avec la plate-forme des unions – ou fédérations – des mutuelles. Comme ce sont des structures avec des missions et des statuts différents, il est conseillé de les réunir dans des réseaux distincts, tout en stimulant des collaborations là où c'est utile, par exemple pour mener des actions concrètes où elles sont des alliées objectives.

5 Il est pertinent qu'**ESSENTIEL** soit active dans les réseaux en France/Europe en plus des partenariats avec des structures mutualistes au Sud. Des actions intégrées au niveau mondial deviennent de plus en plus pertinentes dans le cadre des réformes de sécurité sociale, imposées par des instances mondiales et multinationales.

5.1 **Au Nord ESSENTIEL** a) contribuera activement à la plate-forme Guinée dans la mesure où cela aide à mettre en place des mécanismes et instruments guinéens mutualisés contribuant au renforcement organisationnel et au développement institutionnel des structures non-étatiques; b) d'avantage d'efforts devraient être consacrés au réseautage dans le milieu des mutuelles de santé et de coopération en lien avec les mutuelles de santé. Le savoir-faire déjà disponible au sein des acteurs français et européens gagnerait à trouver le chemin vers les stratégies développées dans les programmes d'appui-conseil d'**ESSENTIEL**.

5.2 **Partenariats avec des organisations guinéennes**

Les rôles et les compétences en matière mutualiste dans la zone d'intervention du projet sont dispersés sur quatre structures différentes mais reliées entre elles. Le partenariat devrait pouvoir renforcer les différentes structures selon leurs missions spécifiques et donc des priorités différentes, même s'il existe un chevauchement important. L'enjeu est de bien déterminer la structure et le niveau qui permettra à court terme de rendre des services de qualité et avec un taux d'autofinancement élevé. Vu la base encore faible des Mutuelles de Santé, c'est pour l'instant ONAM qui – à condition qu'elle puisse réaliser des interventions en dehors du partenariat/financement d'**ESSENTIEL** – sera le mieux en mesure de contenir un tel personnel.

5.2.1 Pour renforcer le REMUFOUD, le plus important est: a) améliorer son travail de structure d'appui à ses membres; lesquels et comment réaliser des services complémentaires à ce que les Mutuelles de Santé continueront à faire; comment gérer les services soustraits à des structures spécialisées comme ONAM ? Le point capital ici est d'améliorer le lien entre d'une part l'analyse « technique » des données et d'autre part les choix « politiques » que les élus des mutuelles font afin de préserver et développer leur outil ; et b) améliorer son travail politique ; **ESSENTIEL** peut apporter une plus-value dans la recherche de la manière de collaborer avec d'autres structures ; son expérience serait également utile pour élaborer un plan de communication. **ESSENTIEL** peut également jouer un rôle utile en partageant l'information, d'une part sur les politiques d'aide (coopération) en lien avec la SSP, d'autre part sur l'évolution mondiale du concept de la micro-assurance, entre les acteurs privés et le secteur "non-profit".

5.2.2 Pour ONAM l'appui le plus important à réaliser par ESSENTIEL constitue à renforcer deux types de compétences : a) de gestion de programmes de coopération. En sachant que ces programmes seront de plus en plus pluri-acteurs, Essentiel contribuera au bon fonctionnement des organes de pilotage de tels projets et aux systèmes de communication, de négociation, de M&E et des mécanismes de prévention et de gestion des conflits entre les acteurs ; et b) d'accompagnement des Mutuelles de santé et du REMUFOUD sur plusieurs aspects : amélioration de la gouvernance ; la R&D de certaines pratiques innovantes en vue d'adapter le couple cotisation/paquet de service à des communautés ou à des contextes variés et ce en tenant compte du genre ; capter un capital de solidarité qui n'est pas capté pour l'instant (ressortissants, séré, etc.) ; améliorer l'efficience ; mettre en place de nouvelles mutuelles à la demande du REMUFOUD.

5.2.3 Le partenariat avec FMG restera centré autour de : a) comment davantage sortir la fonction de médecin-conseil (MC) du corporatisme médical (qualité des soins) et en faire un instrument au service du management des mutuelles. Comment évoluer vers l'accompagnement d'un pool de Médecins Conseil mettant ainsi la maîtrise de cette fonction dans les mains du REMUFOUD ; b) améliorer l'offre de soins via le Centre de Santé Associatif qui a donc une place pertinente et c) conseiller les mutuelles de s'investir directement (avec leurs capitaux propres) ou indirectement (à travers des sièges dans les Conseil d'Administration) dans l'offre de soin ou dans les pharmacies ?

5.2.4 Le PPSOGUI reste un « instrument » capital : néanmoins il reste important d'y distinguer les intérêts particuliers des structures mutualistes. La privatisation, même au niveau des structures associatives comme ONAM, constitue un risque de déresponsabilisation et de "détournement". Un appui à des analyses effectuées du point de vue mutualiste reste nécessaire. Il est aussi essentiel de rechercher, en concertation avec l'offre locale de soins, des manières de mesurer l'impact des mutuelles sur la santé des gens.

I INTRODUCTION

1 Introduction

1.1 Motif de l'évaluation et objectifs.

L'évaluation devra répondre au souhait de l'association ESSENTIEL d'améliorer la qualité de ses actions et de professionnaliser ses interventions. ESSENTIEL veut tirer aujourd'hui des enseignements des interventions passées. Mais ces enseignements seront analysés en fonction de son nouveau projet associatif. Un élément capital de ce projet associatif constitue le désir de faire évoluer son positionnement et son mode d'intervention pour mieux l'articuler avec la prise de responsabilités des acteurs du Sud.

Les attentes comme formulées dans les Termes de Référence précisent clairement que le principal intéressé de cette évaluation est ESSENTIEL. En effet, *'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 dernières phases triennales ;
- 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, de valoriser les actions engagées, de communiquer et de partager les connaissances en interne et auprès des bailleurs de fonds et des collectivités.

En même temps cette évaluation externe intervient au moment où un nouveau programme est en cours de définition, tant au niveau de son dispositif qu'au niveau de son implication avec ses partenaires.

Aussi ESSENTIEL proposait dans les Termes de référence de cibler l'évaluation sur certaines actions entreprises au sein du projet « Santé Pour Tous » à savoir ;

- 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 d'ESSENTIEL
- la compétence de mise en réseau et de concertation et plus globalement les implications partenariales d'ESSENTIEL (au Nord comme au Sud).

Elle formule pour ces trois domaines des questions complémentaires.

1.2 Description succincte du projet.

Ce troisième programme triennal, 2009-2011, toujours en cours, constitue la phase de consolidation et de développement avec un accent particulier porté sur :

- l'autonomie des mutuelles et de l'appui technique apporté
- la densification des mutuelles et leur viabilité technique et financière
- la structuration en réseau et le développement du mouvement mutualiste
- les partenariats innovants pour le renforcement de la contractualisation avec l'offre de soins.

L'objectif général de l'action est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la zone d'intervention, et son objectif spécifique est d'améliorer l'accessibilité financière de la population-cible à des soins de qualité par le développement de mutuelles de santé pérennes.

Pour rappel, les 4 résultats attendus du projet Santé Pour Tous sont :

1. Le nombre de mutualistes passe à une échelle significative au niveau de la région et le mouvement mutualiste s'y structure.
2. Les mutuelles de santé disposent d'une gouvernance autonome, elles sont viables techniquement et financièrement.
3. La politique de conventionnement avec les autorités sanitaires et l'offre de soins concourt au développement des mutuelles et contribue à l'amélioration de l'offre de soins.
4. Le mode d'organisation de l'appui technique est défini ainsi que ses relations avec les mutuelles.

Le programme actuel est bien la continuité des deux précédents programmes triennaux. Les activités spécifiques engagées sur cette dernière phase triennale et les résultats constatés fin 2011 étaient :

Résultats 1 et 2:

- 7 mutuelles sont actuellement accompagnées et prennent en charge les frais de santé de leurs membres ; Les 2 plus anciennes en sont à leur 9ème et 8ème exercices ; 3 autres en sont à leur 4ème exercice ; les 2 plus récentes conduisent leur 1er exercice.
- A la date de clôture des exercices (juin ou février 2011 selon les mutuelles), les 5 mutuelles les plus anciennes regroupaient plus de 4000 bénéficiaires. Les réinscriptions sont encore en cours. Fin septembre 2011, on enregistre 3295 mutualistes, ce chiffre est supérieur à celui de septembre 2010, mais reste pour l'instant en dessous du nombre total d'adhérents en fin d'exercice. Les deux nouvelles regroupent environ 500 bénéficiaires.
- Les cotisations émises s'élèvent à plus de 62 millions de FG (pour un montant de cotisations annuelles variable selon les mutuelles).
- Le taux de recouvrement des cotisations se situe entre 96% et 100%.
- Un taux de fidélisation (indicateur important car il mesure le niveau de satisfaction des mutualistes), en nette progression l'année passée (environ 80%), est en recul sur les nouveaux exercices dans certaines mutuelles, principalement en raison d'insatisfaction lié à des problèmes de ruptures de médicaments dans les structures de soins conventionnées (problème national). Sur certaines zones, les actions de lobbying ont

permis de régulariser la situation, sur d'autres des solutions sont encore recherchées.

- A la clôture des exercices, environ 3 900 actes médicaux avaient été pris en charge par les mutuelles pour un coût total de 25 millions de FG payé aux structures de soins (Centres de santé publics, postes de santé publics, clinique privée et centre de santé associatif). Cette somme issue des mutuelles représente une recette significative pour les établissements de santé.
- Le ratio de sinistralité, (rapport prestations sur cotisations, rapporté à la période) est de 74%, chiffre conforme à la norme (estimé à 75%).
- Les organes de décision des mutuelles se réunissent régulièrement.
- Les 5 premières mutuelles se sont regroupées en réseau autour d'une charte commune et ont mis en place un bureau de coordination. Chaque 3 mois, le réseau tient une réunion de concertation pour faire le point sur les indicateurs du trimestre et travailler sur des thématiques communes. 2 délégués par mutuelles sont représentés. Les membres du réseau constituent également une force de lobbying et se déplacent régulièrement pour s'appuyer entre eux et régler des problèmes dans les mutuelles. Ils participent aussi aux cadres de concertations locaux et défendent les intérêts des au niveau local et régional.

Résultat 3 :

- Les mutualistes sont pris en charge pour les soins primaires et autres garanties complémentaires (indemnités-décès et certains soins secondaires).
- Les ateliers sur le renouvellement des conventions de partenariat entre mutuelles de santé et structures sanitaires sont régulièrement effectués.
- Une compétence spécifique sur les relations avec les structures sanitaires est développée au sein de l'équipe (Médecin conseil), cette compétence permet de développer un partenariat favorable et pour les mutuelles et pour les centres conventionnés.

Résultat 4 :

- L'équipe a été appuyée dans la définition de sa propre stratégie vers une structuration autonome (janvier 2011). Elle dispose d'un projet associatif propre issue d'une réflexion collective de ses membres.
- Un travail a été organisé (juin 2011) pour définir les processus métier technique et organisationnel, le futur organigramme de l'équipe et ses besoins en termes de renforcement actuels et en lien avec les évolutions souhaitées.
- Fin septembre, ces évolutions ont permis d'élaborer les textes juridiques de la structure autonome. Elle se prépare en lien avec l'association Nantes-Guinée à prendre en charge la mise en œuvre de la tranche 3. Ce changement de positionnement renforce sa responsabilisation dans la conduite des activités.
- Le réseau est associé à ces évolutions.

1.3 Composition et compétences de l'équipe et répartition des tâches.

L'équipe était composée de deux experts ; un Belge chef de mission et un Béninois.

Leurs compétences sont complémentaires et leurs expériences polyvalentes leur permettent des échanges constructifs.

Le consultant international belge Patrick Vanderhulst a accompagné des initiatives d'économie sociale et solidaire en Afrique, notamment au Bénin, au Sénégal au Mali et au Niger.

Il a évalué de nombreux projets et programmes. Il a accompagné des auto-évaluations et des formulations dans la sous-région et en Afrique centrale. Parmi ces projets figurent un projet « PROMUSAF » (programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique mis en œuvre par l'ONGI Solidarité Mondiale en collaboration avec l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes (ANMC)) dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest et un autre programme intégré comprenant la mise en place de deux mutuelles dans la région de l'Atacora au Bénin (programme LISA réalisé par l'ONGI Louvain développement en collaboration avec les Mutuelles Neutres de Belgique).

Le consultant béninois Rémi Hilaire OLOU est un cadre de Solidarité Mondiale basé au Bénin et qui a participé à cette recherche-action. Par ce fait il maîtrise les grilles d'analyse appropriées. Il connaît la région pour être, au sein de WSM, l'expert thématique ainsi que le gestionnaire du projet d'appui au DynaM en Guinée (outil de planification, et de monitoring) pour assurer l'appui conseil (méthodologie). Il est donc spécialiste de l'analyse des interventions dans le domaine des mutuelles. Sa tâche a consisté à faire un bilan des mutuelles mises en place.

Les deux experts sont genre sensible, maîtrisent des techniques participatives et sont soucieux du renforcement des structures concernées par leur implication importante dans le processus d'évaluation.

1.4 Méthodologie

ESSENTIEL demandait aux évaluateurs d'intégrer les 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 à long terme.
- 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.

Dans leur offre, les évaluateurs se sont attachés à respecter et à intégrer les valeurs susmentionnées afin que les partenaires, comme listés dans les Termes de Référence, en particulier les partenaires directs du programme – les mutuelles, leur réseau et leur structure d'appui, - puissent, d'une part tirer eux aussi des enseignements en tant que structures autonomes, et d'autre part influencer les recommandations relatives aux relations partenariales.

La méthode est décrite dans la note de cadrage. (En annexe)

Dans la logique voulue par ESSENTIEL et par F3E, la méthodologie a été totalement participative et constructive. Ainsi nous croyons qu'elle a contribué à «l'empowerment».

Elle a intégré des éléments de prospection et de formulation des améliorations, voire des changements à opérer éventuellement durant le programme suivant. Les évaluateurs ont utilisé des instruments et des grilles d'analyse que les acteurs partenaires pourront appliquer eux-mêmes dans l'avenir afin d'améliorer leur propre capacité d'analyse. L'évaluation a été considérée comme un moment d'apprentissage. Par la structure d'accompagnement et par les leaders locaux, l'équipe d'évaluateurs a favorisé une meilleure compréhension des défis et des stratégies à mettre en œuvre après l'arrêt de ce programme.

La méthodologie a permis d'associer les différents acteurs concernés, tant au niveau de l'évaluation qu'au niveau des pistes d'actions de consolidation à prévoir lors de la phase suivante en vue d'un processus performant d'autonomisation.

La mission a travaillé en étroite collaboration avec les responsables actuels du projet, l'ONAM (Organisation Nationale d'Appui à la Mutualité en Guinée) inclus, et avec les partenaires stratégiques que sont le Réseau Des Mutuelles Du Fouta Djallon (REMUFODU), la Fraternité Médical Guinée (FMG) et les autres services communaux et décentralisés concernés. Avant, au début, en cours et à la fin de l'évaluation ces derniers ont été fortement impliqués dans toutes les actions et toutes les réflexions de cet exercice d'évaluation.

C'est surtout par des rencontres avec des représentants des mutuelles concernées que les évaluateurs ont obtenu des informations sur la manière dont les bénéficiaires du projet en perçoivent les bienfaits.

La méthodologie comporte une phase de préparation, tant à Nantes auprès d'ESSENTIEL et de ses partenaires, qu'en Guinée via des questionnaires évaluatifs...

1.5 Facteurs éventuels qui ont favorisé ou entravé l'exercice

La mission s'est déroulée dans les meilleures conditions.

En effet, l'agenda avait été établi avant la mission et celle-ci a donc pu être menée sans perte de temps. Par ailleurs nous avons pu bénéficier d'un excellent appui logistique.

Nous pensons que la mise en place et valorisation effective d'un comité de pilotage de l'évaluation a également été utile. Nous remercions les membres du comité de pilotage de l'évaluation qui ont fortement contribué à l'esprit constructif et ouvert des diverses rencontres.

Les données fournies étaient de qualité suffisante pour pouvoir faire des analyses.

La mission a pu rencontrer la plupart des personnes ressources, du moins celles qui sont directement concernées par la mise en œuvre du projet.

II ANALYSE CONTEXTE

2 Analyse de contexte

2.1 Contexte sociopolitique

Le pays a connu ces dernières années des troubles politiques importants qui ont fortement entravé la mise en œuvre du projet. Le projet a dû être géré à distance pendant une longue période d'insécurité (absence de l'Assistant Technique, missions reportées et réajustements). Ensuite la région a connu des déplacements massifs de familles (Ville – village) ainsi qu'une insécurité/ disponibilité et mutation de prestataires de l'offre de soins. (Les personnes issues d'autres régions de Guinée furent renvoyées dans leurs préfectures d'origine)

Le pays connaît encore aujourd'hui une inflation galopante, avec notamment une forte hausse du prix des médicaments. Cette forte inflation cause une baisse de pouvoir d'achat. Le boycott économique de la Guinée pendant le coup d'Etat ainsi qu'une mauvaise gestion des stocks et des canaux de distribution ont causé jusque récemment des ruptures fréquentes et longues des médicaments. Nous avons constaté que l'absence de médicaments (ruptures fréquentes et longues) démotive la population à adhérer à la mutuelle.

Dans le cadre de la décentralisation, la gestion des structures sanitaires dans les communes tant urbaines que rurales a été transférée à celles-ci mais sans les ressources financières correspondantes ni les compétences des responsables. Les CR n'ont donc pas été en mesure de développer une vraie politique locale en la matière sans compter les nombreux postes de santé qui ne fonctionnent pas. La plupart des responsables de centres communaux de santé sont actuellement favorables au développement des mutuelles, mais de nombreux postes manquent d'équipements et d'agents de santé titulaires.

Le fait que dans 3 des 7 comités de santé concernés des responsables mutualistes ont été explicitement choisis par les Directions Préfectorales pour faire partie des CSH, constitue une reconnaissance de fait de leur influence.

Cette absence de politique cohérente en matière de soins de santé primaires et le flou relatif au rôle et au statut des mutuelles de santé a entraîné de graves problèmes, de même que l'obligation de fournir gratuitement des soins obstétricaux.

La région de Labé est une zone frontalière qui subit d'importants déplacements de populations, selon les saisons. Dans plusieurs familles les hommes émigrent pour travailler dans d'autres régions.

A l'inverse le plateau favorable à la culture de la pomme de terre – en tant que culture de rente – attire de nombreux travailleurs saisonniers, ce qui influe sur la demande de soins. Mais cette culture connaît des fortes variations de productivité et de rentabilité, ce qui influence la capacité contributive de beaucoup de mutualistes.

2.2 *Évolution des autres acteurs en appui à la mutualité*

L'absence d'une politique cohérente permet à d'autres intervenants (Muriga+, GIZ) de pratiquer une approche différente. Souvent dans les mêmes zones, ils introduisent des systèmes « top-down » qui responsabilisent beaucoup moins les mutualistes.

Un autre acteur, particulièrement présent dans la région de Mamou, est le DynaM. Ce partenaire de l'ANMC pratique une approche semblable à ESSENTIEL. De plus elle est très active et connue dans la promotion du système mutualiste en Guinée. Le DynaM participe activement à la plate-forme PPSOGUI.

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 le FNUAP consiste essentiellement à améliorer l'accès aux soins obstétricaux (liés à la reproduction). Elles sont mises en place par les directions préfectorales DPS, 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 Timbi Madina).

Malgré les efforts effectués par le projet et l'équipe pour entrer en contact avec les principaux interlocuteurs (courrier, guide comparatif des deux approche...), aucune concertation n'a pu être établie entre les Muriga (et leurs promoteurs) et les promoteurs de mutuelles. Les Muriga font partie des services de santé (DPS) 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 Direction Préfectorales de Santé.

Lors de la première session 2011 du Comité Technique Régional de la Santé CTRS de Labé, les autorités des DPS 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.

2.3 *Évolution de Nantes Guinée - ESSENTIEL*

Nous avons pu rencontrer à Nantes la plupart des personnes et institutions qui constituent la force et particularité d'Essentiel. Nous avons compris que des changements importants ont déjà été opérés et sont encore en cours. Ils consistent à élargir sa mission à d'autres interventions en dehors de la Guinée, d'y inclure les volets prévention et offre de soins et de s'associer en France avec d'autres partenaires en dehors de Nantes. Le nouveau site web² décrit bien les choix stratégiques que cela implique :

Pour assurer la pertinence de sa démarche sur le long terme et développer les ressources humaines et financières nécessaires au développement de sa mission d'accompagnement, Essentiel choisit de :

- *Maintenir la forte implication des personnes morales*
- *Acquérir une dimension nationale en France*
- *S'ouvrir à d'autres territoires*
- *Promouvoir une démarche pluridisciplinaire*

² <http://www.essentiel-international.org/qui/index.html>

- *Faire évoluer les liaisons politiques et techniques*
- *Favoriser et accompagner l'implication des bénévoles*
- *Renforcer ses compétences*

L'objectif de notre passage à Nantes était surtout de comprendre en quoi cela a été un des facteurs déterminants pour comprendre l'évolution du positionnement au sein de la mise en œuvre du projet Santé Pour Tous.

En effet comme je le lisais dans un des rapports de Polia Management Solidaire, l'autonomisation des structures guinéennes ne sera possible que dans la mesure où la relation exclusive entre l'Association ESSENTIEL et le projet Santé Pour Tous soit rompue.

Ce processus comprend deux types de changement ;

- Les rapports avec le Sud se diversifient, en termes de zones d'intervention comme les domaines d'intervention.
- Les rapports avec les institutions co-fondatrices changent également, et non seulement sur initiative d'ESSENTIEL. De multiples dynamiques ont lieu en même temps.

Nous n'avons pas eu assez de temps pour nous informer et pour apprécier ce qui est porteur, incontournable, potentiellement possible. Ce rapport met surtout en évidence les besoins des structures mutualistes – et leurs structures d'appui- en Guinée. Il ne néglige également pas le besoin de lutter ensemble au niveau mondial, pour qu'il y ait une meilleure reconnaissance et appui aux mutuelles de santé dans les politiques de coopération. L'initiative exemplaire des membres du MASMUT belge le démontre.

III CONSTATS: LES MUTUELLES DE SANTE SANTE

3 Constats : Les mutuelles de santé

Les mutuelles de santé à la base constituent les piliers du mouvement mutualiste dans le Fouta Djalon. Les structures d'appui ne se justifient et ne seront viables et durables que dans la mesure où cette base est solide / consolidée et qu'elles offrent des services de qualité répondant à des besoins objectifs au niveau de ces mêmes mutuelles. Sans cela nous restons dans une logique de projet.

C'est la raison majeure pour laquelle la mission a pris du temps pour apprécier les réalités à ce niveau, en interne à chaque mutuelle et leur relation partenariale avec le REPUFOUD et ONAM. ESSENTIEL ne joue plus un rôle d'appui direct au niveau des mutuelles de santé (MdS). Par contre il est évident que – vu la jeunesse de la structure ONAM qui de plus a repris le staff du projet –l'appréciation du personnel de l'ONAM peut être largement confondue à celle du projet « Santé pour tous » personnel de ESSENTIEL.

Nous détaillons en annexe les différentes rubriques. Ici nous ne reprenons que la synthèse.

3.1 Etat de lieux et typologie des mutuelles de santé.

3.1.1 Pertinence de la promotion des Mutuelles de Santé

La mission constate que les mutuelles commencent à avoir une place explicite et reconnue dans la politique de santé (PNDS). Leurs représentants sont invités aux concertations techniques régionales et leur évolution est mise à l'ordre du jour. Les Mutuelles de Santé sont également reconnues comme pouvant induire des commandes de médicaments pour les centres avec lesquelles elles sont conventionnées. Elles sont surtout néanmoins trop perçues uniquement comme des outils qui améliorent l'accès financier (micro-assurance)

Leur mise en place cadre avec la responsabilisation de l'offre de santé au niveau décentralisé. Nous constatons que leur mise en place est appuyée par la BM, le FNUAP et l'UNICEF. Comme déjà mentionné, l'absence d'un cadre juridique et de politique de santé claire et connue, induit la multiplication de plusieurs approches divergentes. Ce qui à son tour rend difficile la mise en place de représentations uniques au niveau des préfectures et des régions.

Les mutuelles valorisent le rôle des leaders femmes. En effet les hommes, surtout en zone polygame leur accordent assez facilement l'autorisation d'y adhérer à titre personnel et même d'y exercer des responsabilités. Les cours d'alphabétisation y contribuent fortement.

Les mutuelles répondent réellement à des besoins fondamentaux de la population. Lors de l'exercice avec les mutualistes sur les changements à l'horizon 2020 ils/elles ont mentionnés :

- L'accessibilité des SSP pour tous sans distinction de sexe, de statut social
- Des soins appropriés, rapides et accessibles pour chaque maladie à moindres frais (y compris des blessés et traumatologies graves et maladies chroniques ; cardiologie, neurologie, diabète, ...)
- Des moyens d'évacuation des malades référés vers des centres spécialisés (service d'ambulance)
- Une disponibilité de médicaments de qualité (donc fini les médicaments faux, périmés et vendus en privé par les infirmiers)
- Une politique sanitaire des soins de santé primaires, effectivement appliquée avec des mesures concrètes de promotion des mutuelles et des structures réellement représentatives reconnues
- Un respect des tarifs officiels
- Un effectif du personnel médical augmenté et qui respecte la déontologie et l'éthique médicale
- Des équipements adéquats, des sources d'énergie fiables, de l'eau propre, des installations sanitaires et des moustiquaires
- Une population bien informée des causes des maladies et pratiquant la prévention (hygiène corporelle et environnementale/sanitaire) et l'automédication dans les limites médicales.
- Une accessibilité financière aux prestations/consultations généralisées avec une couverture et taux de pénétration satisfaisante. (15%)

Les mutuelles, dans le contexte actuel de la Guinée, ont donc une mission claire qui répond à un besoin des populations, particulièrement des femmes. Ce sont elles qui sont chargées de la santé du ménage, alors qu'elles ne disposent que de très peu d'argent, le système du tiers-payant leur permet en effet de consulter facilement un médecin.

Il se confirme donc que le système mutualiste contribue aux objectifs du millénaire en matière de santé.

Les effets sur le développement économique local sont également substantiels. Les mutuelles permettent d'éviter aux ménages de dépenser des sommes parfois importantes lorsqu'un membre de la famille tombe malade et donc, indirectement, de brader les stocks vivriers.

Les groupements des producteurs, d'artisans, et autres, ont compris ce lien avec leur productivité. Ils ont en effet lié l'obtention de crédits pour les intrants à la cotisation de la mutuelle.

Les mutuelles améliorent l'accès aux soins de santé, notamment pour les plus vulnérables, particulièrement là où une approche purement commerciale l'interdirait au plus grand nombre. Elles renforcent les valeurs de solidarité entre malades et bien portants. Elles sont d'abord des structures sociales.

La place des femmes devient de plus en plus importante. Cela ne se traduit pas encore dans les postes de responsabilité où elles restent sous-représentées mais elles sont écoutées et parviennent à convaincre leurs maris de l'intérêt d'une adhésion et d'une cotisation (la croissance du nombre de femmes adhérentes est plus importante que celle des hommes!) Les mutuelles sont une des structures mixtes dans lesquelles les femmes deviennent

majoritaires et pourront briguer des postes de responsabilité. Cela est favorisé lorsque les modules d'alphabétisation traitant des mutuelles et des descriptifs de fonctions sont développés en PULAR, combiné avec le fait que les outils mis à la disposition des mutualistes soient traduits en PULAR (et en caractères arabes)

3.1.2 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. L'accès aux soins de santé primaires était ainsi amélioré pour 4.756 bénéficiaires.

3.1.3 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 future mutuelle des conducteurs de mototaxis appartiendra à cette catégorie.

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

Ces mutuelles relèvent d'initiatives des communautés locales, principalement en application à 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.

Il s'agit de la mutuelle de Maci, la mutuelle de Timbi Tounny et la mutuelle de Mitty (Les mutuelles corporatistes

- **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 à savoir la mutuelle scolaire et la mutuelle universitaire.

3.2 *Constats*

Nous reprenons ici-bas une synthèse des constats. Les détails se retrouvent dans l'annexe.

3.2.1 **Degré d'autopromotion des mutuelles**

Les Mutuelles de santé promues par ESSENTIEL dans le cadre du projet « Santé Pour Tous » restent très dépendantes de l'ONAM à travers ses Assistants Techniques ainsi que 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 se gèrent pas totalement; faiblesse dans la lecture des tableaux de bord et des factures reçues des formations sanitaires, ainsi que l'analyse des informations statistiques de gestion. Sur le terrain, elles ne gardent pas avec elles les plans d'action ni les tableaux de bord.

Le cahier des charges des Assistants techniques (ancien personnel d'ESSENTIEL maintenant personnel ONAM) donne l'impression que ces derniers font tout à la place des mutualistes. La complémentarité entre leurs tâches et celles des mutualistes n'est pas claire. 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 fortement avec leur mutuelle, ce qui se comprend. La relation avec les mutuelles de Santé 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 Assistant Technique Mutualiste 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 qui devrait être 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.

3.2.2 **La viabilité fonctionnelle 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.

Les 7 mutuelles fonctionnelles tiennent des AG d'adhérents, le plus souvent avec une fréquence annuelle.

Le pouvoir appartient au Conseil d'administration (CA) et, au quotidien, au Bureau Exécutif (BE). La Commission de contrôle (CC) veille à la légitimité des décisions prises par le BE ou par le CA et rend compte à l'AG. Les rencontres du CA pour l'ensemble des mutuelles sont réguliers, mais ne produisent pas les PV de ces rencontres. Il en est de même pour les BE.

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 externes : 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 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.

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

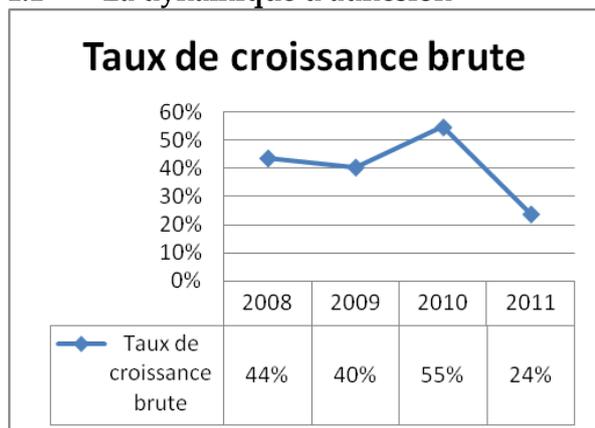
Dans la mutuelle de MAUGO (Mutuelle de l'Association des Unions de zones de Gongoré), les outils sont tenus en langue locale, le Pular. C'est important pour l'appropriation de l'initiative par la population et cela permet une meilleure gouvernance. C'est pour cela que nous avons regretté la décision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

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

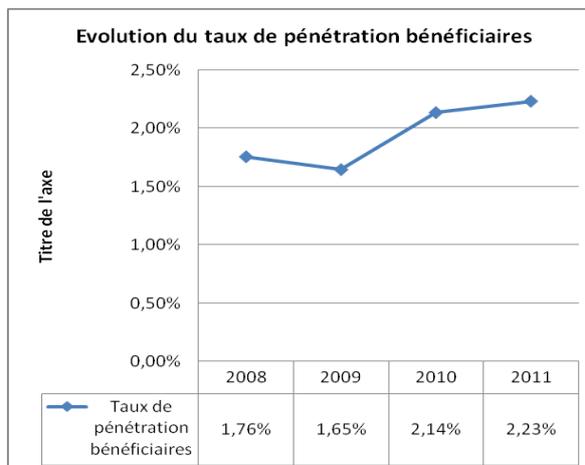
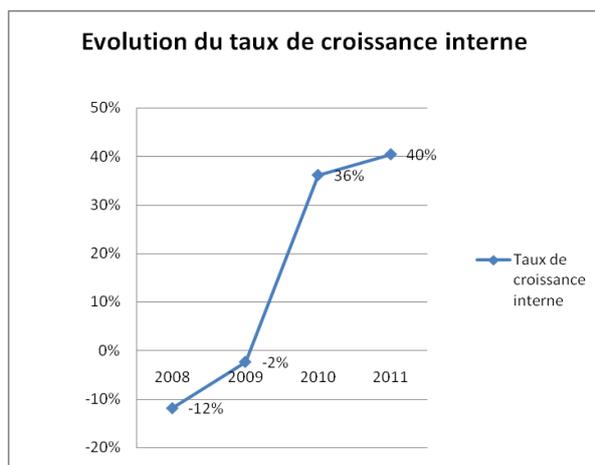
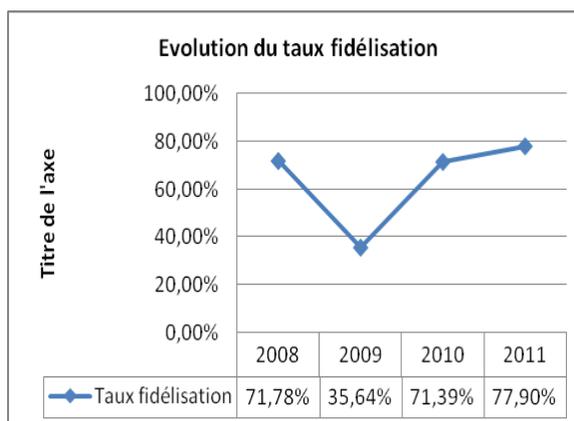
- La dynamique d'adhésion (la capacité à constituer et à fidéliser une «clientèle»)
- Le recouvrement des cotisations
- La croissance interne
- Le taux global de pénétration
- Le recouvrement des cotisations

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



1.2. Le taux de fidélisation



1.3 La croissance interne

1.4 Le taux global de pénétration

La dynamique d'adhésion : Le graphique 1.1 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. Elle est d'autant plus alarmante si l'on sait que la croissance de 2011 est essentiellement due à la mise en place de nouvelles mutuelles et non à la croissance moyenne des mutuelles.

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. Alors qu'elle était en hausse les dernières années, (graphique 1.2) les premiers chiffres de 2012 annoncent une baisse. Ceci serait la manifestation du manque de confiance des mutualistes de l'effectivité de leur outil commun de protection sociale. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette contre performance du taux de fidélité: il s'agit de la faible attractivité du produit, la rupture fréquente des médicaments, le traitement différencié dans l'accueil entre les non- mutualistes et l'absence d'un paquet de service assez attrayants. Selon les mutuelles diverses combinaisons sont possibles.

Les informations issues de l'enquête de satisfaction où 94% des mutualistes interrogés ont confiance dans la bonne gestion des mutuelles de santé (cf rapport enquête de satisfaction

page 12). Les raisons de ce faible taux de re-cotisation sont donc à rechercher ailleurs. Ce qui est évident pour l'instant c'est que le problème de rupture de médicaments en est une.

Il se peut aussi que le lancement de mutuelles sans respecter la période d'observation, ni sans attendre le nombre requis de bénéficiaires de lancement, ait démotivé et déresponsabilisé le comité de pilotage. Soit l'étude d'opportunité était trop légère, soit l'étude de faisabilité n'offrait pas des paquets de service assez attrayants.

Un autre facteur qui peut réduire l'efficacité d'un projet est le fait que ses animateurs sont trop présents et donnent donc l'impression que c'est leur affaire personnelle.

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 bénéficient davantage et ainsi soient plus fidèles. 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. (voir tableaux désagrégés en annexe).

L'indicateur de « croissance interne » montre l'évolution du nombre d'adhérents dans les zones d'implantation traditionnelles de la mutuelle de santé. (graphique 1.3) On constate une montée en flèche dans l'année 2010. 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 arriv(ai)ent 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.

Le taux global de pénétration moyen sur la zone d'implantation des mutuelles a été de 2,23% en 2011. (graphique 1.4) 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 la 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. 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 système de santé primaire !

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.

Le recouvrement des cotisations constitue un des points forts des 7 mutuelles fonctionnelles. 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.

Toutefois, on ne peut parler de recouvrement que lorsqu'il y a des créances. Or si cette mesure d'uniformiser et d'obliger de payer le tout en une fois, assure un bon taux de

recouvrement, elle est défavorable pour ceux (et celles) qui ne peuvent pas libérer ces montants à cette période de début d'année. En gagnant (évitant) par rapport au défi de recouvrement les mutuelles perdent en solvabilité des mutualistes. Cette mesure fait donc à notre avis plus de tort que de bien, d'ailleurs cela se vérifie dans les taux de fidélisation et de pénétration en forte baisse dès 2012.

3.2.3 Viabilité technique

La viabilité technique 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 sur- prescription; les fraudes, les cas de catastrophe ou d'épidémies.

La sélection adverse

La mission a constaté qu'aucune mesure n'a été prise depuis pour limiter ce risque malgré les recommandations de l'évaluation de 2006. Les adhésions sont toujours volontaires avec l'exigence du nombre minimal des personnes à charge par carte à trois. Alors que la plupart des mutuelles étaient basées dès leur création sur l'adhésion des membres de groupes déterminés le risque s'est accru à présent que les mutuelles sont ouvertes au reste de la communauté.

Le risque moral (la surconsommation)

Ce n'est qu'après la mission de l'UTM en 2011 que certaines mutuelles ont introduit des franchises qui représentent une première étape dans l'expérimentation du co-paiement. Les auto-évaluations que nous avons organisées avant notre descente sur le terrain ont confirmé ces déclarations des prestataires comme quoi certains mutualistes les ont obligés à prescrire des traitements ou des médicaments non nécessaires.

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. La mission n'a pas rencontré de cas de sur prescription. Nous avons plutôt rencontré la tendance inverse à savoir que les prestataires s'efforcent de maîtriser le plus possible le risque moral.

Le cas du démarrage récent du Centre de Santé Associatif (CSA) (FMG) en mars 2012 est néanmoins à signaler et ce serait important de le comprendre. ONAM/GMG pourraient comparer le coût moyen des prestations pour les consultations du CSA durant les premiers mois de 2012 avec la moyenne générale. Fait est que la facture au FEPAL pour ce seul centre dépassait celle de l'ensemble des autres centres de Labe. L'utilisation intensive dans le CSA de consommables de laboratoire constitue sans doute une cause « logique » de hausse des coûts. Mais elle plombe le taux de sinistralité et demanderait donc une révision des cotisations.

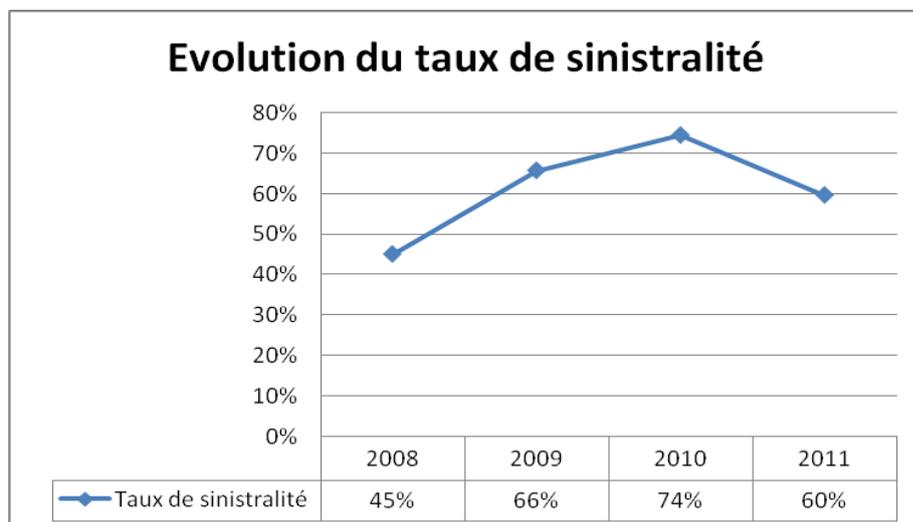
Les fraudes, les cas de catastrophe ou épidémies.

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.

3.2.4 Viabilité financière et économique

Taux de sinistralité



Les ratios de sinistralité calculés pour l'ensemble des 7 mutuelles de santé sur 4 ans³ 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. Il y a probablement une explication dans le constat de l'enquête de satisfaction dans laquelle 53,5% des mutualistes enquêtés ont déclaré qu'ils ne sont pas satisfaits de l'offre de soins proposées. Les ratios particuliers pour les mutuelles offrant des services spéciaux (consultation clinique et transports) ne sont pas connus de manière désagrégée pour pouvoir tirer des leçons.

Ratio de frais 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 – couverts par le projet - ne sont pas pris en compte dans ce calcul.

³Les données pour 2012 n'étaient pas encore disponibles et avec l'harmonisation les comparaisons deviennent difficilement comparables.

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 (Mutuelle de Union des Groupements de Timbi Madina) ont connu chacune deux années négatives pour la période de à 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... aucune hypothèse ne pourrait tenir dans de pareil cas. Le mieux serait de mener une étude spécifique sur le cas pour mieux comprendre. L'absence des données désagrégées sur les consultations

Ressources matérielles et financières des mutuelles.

Aucune mutuelle n'a pu avoir de ressources matérielles. Trois parmi elles (FEPAL, MUGTM et MAUGO) ont pu utiliser des locaux construits 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.

3.2.5 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 ; a) 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, ...); b) En agissant sur les prestataires des soins

Les relations institutionnelles.

Lorsque nous analysons le niveau d'autonomie de la mutuelle par rapport à l'offre de soins nous constatons qu'elles jouissent toutes d'une grande autonomie de décision. Sur les 7 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. Une convention est signée entre chacune des 7 mutuelles de santé fonctionnelles (et même les 2 nouvelles) avec une ou plusieurs formations sanitaires. (cf tableau en annexe).

Les relations contractuelles.

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.

Il ressort de cette analyse que les conventions établies (voir tableau en annexe) comportent les mentions nécessaires. Les mentions qui n'ont pas été précisées ne posent pas de grands préjudices aux mutuelles.

S'agissant de la tarification des services de soins, les réductions allant de 5% à 20% sur la facture globale octroyés par la plupart des formations sanitaires. (Exception du CSA) témoignent de l'importance qu'accordent les formations sanitaires dans la promotion des mutuelles de santé. C'est un signe important pour l'ancrage 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).

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

Cette situation illustre l'importance des relations entre les mutuelles de santé et le secteur public des soins.

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 dernières (selon la pyramide sanitaire en Guinée). Il manque l'élaboration des addendas spécifiques aux conventions pour chaque poste de santé effectivement visité par un nombre important de mutualistes.

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 (CHS). 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 !

Mobilisation des ressources

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 obtenir les informations avec toutes les formations sanitaires.

Les résultats de MACI 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. La fréquentation par les mutualistes crée un effet d'entraînement sur les autres malades. 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.

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, etc. C'est ainsi que nous pouvons résumer ce que nous avons entendu auprès des personnes interrogées. L'effort consacré par les Mutuelles de Santé à contribuer au fonds de médicaments a eu un effet direct sur la disponibilité des médicaments.

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 nombreux à avoir été sollicités pour la tenue des 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.

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

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.

Alors que la synchronisation des périodes d'adhésion se justifie pour permettre une gestion administrative et financière mutualisée, la mission n'a pas jugé pertinente 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 et des adhésions. L'exclusion qu'engendre cette option ne nous préoccupe dans la mesure où la période d'adhésion n'est pas adaptée à la volonté ou aux possibilités financières du client (le nouvel adhérent potentiel).

3.2.6 Efficacité

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.

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.

Le tableau en annexe 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.

Coût moyen des prestations

Le coût moyen des prestations est actuellement autour de 9.500 GNF. 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.

3.3 Synthèse des constats au niveau des mutuelles fonctionnelles

En général une base solide est établie au niveau de la plupart des Mutuelles de Santé pour garantir la durabilité du mouvement mutualiste dans la zone d'intervention du projet. Le contexte n'a pas été favorable, mais au cas où l'approvisionnement des médicaments et l'affectation du staff médical continuent à s'améliorer effectivement comme prévu dans les politiques de l'Etat, les effets du projet pourront être consolidés.

Les éléments suivant constituent les points névralgiques des mutuelles. Un certain nombre devront être corrigé à leur niveau. D'autres demanderont un appui professionnel et durable par les structures d'appui mis en place par ESSENTIEL. Un travail de plaidoyer national est encore très important pour qu'également les politiques gouvernementales (réglementation et mise en œuvre) deviennent plus favorables aux mutuelles et les reconnaissent en tant qu'acteurs clé des SSP.

- La base communautaire des mutuelles de santé est encore trop petite et fragile. Elles ont du mal à sortir de leur dynamique initiale très liée à un mouvement associatif particulier. La place des femmes y est également encore sous-valorisée alors qu'elles sont les premières intéressées par l'accès facilité aux soins de santé et qu'elles réalisent un taux de fidélisation le plus haut. Le potentiel – bien qu'encore faible, est croissant – de la décentralisation politico-administrative, n'est pas assez exploitée alors qu'elle aussi permettrait d'élargir le taux de pénétration.
- La dynamique associative des mutuelles est en développement mais présente encore des faiblesses. Partant d'une approche d'autopromotion et de responsabilisation d'un nombre maximal de leaders locaux, elle pêche par un déficit d'ouverture et de transparence envers toutes les composantes. Les organes ont du mal à gérer leur propre développement en tant que structure de service de base. L'équilibre entre l'engagement bénévole et le travail professionnel rémunéré n'est pas établi. Il en suit une dépendance « politique » trop importante envers l'ONAM.
- La viabilité financière est assez bonne si l'on n'inclut pas les coûts cachés de tout l'encadrement. En plus du nombre trop petit d'adhésions incluant un rapport des coûts fixes trop élevés, les Mutuelles sont confrontés à des taux de fidélisation fluctuants et des risques financiers élevés, aussi elles ont parfois investit leur réserves dans des actions à risque.
- Les MDS ont beaucoup gagné en reconnaissance formelle au niveau des politiques de soins de santé primaires locales, mais cela ne s'est pas encore assez traduit dans des collaborations effectives améliorant le contexte régalien et institutionnel.

IV CONSTATS : REMUFOUD

Il est important de préciser ici que les deux structures partenaires issues du programme de Santé Pour Tous, (le REMUFOUD : Fédération des mutuelles d'une part et le service technique et l'ONAM d'autre part) ne viennent que d'acquiescer leur reconnaissance juridique depuis fin 2011. Ce n'est donc qu'à partir de début 2012 qu'ESSENTIEL a pu mettre en pratique leur approche responsabilisante.

Le défi consiste donc d'une part à donner aux deux structures les moyens d'agir en toute autonomie, et d'autre part continuer à respecter les engagements contractuels vis-à-vis des bailleurs. Le programme ayant été conçu pour être mis en œuvre par une équipe de projet, la maîtrise d'ouvrage déléguée comme initiée pour la dernière année du programme en cours est une expérience transitoire très instructive. Le choix s'est logiquement penché vers une responsabilisation de cette ancienne équipe devenue autonome (l'ONAM), seule à disposer des ressources humaines pour le faire. Du coup le REMUFOUD s'est un peu retrouvé au deuxième plan.

4 CONSTATS : REMUFOUD

Le réseau des mutuelles issues de l'appui du programme Santé pour tous, est le résultat d'un processus de plusieurs années. Initialement l'objet consistait à créer un cadre de partage entre les élus en vue d'améliorer leurs pratiques. Ensuite le REMUFOUD est devenue au fur et à mesure un interlocuteur représentant les Mutuelles de santé fonctionnelles au sein des mécanismes de concertation du projet.

Comme indiqué ci-dessus, l'expertise de gestion administrative et financière de projets, ainsi que les capacités de représentation externes – au niveau de la Guinée comme en France – étant situées au sein de l'équipe du projet, ESSENTIEL a privilégié l'autonomisation de cette équipe en tant que ONAM. Cela constitue une garantie de pouvoir poursuivre un partenariat incluant des transferts financiers après le programme actuel. Néanmoins le REMUFOUD est représenté de manière organique dans l'AG et le CA de l'ONAM.

Les représentants des mutuelles ont été associés depuis 2008 aux réflexions et actions de renforcement – moins les compétences techniques. C'est ainsi qu'ils ont participé au voyage au MALI auprès de l'UTM. ESSENTIEL a également pris l'option de considérer le REMUFOUD comme le répondant politique des mutuelles ce qui implique un renforcement spécifique. A part le conseiller technique mis à leur disposition par l'ONAM, le REMUFOUD ne dispose pas encore d'exécutif ni de patrimoine propre. L'enjeu de l'actuelle et prochaine phase de projet constituera à viabiliser et réellement autonomiser le REMUFOUD autant que ses membres. Nous verrons plus loin que cela nécessite de mettre en œuvre à leur niveau une expertise particulière, complémentaire à celle développée au sein de l'ONAM.

Comme décrit dans notre offre, nous considérons pour structurer cette partie de l'évaluation concernant le REMUFOUD, que le réseau a deux missions : en interne, une mission de renforcement des mutuelles membres et, en externe, une mission de défense de leurs intérêts en tant que syndicats ou partenaires reconnus représentant les intérêts - et valorisant le potentiel - des mutualistes. Il nous semble que le développement d'une expertise locale au sein de cette fédération de mutuelles de santé ait été sous-estimé dans le processus d'autonomisation. Le projet s'est fortement investi dans le transfert et renforcement de l'expertise technique vers l'équipe du projet. Celle-ci s'est mutée en une ONG prestataire de

services et maître d'ouvrage de projets dans le secteur des mutuelles de santé avec une rayon d'action plus large que la zone d'intervention du projet Santé pour Tous.

La mission a eu parfois l'impression que certains responsables voulaient en faire leur ONG et cherchaient plutôt, comme l'ONAM, à capter des appuis des partenaires financiers pour disposer des moyens d'agir. (motivation des responsables, siège équipé, moyens de transport, ...). Mais la majorité sont conscients de leur forces et de leurs faiblesses et comprennent leur mission mutualiste. En plus du service d'organiser la solidarité par rapport à l'accès aux soins – il serait peut être préférable ne plus utiliser le terme micro-assurance parce qu'il induit trop peu le réflexe solidarité et n'a rien de micro, mais de valoriser le concept prévoyance via la solidarité. Une traduction en Pular de l'expression « mutuelle de santé » devrait combiner ces deux concepts et serait du même coup plus facile à promouvoir par les leaders spirituels.⁴

La constitution formelle d'un réseau des mutuelles dont la particularité est d'être initiée avec l'aide d'ESSENTIEL n'est pertinente que par rapport à la concertation entre elles sur les expériences comment consolider les acquis et développer des capacités autonomes de prestataire de services mutualistes de santé.

Elle est cependant moins pertinente s'il s'agit de peser sur les politiques des SSP. En effet ces dernières sont mises en œuvre – ou contrecarrées – au niveau des préfectures et régions. Or le REMUFOUD couvre des communes dispersées sur quelques Communes Rurales dans plusieurs Préfectures et cela dans les deux régions. (Tableau précisant la couverture administrative dans les deux régions). C'est dire qu'aucune préfecture n'est totalement couverte (ni même aucune commune) car le taux de pénétration est beaucoup trop bas), et encore moins aucune région.

4.1 Le réseau au service des membres

Les échanges avec des mutualistes de chaque mutuelle et de leur réseau ont permis de déterminer différentes manières de renforcer grâce au REMUFOUD les membres :

- 1 L'intermutualité qui améliore l'attrait pour les membres, surtout pour les hommes qui sont plus mobiles, (cela implique un minimum d'harmonisation)
- 2 L'accès à des paquets de services plus importants (frais d'hospitalisation au niveau des préfectures ; prise en charge des malades transférés; prise en charge de certaines maladies qui nécessitent des traitements plus longs)
- 3 Le partage d'expériences et du savoir (-faire) entre les leaders mutualistes
- 4 L'organisation de formations et de coaching communs (développer par exemple un module alphabétisation fonctionnelle, un accompagnement spécialisé des BE et CS,)
- 5 L'audit et la gestion financière des cotisations et du système du tiers-payant (intra- et inter-mutuelles)
- 6 Assurer le contrôle des conventions (disposer d'un référent santé)
- 7 Disposer d'une trésorerie commune pouvant aider les mutuelles particulièrement touchées par des catastrophes ou épidémies.
- 8 Développer une politique SIC commune et mettre les outils à la disposition de chaque

⁴ Prévoyance maladie solidaire et responsabilisante

- mutuelle.
- 9 Aider les mutuelles membres à disposer des moyens pour mieux sensibiliser.
 - 10 Conseiller les mutuelles sur les manières d'utiliser ou de ne pas utiliser leurs moyens pour améliorer la disponibilité des médicaments.

Ce dernier point a d'ailleurs été repris parmi les cinq priorités par tous les participants à l'atelier, y compris par les quelques prestataires conventionnés présents.

Tableau des capacités prioritaires retenues lors de l'atelier avec le REMUFOUD

A	B	DESCRIPTION
18	14	assurer la disponibilité des MEG pour CSP
9	9	avoir des moyens de déplacement pour les élus pour élargir les sensibilisations élargir le champ d'action de prise en charge des mutualistes malades
8	8	(intermutualité)
6	6	moyens pour supervision des MUSA membres être reconnu comme interlocuteur incontournable pour la santé des
9	5	populations
7	3	avoir un siège équipé et fonctionnel
3	3	services spéciaux par rapport à mutuelles (pathologies spéciales)
4	0	avoir une ambulance pour les malades à référer
4	0	être capable d'élargir le partenariat technique et financier
0	0	être capable de conseiller pour la viabilité

A : total des scores finaux des trois groupes (prestataires inclus)

B : total des scores finaux des deux groupes mutualistes

Intéressant est le constat que trois priorités sont les mêmes pour toutes les mutuelles : assurer la disponibilité des médicaments, permettre aux élus de mieux s'impliquer dans les sensibilisations (bien que ce ne soit pas une tâche du réseau mais de chaque mutuelle) et passer à une échelle supérieure (intermutualité et risques plus importants).

Les plus anciennes mutuelles attendent également que le réseau les accompagne dans la supervision des MUSA et soit reconnu comme interlocuteur afin de défendre leurs intérêts à des niveaux supérieurs à celui de la Commune rurale.

Les nouvelles mutuelles attendent surtout un appui pour établir et consolider leur mutuelle.

Les prestataires associés à l'exercice – ceci à la demande explicite des responsables du REMUFOUD, la mission ayant préféré travailler seulement avec le REMUFOUD – souhaitent que celui-ci permette aux mutuelles d'élargir leur champ d'action – et d'obtenir une reconnaissance politique - à un niveau plus élevé. Ils considèrent que, pour une meilleure visibilité et performance, l'obtention d'un siège et de moyens opérationnels propres leur est nécessaire.

Le REMUFOUD ne s'est formalisé que récemment et la plupart de ses activités sont concentrées sur le partage des expériences et sur l'appui aux mutuelles en difficulté (pression

sur les prestataires et des ruptures de MEG). Le compte rendu 2011 le présente comme un 'cadre de concertation pour les mutuelles soutenues par le projet « Santé Pour Tous »'

Dans le cadre logique actuel, le réseau des mutuelles est surtout mentionné au niveau des résultats 1 et 3. Il était prévu qu'il reprenne à son compte les services actuellement fournis par l'équipe du projet. Il est une partie intégrante du processus d'autonomisation. Les objectifs de la structuration du mouvement mutualiste sont bien décrits dans le compte rendu technique (p. 12) Le REMUFOUD est de plus en plus associé aux décisions opérationnelles et stratégiques (autonomisation). Mais il n'exerce, contrairement à l'ONAM, aucune maîtrise d'ouvrage déléguée, même pas sur l'activité de médecin conseil. Son BE est élu parmi les responsables et peut donc les représenter. Mais afin d'éviter que certaines mutuelles ne soient plus associées que d'autres aux décisions importantes, il est peut-être à conseiller de continuer à inviter chaque mutuelle, ayant atteint un seuil minimal, aux prises de décisions importantes. Ainsi on évite des évolutions à deux vitesses.

La mission soutient le constat du dernier rapport 2011 selon lequel...

Le REMUFOUD est un cadre de concertation fonctionnel, reconnu et est force de proposition. Dans une situation politique et sociale nationale qui se caractérise par l'absence de concertation et où la circulation de rumeur engendre beaucoup de difficulté, le réseau - avec ses espaces de concertation où la confrontation d'avis divergents, l'écoute, les négociations et la recherche de solutions sont possibles - dispose de ce dont la Guinée a tant besoin.' (Dans la version qui nous a été remise)P 23

En effet nous pouvons confirmer que l'esprit était démocratique lors de l'atelier que la mission a eu avec le REMUFOUD,

Les participants à cet atelier nous ont raconté des cas où ils se sontentraidés afin d'effectuer des pressions politiques. Cela montre la prise de conscience du fait que l'entente au sein du réseau est une force qu'il faut cultiver.

4.2 Le réseau comme acteur d'influence politique au sein du système de Soins de Santé Primaire

Toutes les composantes de la pyramide de soins que nous avons rencontrées ont confirmé qu'elles étaient (devenues) favorables au développement des mutuelles et que l'action du projet avait contribué à ce changement. L'expérience de quelques années avec ce nouvel acteur leur a permis de découvrir la plus-value des mutuelles. Selon plusieurs interlocuteurs, elles contribuent à une meilleure gouvernance des SSP, ce qui ne peut que satisfaire les prestataires honnêtes. Le bilan financier des centres de santé publique de base s'améliore avec le système tiers-payant. La relation entre les prestataires et les patients s'améliore également. Une remarque doit malheureusement être faite pour la plupart des postes de santé au niveau des districts. Le personnel – s'il y en a un – est mal rémunéré, malgré le fait qu'il doit faire face à des charges importantes et qu'il ne dispose que de très peu de confort.

Les mutuelles sont associées aux concertations au niveau préfectoral CT

Le réseau participe aux Comités Techniques Régionaux et Préfectoraux de la Santé (CTRS, CTPS). Ils représentent le cadre de concertation officiel des districts sanitaires et se tiennent tous les semestres au niveau des préfectures et de la Région. Si auparavant, seul le projet était convié à ces cadres de concertations, aujourd'hui les élus mutualistes du réseau reçoivent une

invitation directement. (CR2011)

Le REMUFOUD a commencé lui-même des communications publiques.

Le réseau a aussi réalisé 2 émissions radio, toutes les mutuelles étant associées aux enregistrements. (CR2011)

Le REMUFOUD devient un interlocuteur pour d'autres communautés.

Le réseau a accueilli dans ces mutuelles des représentants des communautés de Kundara désireux d'étudier l'opportunité de mettre en place une mutuelle dans leur localité. (CR2011)

La mission constate que les différents types de mutuelle mis en place dans la zone d'intervention (par quatre projets "différents) œuvrent encore de façon indépendante l'une de l'autre. Le REMUFOUD n'a pas encore pu jouer un rôle dans la concertation sur la recherche de moyens d'harmoniser leurs actions et d'en améliorer la cohérence. De plus la GIZ, qui voulait se concentrer sur le niveau des unions préfectorales et des fédérations régionales, se désengage complètement de la Guinée. La mission n'a pas eu connaissance d'un état des lieux des structures mutualistes mises en place par GIZ (ex-GTZ) pour pouvoir juger de la pertinence de continuer à les appuyer. Quatre mutuelles anciennement soutenues par la GIZ ont demandé que le projet prenne la relève. Seule la CR Mitty dans la préfecture de Pita, en 2011, a été jugée suffisamment intéressante en raison de sa capacité d'organiser une AG mais cette tentative de relance a eu peu de succès, du moins jusqu'à présent. Moins de la moitié des adhérents de 2011 a re-cotisé en 2012 (128/288). Ses responsables ont néanmoins rejoint le REMUFOUD.

4.3 Synthèse des constats au niveau du REMUFOUD

Le REMUFOUD constitue aujourd'hui une plate-forme de concertation qui regroupe uniquement les Mutuelles de Santé fonctionnelles appuyées par le projet "Santé Pour Tous". Elles y trouvent un cadre qui leur permet, d'une part d'agir pour améliorer la viabilité de ces mutuelles – sans négliger le travail à réaliser au niveau de chaque mutuelle – et d'autre part de promouvoir la mise en place de nouvelles mutuelles, de manière à couvrir l'ensemble des deux régions qui constituent la région naturelle du Fouta-Djalon.

Dans la mesure où le REMUFOUD ne représente actuellement formellement que les mutuelles issues du projet SPT - et est reconnue et valorisée comme tel non seulement au sein de la mise en œuvre du projet mais aussi par les autorités sanitaires - cela ne garantit sa durabilité après le retrait du projet.

Par rapport aux services qu'elle pourrait/devrait offrir aux MDS :

Le REMUFOUD n'a pas encore mis en place de manière systématique une offre de services propre à elle. Elle appuie néanmoins déjà ponctuellement les mutuelles individuelles par des concertations et par des visites, ainsi que par un plaidoyer local. Elle souhaite accroître ses ressources propres. Ainsi le réseau pourra intervenir lui-même dans les domaines qui lui reviennent, étant le seul représentant légitime des mutuelles adhérentes. Il prend conscience

que la base doit être plus solide pour pouvoir élargir le paquet de services (risques et autres). Sa viabilité dépendra également des ressources qu'il pourra mobiliser auprès de ses membres. Contrairement à l'ONAM, le REMUFOUD est redevable à 100% vis-à-vis de ses membres. Par rapport aux services qu'il est le mieux placé à développer sous forme d'entreprise mutualisée, la situation actuelle est que le REMUFOUD a initié – il est vrai avec l'appui « technique » de l'ONAM – la mise en place d'un certain nombre d'initiatives mutualistes, rassemblant l'ensemble des mutuelles membres ;

- L'harmonisation des périodes d'adhésion est considérée comme un premier pas pour réaliser l'intermutualité. Pour l'instant deux mutuelles seulement ont signés des accords d'intermutualité permettant aux bénéficiaires de se rendre aux centres de santé conventionnés avec l'autre mutuelle.
- Certaines mutuelles ont inclus dans leur paquet de risques, une contribution aux frais de transport des malades. Il s'agit d'un montant forfaitaire pour un transport réalisé par des particuliers au cas par cas. Une fédération pourrait mieux organiser ce service.
- Seule la convention entre la mutuelle de santé de la FEPAL et le Centre de Santé Associatif inclut des soins spécialisés. Nous n'avons pas assez d'éléments pour savoir dans quelles conditions les adhérents aux autres mutuelles que celle de FEPAL y ont accès.
- Seuls les adhérents de la mutuelle de la FEPAL ont la possibilité de s'assurer pour certains risques liés aux soins hospitaliers. Mais les soins dentaires n'y sont pas inclus.
- Des formations sont planifiées et données par ONAM et FMG aux responsables bénévoles de chaque mutuelle membre. Elles concernent entre autres les personnes relais devant remplacer les animateurs du projet pour ce qui concerne la sensibilisation à l'adhésion.
- Le REMUFOUD expérimente ses premiers actes de communications formelles extérieures.

Par contre les services suivants ne sont qu'à la phase de réflexion. Nous pensons avoir contribué lors de la mission à cette réflexion en clarifiant ensemble les options :

- Le médecin conseil dépend encore du projet Santé pour Tous et est surtout lié par un contrat de prestation avec ESSENTIEL. De cette manière le REMUFOUD ne maîtrise qu'indirectement les leviers pour véritablement influencer la qualité des soins, surtout si aucune analyse globale n'est produite de la situation sanitaire des bénéficiaires.
- Le REMUFOUD constitue depuis début 2012 une caisse commune grâce aux cotisations des mutuelles membres. La finalité et modalités d'emploi ne sont pas encore bien rôdées. Mais il est prévu qu'elle pourra servir pour aider une des mutuelles de santé membres en cas de calamités.
- Le service interne de formation n'existe pas encore. C'est ONAM qui le réalise.
 - La formation des nouveaux élus par rapport à leurs tâches (de routine) suivant leur fonction et organe dans lequel ils siègent dépend des ressources externes.
 - Les membres siégeant dans le CSH ne reçoivent pas de formation sur comment y jouer un rôle constructif.
 - La maîtrise du monitoring est encore trop faible pour pouvoir comparer les diverses expériences différentes d'une mutuelles à l'autre, et d'initier des recherche-actions expérimentales

- Le REMUFOUD n'est également pas en mesure d'influencer de manière structurelle et durable l'approvisionnement en médicaments, pourtant une condition critique de la qualité des services de l'offre de soins.
- Sans vision du futur de REMUFOUD en tant que structure, acteur important dans les soins de santé primaires du Fouta Djallon, il est hasardeux de se lancer dans beaucoup d'activités. Un tel plan incluant le développement des ressources humaines, financières et physiques n'existe pas encore. Quelles sont les ressources qu'il peut mobiliser auprès des mutuelles membres et quelles sont les appuis financiers qui devront encore venir des partenaires techniques et financiers ? Quelle est la partie des tâches qui peuvent être réalisées à travers des conventions de collaboration et quelles sont les tâches qu'il devra gérer directement ?

Par rapport aux fonctions syndicales :

Le réseau se trouve dans une phase de réflexion et d'analyse pour mieux se positionner sur le plan préfectoral et régional en tant qu'acteur "politique". Au-delà de leur rôle de facilitation de l'accès financier, il veut influencer la qualité des services et contribuer à la prévention. Le REMUFOUD est conscient que cela demande d'être présent au niveau préfectoral et régional. (À terme les régions auront une certaine autonomie politique) mais il se trouve devant le défi d'unir les différentes "mutuelles". La GTZ a par exemple déjà mis en place des unions préfectorales et même une fédération régionale. Dans la mesure où les autorités n'ont pas défini de statut particulier ni de procédure claire basée sur la représentativité et sur la performance, chacun se proclame mutuelle et union...

- Une représentativité limitée du REMUFOUD puisqu'il ne couvre que partiellement la zone et ce avec un taux de pénétration très faible.
 - Dans la mesure où les mutuelles ont accepté le principe de s'ouvrir à toutes les composantes de la société et d'évoluer vers une intermutualité, le REMUFOUD constitue un potentiel réel. Un taux de pénétration de 8 à 10% en ferait un acteur incontournable.
 - Le REMUFOUD est présent dans les deux régions mais ne couvre aucune préfecture totalement. Les mutuelles sont trop dispersées par rapport aux interlocuteurs officiels.
- Des capacités collaboratives naissantes ; Le REMUFOUD n'a pas encore rencontré en tant que tel, les autres structures semblables. Seul une visite d'échange a eu lieu avec DynaM. Les leaders des Muriga+ ainsi que des mutuelles mises en place par GIZ ne sont pas facilement mobilisables pour une concertation. Leur statut est fortement lié aux responsables des services ministériels. Or une action de plaidoyer demande de pouvoir tisser des alliances afin de serrer les rangs lors des négociations.
- Le REMUFOUD n'est pas membre actif des plateformes nationales, ni invité en tant que prestataire au niveau des autres partenaires. Il est vrai que sans permanents, il n'est pas possible d'assurer une représentativité et opérationnalité suffisante.

V CONSTATS : ONAM

5 Constats : ONAM

5.1 Présentation

Depuis 2008, après la période d'insécurité politico-militaire, l'association ESSENTIEL a repris son accompagnement rapproché et conduit – avec l'aide de consultants externes – un processus d'autonomisation des structures mutualistes du projet.

ONAM est le résultat du processus d'autonomisation de l'équipe de salariés du Projet Santé pour Tous de ESSENTIEL et de sa structuration en une organisation guinéenne.

Après avoir défini son projet associatif (janvier 2011), l'équipe a élaboré lors d'un atelier de 6 jours en juin 2011 :

- les processus métiers techniques et transversaux nécessaires à la future organisation
- l'organigramme souhaité

Ainsi, les besoins de renforcement ont ensuite été définis en fonction :

- de la stratégie de l'ONAM pour son développement
- des métiers qu'elle met en œuvre
- de l'évolution de son organigramme et des personnes qui la compose

Différents partenaires et mode de prise en charge de ces besoins ont ainsi été identifiés. Il peut s'agir de formation, d'accompagnement, de conseil, de mise en place d'outils et de méthode, de recherche ou lecture.

Les processus organisationnels sont encore en pleine évolution, surtout que ce n'est que très récemment (en janvier 2012) qu'ONAM est formellement reconnu et assure officiellement la maîtrise d'ouvrage du PST. Un travail important a été réalisé en 2011 pour préparer ce changement organisationnel et institutionnel radical. En plus des consultances externes, l'accompagnement de l'Assistante technique sur place a permis qu'il y ait une transition en douceur. Le changement ne semble pas avoir affecté la mise en œuvre du PST au contraire elle a permis de concrétiser les enjeux et stratégies de pérennisation. Comme expliqué ailleurs cela est allé de pair avec les changements du projet associatif de l'Association ESSENTIEL. La volonté de cette dernière de se retirer progressivement du travail opérationnel de terrain pour entrer dans un partenariat plus équilibré, et du même coup moins centré sur la région du Fouta Djallon, a créé un contexte favorable à l'émergence des structures guinéennes.

Nous distinguons d'une part les aspects institutionnels – relations avec d'autres structures – et d'autre part les aspects organisationnels – capacités internes de gestion et d'intervention.

La mission n'a pas pu réaliser dans le temps imparti et en suivant la méthodologie adoptée de commun accord, un audit organisationnel en bonne et due forme. Ce travail avait d'ailleurs déjà été fait en 2011. Elle a juste eu deux réunions avec l'équipe pour apprécier comment chaque agent donnait actuellement du contenu à sa fonction, surtout envers les mutuelles issues du projet. Nous ne pouvons nous prononcer que sur la relation entre ONAM et REMUFOUD et ses membres. Ainsi que sur le partenariat avec ESSENTIEL par

rapport au rôle de ce dernier pour renforcer les capacités opérationnelles de l'équipe d'ONAM

5.2 *Évolution institutionnelle*

L'ONAM est la deuxième structure d'appui mutualiste spécialisée en Guinée - à part la DynaM – émanation d'un projet belge et toujours appuyée par l'ANMC belge. La pertinence de créer une deuxième structure semblable n'est pas à démontrer, du moment que l'on investit suffisamment dans le réseautage entre les deux structures. D'autres acteurs non guinéens sont le GIZ (qui se retire de la Guinée pour des raisons politiques) et le CIDR (qui également n'a plus de représentation locale et qui a laissé l'Union « Mutuelles de Santé de Guinée Forestière » et pas de structure d'appui).

Comme déjà pressenti dans l'offre, la mission a constaté que l'équipe du projet est en voie de devenir un prestataire de services spécialisés, avec les compétences relatives sont reconnues (bien que toujours encore en lien avec le partenaire ESSENTIEL, ce qui est normal vu son jeune âge)

ONAM s'est réservée une autonomie certaine vis-à-vis des mutuelles mises en place par le projet (et vis-à-vis de leur réseau). Cela se vérifie par le fait qu'elle introduit des offres et réalise des services pour des tierces personnes/structures. (Sous-traitance pour le compte d'ESSENTIEL dans un projet soumis à la Banque Mondiale PNDS) Elle est aussi membre de la plate-forme des structures d'appui, et ce à titre personnel. (Plate Forme des Opérateurs d'Appui aux Mutuelles de Santé en Guinée (PPSOGUI)

Le seul lien organique avec les mutuelles est que le REMUFOUD dispose de trois sièges dans le CA d'ONAM et un dans le CS de ONAM. Des contrats de collaboration lient ONAM et REMUFOUD par rapport à certains volets du PST (mise à disposition d'un conseiller technique).

Les services qu'ONAM rend aux mutuelles et à leur réseau sont gérés par des conventions partielles :

- Une convention précise la mise à disposition du REMUFOUD d'un assistant technique
- Les appuis aux mutuelles sont régis par un accord entre ONAM et ESSENTIEL. Accord qui précise qu'ONAM assure la maîtrise d'ouvrage déléguée du projet PST durant sa dernière année.
- La mise à disposition des services d'un médecin conseil (et formations médicales et prévention) par la FMG sont régies par une convention entre ESSENTIEL et FMG, qui précise néanmoins que les aspects opérationnels devront être définis en accord avec ONAM.

Pour l'instant, les mutualistes, ainsi que les assistants techniques (c'est à dire les anciens animateurs), identifient encore beaucoup ONAM à l'équipe du projet PST. Ceci est normal puisque sur le terrain c'est surtout la forme qui a changé (et cela surtout pour le conventionnement du projet et le statut juridique du personnel etc. ...) Mais les mutuelles se considèrent en fait comme les bénéficiaires de l'appui-conseil des agents du projet.

L'appui d'autonomisation a inclus un accompagnement pour la mise en place du REMUFOUD, mais la dernière année – en vue de l'expérimentation de la maîtrise d'ouvrage

déléguée par une structure d'appui locale - le processus d'autonomisation s'est surtout intensifié sur ONAM, appui métier et appui organisationnel. Il est vrai que c'est seulement l'ONAM qui a reçu des moyens du PST pour garder et former un personnel propre. Même l'assistant technique du REMUFOUD est un cadre ONAM mis à la disposition du REMUFOUD et non un employé du REMUFOUD.

A ce stade, vu surtout l'inexpérience du REMUFOUD dans la gestion des appuis financiers externes (et pour d'autres raisons plus circonstancielles), le choix qui a été fait est à notre avis le plus pertinent. Cependant il ne peut pas constituer un précédent. Les logiques institutionnelles (positionnement relatif des deux structures) demandent d'évoluer vers une répartition des tâches – et donc un renforcement plus explicite des compétences qui y sont liées.

En termes de légitimité et de redevabilité envers la base, des avancées sont constatées, comme le fait d'associer le REMUFOUD aux décisions importantes. Comme décrit dans le chapitre sur le REMUFOUD, c'est aussi le REMUFOUD qui est maintenant invité directement aux concertations techniques régionales, qui a visité des structures semblables dans d'autres régions de la Guinée et qui a participé à la mission au Mali.

L'ONAM est donc en train de développer son métier. Mais avec l'appui de SIGEM – bureau d'études ivoirien spécialisé - cela risque d'être trop axé sur les aspects techniques et pas assez sur l'associatif ou l'institutionnel. Les outils de SIGEM nous semblent également appliqués de manière assez rigide et pas assez adaptées aux diverses situations et évolutions particulières de la région du Fouta-Djallon. Il est vrai que l'ONAM est d'abord en train de gérer son propre processus associatif et que l'AT de ESSENTIEL joue un rôle très intensif dans cet accompagnement. La relation avec le REMUFOUD a été prise en compte avec beaucoup de discernement. Mais les animateurs de terrain du projet PST, n'ont pas encore vraiment pu « changer de casquette » pour devenir des consultants au service des mutuelles.

En tant qu'ancienne équipe de projet, il nous semble que l'ONAM maîtrise assez bien la compétence en gestion de projet. Elle devra néanmoins encore davantage développer une gestion axée sur les résultats. L'ONAM n'étant qu'un accompagnateur, ses résultats vont dépendre des capacités des mutuelles, de leurs réseaux et de leurs responsables.

Les formations des personnes-relais des mutuelles – avec l'appui méthodologique de FMG – en sont une bonne illustration. Elles doivent rendre les assistants moins indispensables au niveau du terrain en première ligne. Les cadres d'ONAM, y compris le président qui intervient en tant qu'assistant directement au REMUFOUD, ont encore du mal à offrir un appui en renforcement des capacités stratégiques.

La fonction de médecin-conseil est encore entièrement entre les mains de FMG qui, comme mentionné plus haut, a conclu un accord direct avec ESSENTIEL pour tous les aspects médicaux au sein du PST. Bien que le calendrier des interventions soit défini de commun accord avec l'ONAM, la mission constate qu'il y a peu d'articulation avec le renforcement des structures mutualistes. La fonction est exécutée de manière trop technique, en se limitant à la négociation des conventions et ensuite au contrôle des protocoles et des tarifications. Peu ou pas d'analyses sont faites pour améliorer la situation sanitaire. La fiche de poste stipule pourtant entre autre que le médecin conseil :

- ***Participe au suivi des indicateurs mensuels des MS en apportant son expertise médicale :***
 - *Analyse les prestations santé (Consultations et prescriptions rationnelles)*
 - *Contrôle la fréquentation des mutualistes*
 - *Analyse la nature des pathologies*
 - *Contrôle la maîtrise des coûts Santé*
 - *Contrôle la bonne gestion des stocks de médicaments des MS*
 - *Propose et met en œuvre des recommandations et actions correctives*

Le rôle de l'ONAM est moins évident dans ce domaine. Il s'agit d'un appui direct aux mutuelles et cet aspect du métier devra être développé et partiellement partagé avec des responsables mutualistes eux-mêmes. Ces derniers peuvent valoriser l'analyse des évolutions des indicateurs dont il est question pour améliorer ou changer les stratégies de fréquentation et de fidélisation. Les mutuelles de santé peuvent également les utiliser pour demander aux autorités médicales - et le cas échéant développer eux-mêmes - des campagnes de prévention.

5.3 Évolution organisationnelle

La mission a constaté un progrès dans leurs compétences professionnelles (ce qu'ils appellent "le métier"). Les enquêtes de satisfaction (par UTM), d'impact (par FMG) et la formation par SIGEM, influencent les capacités des cadres de l'ONAM. Elle devient plus compétente pour traiter correctement les données et pour conseiller les mutuelles dans leur évolution.

Cependant nous avons constaté une faiblesse lorsqu'il s'agit d'accompagner les leaders et responsables mutualistes dans leur rôle de gestionnaire. L'approche est encore très "top-down" et beaucoup moins responsabilisante.

Les assistants manquent de formation – et en partie d'attitude – pour aider les responsables mutualistes à développer leurs propres capacités de réflexion et de prise de décision qui leur permettraient une réelle autonomie. Le traitement et l'analyse des données sur les évolutions des chiffres et paramètres (ratios) de chaque coopérative et du réseau devraient être transférés aux responsables des mutuelles. Le monitoring des évolutions par rapport aux prévisions devrait se situer à court terme au niveau des leaders des mutuelles (et/ou de leur fédération)

Même au sein de l'ONAM trop peu de personnes sont capables d'analyses stratégiques et de réflexions et propositions créatives appropriées aux contextes locaux particuliers. C'est trop souvent le même modèle/format qui est appliqué dans chaque nouvelle mutuelle.

Les capacités d'un accompagnement en matière politique, associative et relationnelle doivent encore être fortement développées.

Pour l'instant les mutuelles gagnent en reconnaissance par rapport aux politiques du gouvernement. Néanmoins elles ne font pas encore entièrement partie ni du discours ni des interlocuteurs incontournables. La politique de SSP est encore très exclusivement basée sur les prestataires de soins et sur la pyramide des formations. La responsabilisation des

populations n'est pas encore un objectif et toute la politique de décentralisation politico-administrative reste lettre morte.

La Banque Mondiale finance le PNDS pour mettre en place des mutuelles partout dans le pays. Elle le fait sans qu'une loi sur le statut coopératif ne soit votée et sans que des budgets spécifiques de l'Etat guinéen ne soient effectivement consacrés à la promotion des mutuelles.

La FNUAP continue à appuyer les Muriga-Plus, une sorte de mutuelle spécialisée dans les soins obstétricaux. Ces structures ont du mal à encore se justifier depuis l'annonce de la gratuité de ces soins.

Néanmoins, les instances politiques reconnaissent la légitimité de l'équipe locale, du moment qu'elle agit en concertation avec les leaders des mutuelles et avec DynaM, GIZ, etc.

Le rôle de la plate-forme PPSOGUI est crucial et ne peut pas être négligé si l'on veut exercer des influences au niveau national. L'unité des acteurs guinéens est importante, vis-à-vis des autorités et des acteurs de la coopération bi- et multilatérale.

L'ONAM valorise également le PPSOGUI pour se faire connaître en dehors de la région du Fouta- Djallon.

La viabilité de l'ONAM ne sera assurée que si elle est en mesure de vendre de plus en plus des services de qualité. La mission n'a pas pu prendre connaissance d'un plan de développement de l'ONAM bien établi. Quel est le compte d'exploitation provisoire? Quels sont les types de services qu'elle pense être en mesure de "vendre", bien sûr surtout dans le cadre de programmes de coopération. Quelles sont les services que les mutuelles et leurs fédérations pourront acheter? En sachant que les mutuelles elles aussi s'autonomisent et intégreront des compétences internes, quels sont les services spécialisés ou comprenant un aspect innovant (et donc de recherche-action) encore importants (donc pas les compétences courantes) que les unions ou les fédérations de mutuelles ne pourront pas héberger dans leurs propres services et donc devront continuer encore longtemps à sous-traiter à des prestataires spécialisés ?

Comment cela se traduira-t-il dans le prochain programme d'ESSENTIEL ?

D'une part la subvention des coûts récurrents de l'ONAM va se réduire progressivement et d'autre part nous supposons qu'ils seront de plus en plus assumés par les instances mutualistes.

L'ONAM devra donc travailler de plus en plus sur base de contrats de prestations, y compris avec les mutuelles appuyées par ESSENTIEL. Le système de maîtrise d'ouvrage déléguée n'empêche pas que certains budgets aillent directement au REMUFOUD, comme c'est déjà le cas pour les fonds affectés à FMG. Le service de gestion administrative et financière des projets en lien avec les soins de santé primaire peut rester assuré par l'ONAM, si du moins les bailleurs directs et les back-donors en apprécient la qualité de mise en œuvre et la justification financière et narrative.

L'ONAM travaille déjà comme prestataire dans la mise en place de la mutuelle des réfugiés, en sous-contractant pour DynaM qui en est le chef de file. Dans le même sens, il prépare un dossier pour la mise en place de mutuelles pour le compte du PNDS comme sous-traitant prestataire de service pour ESSENTIEL. Il serait à conseiller de bien réfléchir sur les régions

ou les préfectures où l'ONAM se propose d'intervenir. De préférence évoluer vers des zones homogènes, avec en priorité celles où elle est déjà présente. Cela permet de valoriser le réseau de contacts et de confiance qu'elle se construit déjà mais surtout de construire plus rapidement une fédération mutualiste forte qui sera en mesure de contracter – sur des fonds propres – l'ONAM pour certaines prestations spécialisées.

La plate-forme PPSOGUI peut être une structure à double objectif :

- Une association professionnelle des structures d'appui pour faciliter le partage de connaissances opérationnelles, mais aussi de connaissances relatives aux opportunités de financement disponibles en Guinée. Elle peut également inciter l'administration à élaborer et à respecter une réglementation des services d'appui-conseil aux mutuelles.
- Un syndicat de défense des intérêts de l'ensemble des acteurs de la mutualité. Pour cette fonction, elle gagnerait à collaborer étroitement avec la plate-forme des unions – ou fédérations - des mutuelles. Comme ce sont des structures ayant des missions et des statuts et différents, il est conseillé de les réunir dans des réseaux distincts, tout en stimulant des collaborations là où c'est utile, c'est-à-dire autour d'actions concrètes où ces réseaux sont des alliés objectifs)⁵

Le mode de gouvernance établi pour l'ONAM nous semble bien réfléchi. Elle intègre dans son CA les différentes parties concernées. Cela constitue un avantage lorsqu'il s'agit de redevabilité et de transparence. Par contre cela pourrait constituer un handicap pour certains appuis financiers car l'ONAM ou le partenaire concerné serait considéré comme juge et partie. C'est par exemple le cas déjà pour FMG qui assure la partie médicale. Elle est un contractant du projet et en même temps présente dans le CA et le CS de l'ONAM

5.4 ONAM : Synthèse des constats

Les processus de changement organisationnel et institutionnel propres à l'autonomisation d'une équipe de projet ont connus une accélération depuis 2008 et un aboutissement formel fin 2011. Ce nouveau statut autonome officiel a permis à ESSENTIEL d'entamer la réelle transition vers une appropriation par les structures guinéennes. En particulier cela a permis que ONAM assure la maîtrise d'ouvrage du PST. Grâce à ce repositionnement ; les enjeux et défis stratégiques de pérennisation du mouvement mutualiste dans le Fouta-Djalon deviennent plus concrets et mieux connus.

L'appui-conseil de l'AT d'ESSENTIEL contribue de manière significative à ce que cette transition se réalise en douceur. Ce qui n'est pas évident puisqu'il s'agit de mettre en place une interaction collaborative – et des alliances – entre différents types acteurs. La mission constate qu'il y a une bonne concertation sur le processus suivi en lien avec la création et l'autonomisation des deux nouvelles structures, ainsi qu'en lien avec la poursuite du projet.

Par rapport au **développement institutionnel**, la mission est d'avis qu'il était pertinent dans cette phase, de créer une structure de prestation de service en dehors du réseau mutualiste lui-même. Le réseau des mutuelles de santé étant lui aussi très jeune, il ne disposait pas de capacités de gouvernance pouvant assumer dans un si court délai un exécutif important, ni

⁵ L'expérience récente du groupe de travail belge MASMUT ayant élaboré un "document politique intitulé : *les mutuelles de santé : acteur de la couverture santé universelle*" peut se révéler une très bonne source d'inspiration.

garantir une continuité de financements pour le fonctionnement et développement du staff. Il n'y a pas de structure alternative ayant les capacités suffisantes (éventuellement on aurait pu étudier la possibilité de renforcer DynaM avec une antenne à Labé).

La relation avec les MDS et le REMUFOUD est dans les faits encore trop celle d'une équipe de projet et son groupe cible. La mise à disposition d'un AT au niveau du REMUFOUD se justifie mais le statut de cette personne est ambivalent du fait qu'il porte différentes casquettes. La fait que le REMUFOUD ne dispose ainsi pas (encore) de ressources humaines propres dans un organe exécutif, rend difficile une répartition évolutive optimale des tâches entre les deux structures.

La relation avec FMG en ce qui concerne les appuis-formations et le médecin conseil n'a également pas fondamentalement évolué. La difficulté consiste à passer d'une logique de projet intégré – avec sous-traitance – vers une logique multi-acteurs, mais dans lequel la responsabilité politique soit portée par les élus mutualistes...

ONAM remplace de plus en plus ESSENTIEL dans la plate-forme PPSOGUI. ESSENTIEL continue à jouer un rôle capital de répondant et interlocuteur attiré vis à vis des bailleurs. Ces derniers ne veulent/peuvent pas travailler avec des structures trop jeunes n'ayant pas fait leurs preuves.

Le **renforcement organisationnel** de l'ONAM est très lié à son positionnement institutionnel, aux relations qu'elle a avec les autres acteurs. La mission a constaté des progrès dans ce qu'ils appellent leur « métier », c'est-à-dire la capacité de rendre des services. Elle devient grâce aux appuis de SIGEM et UTM et FMG plus compétente pour traiter correctement les données et pour conseiller les mutuelles dans leur évolution.

Par contre les capacités d'un accompagnement en matière politique, associative et relationnelle doivent encore être fortement développées. Il y a une faiblesse lorsqu'il s'agit d'accompagner les leaders et responsables dans leur rôle de gestionnaire.

L'expérience d'appui-conseil à une union des mutuelles est également embryonnaire, surtout lorsqu'il s'agit d'établir des produits et services à ce niveau.

La mission n'a pas pu prendre connaissance d'un plan de développement bien établi. Par exemple, aucune distinction n'est faite dans la croissance des services à développer envers les MDS établies et celles à développer envers les bailleurs qui veulent créer des nouvelles MDS. ONAM ne sera pas toujours maître d'ouvrage de projets mutualistes. Elle devra développer dans son portefeuille également des consultances avec lesquelles elle n'a pas encore d'expérience.

6 Le travail en partenariat d'ESSENTIEL

6.1 Présentation d'ESSENTIEL

Les Termes de Référence de l'évaluation décrivent bien les évolutions qui ont eu lieu depuis 2008 surtout au sein de l'Association ESSENTIEL et les implications que cela a eu pour les relations avec les structures nées du PST.

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.*

6.2 Constats des partenariats en cours.

6.2.1 Partenariats en France

6.2.1.1 Les acteurs Non-ONG

ESSENTIEL a pu gérer correctement ses relations avec les autres structures, pour la plupart nantaises. Cela constitue aujourd'hui un capital social important qui se traduit par exemple par un maintien de subventions directes de la ville de Nantes à ESSENTIEL. Les autres structures décentralisées y contribuent également. Etant donné qu'ESSENTIEL accède au cofinancement par AFD et est actif dans le domaine de la santé (un domaine privilégié en rapport aux OMD), les différents bailleurs ont tendance à lui octroyer des financements pour des durées identiques.

L'expertise des partenaires comme le CHU et Harmonie Mutuelles est également valorisée de manière opérationnelle lorsqu'il s'agit d'améliorer les approches des interventions.

Grâce à ce projet d'appui aux mutuelles, le thème des mutuelles reste actuel dans la coopération au développement française. C'est un élément stratégique important car la tendance en Afrique est à la quasi-gratuité des prestations. C'est la politique notamment de la Banque mondiale (systèmes de RAMU) et de la plupart des gouvernements. Elle n'est pas basée sur des facteurs financiers ou économiques mais plutôt sur des considérations populistes et électorales. Elle brise aussi, ou empêche, des processus d'empowerment par les bénéficiaires des soins. Les taux de pénétration/couverture des mutuelles (volontaires) en Afrique ne dépassent pas 8%, ce qui limite fortement les effets directs sur le taux de fréquentation. Il faut donc absolument savoir comment mesurer l'impact sur la santé des gens et développer l'offre locale de soins.

Les structures de cofinancement apprécient la qualité des dossiers administratifs et financiers. Sans pouvoir se prononcer sur les aspects techniques liés à la mutualité, elles appuient également le processus explicite d'autonomisation engagé durant ce dernier programme. Elles n'ont par exemple pas refusé la transition vers une gestion avec maîtrise d'ouvrage déléguée.

La Guinée a traversé une longue crise sécuritaire et politique. Celle-ci n'est pas terminée et a entraîné par exemple, comme déjà mentionné, le retrait brutal de GIZ du secteur de la santé. Devant cette situation particulièrement difficile, les bailleurs acceptent la faiblesse des

résultats et le retard dans l'atteinte des indicateurs. Il faut néanmoins que cela soit compensé par des avancées substantielles sur le plan structurel ou institutionnel.

6.2.1.2 Acteurs ONG

La plate-forme Guinée

ESSENTIEL joue un rôle important dans la plate-forme Guinée. Elle en est l'animateur principal et a obtenu le financement d'un collaborateur à temps partiel pour le faire. Cette plate-forme permet d'organiser un partage de connaissances plus effectif entre les intervenants et des collaborations bilatérales en Guinée. La plate-forme contribue également au partage des savoir-faire dans les domaines du partenariat, notamment les défis d'autonomisation des partenaires.

Les soins de santé de base

ESSENTIEL est peu actif dans les réseaux français et européens traitant des soins de santé de base au Sud. Elle organise néanmoins régulièrement des activités d'éducation en rapport avec la santé dans les pays du Sud.

D'autres collaborations sont néanmoins envisagées avec d'autres acteurs privés ou étatiques.

Dans le cadre de l'évolution d'Harmonie Mutualité – qui a fusionné avec d'autres mutuelles en France pour constituer une seule grande mutuelle interprofessionnelle nationale qui s'appelle Harmonie Mutuelle – le partenariat avec cette structure mutualiste évoluera. En plus d'un appui financier, elle comprend un potentiel intéressant d'expertise mutualiste utile pour le renforcement des capacités des partenaires au Sud.

6.2.2 Partenariat avec des organisations guinéennes

Le partenariat avec les organisations guinéennes constitue un défi encore plus concret depuis l'option de ne plus être opérateur direct au Sud. Les premières interventions en Guinée avaient été initiées avec un partenaire guinéen. Mais cela n'a pas évolué positivement et ESSENTIEL a été obligé de prendre la responsabilité opérationnelle si elle voulait poursuivre son intervention. Ce qui pose bien sûr le défi d'autonomisation de l'équipe du projet et des structures mutualistes mises en place.

La difficulté devant laquelle se trouve aujourd'hui ESSENTIEL est que les rôles et les compétences en matière mutualiste dans la zone d'intervention du projet sont dispersés sur quatre structures différentes mais reliées entre elles.

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble de cette répartition. Celle-ci n'est pas encore stabilisée et donc est en évolution constante. Trop d'éléments sont en train de changer, comme par exemple la politique gouvernementale ou les choix des intervenants internationaux. Il y a surtout une absence de vision globale à moyen et à long terme qui permette à chacun de se positionner et de renforcer ses capacités selon sa mission propre. Il faudrait aussi que cette vision globale soit partagée par tous les intervenants et en harmonie avec les politiques gouvernementales.

Il ressort de cette présentation que les différentes structures ont des missions spécifiques et donc des priorités différentes, même s'il existe un chevauchement important.

Les structures que sont les mutuelles de santé et REMUFOUD, étant des organisations “membership,” sont redevables à leurs membres-clients. Les structures associatives ONAM et FMG sont fondamentalement différentes car elles peuvent intervenir n’importe où, du moment qu’elles adaptent leurs instruments à un contexte particulier.

L’enjeu est de bien déterminer la structure et le niveau qui permettra à court terme de rendre des services viables. Quelle est la masse critique qui permet de dégager des marges bénéficiaires brutes suffisantes pour engager, former et garder des cadres compétents. Plus l’expertise est élevée, plus haut est son coût et plus le chiffre d’affaire sera élevé. Vu la base encore faible des MDS, c’est pour l’instant ONAM qui – à condition qu’elle puisse réaliser des interventions en dehors du partenariat/financements d’ESSENTIEL – sera le mieux en mesure de contenir un tel personnel.

Contrairement à la réalité française, le mouvement mutualiste en Guinée comprend donc différentes organisations, avec chacune des tâches complémentaires ;

- certaines tâches resteront au niveau des MDS et seront exécutées par les administrateurs et membres du CS, avec une petite motivation en contrepartie, mais aussi avec un besoin de recyclage périodique.
- d’autres le seront par un personnel permanent du REMUFOUD (ou des fédérations constituées sur une base préfectorale/régionale). Ceci implique des charges récurrentes. (là également il faudra introduire la notion & pratique de contrats de performance)
- d’autres enfin seront réalisées en sous-traitance par des prestataires de service spécialisés, sélectionnés suivant des paramètres de bonne gouvernance.

Nous reprenons plus loin cet aspect de répartition des tâches et nous le traduisons dans ce qui pourrait être une ébauche de cadre logique de la phase de consolidation institutionnelle.

Fonctions	ONAM	FMG	REMUFOUD	PPSOGUI
“Prévoyance”				
Bonne gouvernance : qualité et viabilité du service aux membres	X	X	X	
R&D sur des modèles de Mds plus appropriées aux contextes locaux	X		X	X
Défense des intérêts mutualistes				
Vis à vis de l’offre de soins au niveau des Communes			X	
Au niveau des acteurs/Préfectures			x	
Au niveau des acteurs/Régions			x	
Au niveau des acteurs nationaux	x		x	x
Vie associative				
Au niveau de chaque Mds			x	
Au niveau des Unions/fédérations			x	

Dans les chapitres consacrés à REMUFOUD et à l'ONAM, nous avons commencé à mentionner ce que le partenariat avec ESSENTIEL pourrait leur apporter.

ESSENTIEL a déjà amorcé ce changement de positionnement avec la mise en œuvre de cette année de transition. La reconnaissance officielle des deux nouvelles structures partenaires a permis d'entamer d'une part une maîtrise d'ouvrage déléguée du projet allant de pair avec des conventions de collaboration formelles bien réfléchies. D'autre part elle a permis de clarifier les liens organiques entre les organisations. Le tout a pris beaucoup de temps à ESSENTIEL pour qui c'était une première expérience. L'expérience pratique mettra en évidence les faiblesses éventuelles de ce qui est mis en place. Cette pratique de responsabilisation effective forme également les responsables et induit donc de nouvelles attentes et changements. Le tout a heureusement pu être géré – et l'est toujours - par toutes les parties dans un esprit complice et constructif.

6.3 Synthèse des constats

En France, ESSENTIEL s'est bâti un capital de confiance auprès des bailleurs et partenaires "techniques". La préoccupation de responsabilisation qui se traduit dans un processus d'autonomisation est fort apprécié, y compris auprès des autres ONGI actives en Guinée. Cela se traduit dans la plate forme guinée où ESSENTIEL assure un rôle d'animation

En Guinée, ESSENTIEL se retrouve aujourd'hui devant la difficulté que les rôles et les compétences en matière mutualiste dans la zone d'intervention du projet sont répartis sur quatre structures différentes, mais reliées entre elles. Une complication supplémentaire consiste dans le fait que le contexte est en forte évolution, comme par exemple la politique gouvernementale ou les choix des intervenants internationaux. Il y a surtout une absence de vision globale à moyen et à long terme qui permette à chacun de se positionner et de renforcer ses capacités selon sa mission propre.

En plus de la question de pertinence, liée au mandat "politique", le choix de l'organisation qui portera le service est aussi lié à des analyses de viabilité financière. Or la base est encore assez petite et fragile.

Puisque les compétences techniques se trouvent aujourd'hui davantage au sein d'ONAM et qu'il existe des opportunités réelles pour ONAM de travailler aussi dans le cadre d'autres coopérations, le choix de renforcer prioritairement ONAM nous semble judicieux.

La mission a apprécié le fait que les différents acteurs guinéens parviennent, grâce à une volonté constructive d'aller en avant, à dépasser et gérer les conflits qui suscitent des telles évolutions organisationnelles et institutionnelles. L'attitude de tous les responsables d'ESSENTIEL, est exemplaire et constitue un avantage certain pour poursuivre avec confiance cette voie.

VII RECOMMANDATIONS

7 RECOMMANDATIONS

7.1 *Recommandations concernant les mutuelles de santé*

Nous reprenons en détail les recommandations concernant les mutuelles. Elles visent une amélioration de la viabilité et durabilité des mutuelles de base.

Bien sur cela implique, en plus des actions de la part des organes de chaque MDS, des prestations du REMUFOUD et d'ONAM.

L'appui d'ESSENTIEL se fait dorénavant de manière indirecte via ces deux structures d'appui.

N° rec.	Description	MDS	REMU-FOUD	ONAM	ESSENTIEL
En lien avec un plus grand taux de pénétration					
1	viser une concentration géographique	+++	++	+	
2	sensibiliser les acteurs/adhérents initiaux à ouvrir leur mutuelle aux autres composantes	+++	+		
3	renforcer les liens avec les autorités locales	+++	++	+	+
4	viser une adhésion de groupes par une communication ciblée adaptée	+++	+		
5	privilégier l'adhésion des femmes	+++	+++	+	
6	valoriser davantage l'usage du Pular	++	++	+++	
En lien avec la vie associative					
7	améliorer la représentativité des différentes composantes	+++			
8	renforcer la qualité des communications internes	+++	+	+	
9	développer des mécanismes de motivation des élus.	+++	++	+	
10	améliorer l'efficacité des travaux administratifs et financiers	+++	+	+	
11	prévoir une personne externe qui a comme tâche spécifique de renforcer les compétences de la CS.	+	+++	+	
12	prévoir une personne externe qui ait comme tâche spécifique de renforcer les compétences	+	++	+++	

N° rec.	Description	MDS	REMU-FOUD	ONAM	ESSENTIEL
	en suivi-évaluation-capitalisation du BE.				
13	renforcer les réflexions et les prises de décisions démocratiques	+++			
14	faciliter les nouvelles adhésions toute l'année	+++	++		
15	« satisfaire » les personnes saines mais solidaires qui restent fidèles	+++	+	+	
23	retirer les ATM des tâches journalières			+++	
En lien avec la viabilité financière					
16	limiter le risque moral et la sélection adverse:	++	++	++	
17	maîtriser les risques de fraude	++		++	
18	constituer un fonds de garantie.	+	++		
19	une partie des recettes doit être (re)investie.	+++	+	+	
20	se dégager à court terme des dépannages financiers (achats médicaments)	+++	++	++	
21	veiller à articuler les périodes et les modalités de paiement en fonction de la solvabilité des adhérents	+++	++		
En lien avec la défense des intérêts					
22	améliorer les capacités de défense des intérêts	++	++	++	

7.1.1 Augmenter le taux de pénétration :

Il est urgent d'accroître le taux de pénétration des MDS et du REMUFOUD, et cela à tous les niveaux. (poste ou centre de soins, préfecture et région). Ainsi les mutuelles amélioreront leur capacité de représenter les patients (capacité de plaidoyer) ainsi que leur pouvoir économique. **(rec. 1)**

Il faut le faire de manière réfléchi et efficace et éviter un dédoublement dans une même zone. Pour cela il faut;

- Coopérer avec les autorités compétentes de chaque niveau pour qu'elles ne promeuvent qu'une seule mutuelle, ainsi qu'avec les organisations fondatrices pour qu'elles s'ouvrent à d'autres organisations porteuses. **(rec. 2 & 3)**
- Privilégier les adhésions groupées ainsi que les adhésions des femmes **(rec. 4 & 5)**
- Utiliser systématiquement le Pular non seulement dans les communications orales mais également dans les écrits. **(rec. 6)**

1 VISER UNE PLUS GRANDE CONCENTRATION GÉOGRAPHIQUE

Les mutuelles, dans leur phase actuelle de développement, sont éparpillées sur plusieurs préfectures et plusieurs régions. Cette dispersion ne facilite pas la mise en réseau. De plus le dispositif de suivi pourrait devenir coûteux pour les gestionnaires du projet et du réseau. Le statut géographique actuel du REMUFOUD pose un problème sur son identité réelle et la structuration du mouvement mutualiste dans la région du Fouta-Djalon. Le réseau qui chevauche deux régions administratives et n'en couvre aucune dans son entièreté.

C'est pourquoi la mission recommande qu'il y ait une couverture rationnelle du territoire concerné. Par exemple, couvrir entièrement toutes communes (rurales et ou urbaines) d'une préfecture avant d'aller vers une autre préfecture. Couvrir entièrement les préfectures d'une région avant d'aller vers une autre région. Cette concentration faciliterait un meilleur réseautage et un suivi du mouvement mutualiste. Les acteurs du mouvement mutualiste en Afrique de l'Ouest sont favorables à ce type de structuration.

Etant donné que le réseau est déjà mis en place sans tenir compte de cette réalité, il serait mieux que les membres organisent plusieurs actions :

- Mettre en place des mutuelles dans les sous-préfectures où elles n'existent pas encore.
- Développer une stratégie pour recruter dans le réseau, les autres mutuelles qui existent dans la zone géographique du réseau (le Fouta-Djalon) qui ne sont pas en réseau.
- Pour les nouvelles créations de mutuelles tenir compte de cette dimension (possibilité de les mettre en réseaux avec les autres) ou simplement créer les mutuelles par « grappes ».
- Mener une réflexion sur la structuration du réseau au niveau préfectoral : créer une union au niveau de chaque préfecture ou à défaut au niveau des régions administratives (Mamou et Labé par exemple)
- Enclencher une réflexion avec les autres unions ou fédérations existantes à l'intérieur de la région naturelle du Fouta-Djalon pour examiner la possibilité de les intégrer dans le réseau (REMUFOUD).

2 SENSIBILISER LES ACTEURS/ADHÉRENTS INITIAUX À OUVRIR LEUR MUTUELLE AUX AUTRES COMPOSANTES

La mission a constaté que les initiateurs des mutuelles cherchent à faire d'elles leur « chasse gardée ». Ils ne sont toujours pas prêts à partager la gestion à d'autres membres ou groupes de la communauté. C'est le cas de la mutuelle de la FEPAL qui a dû s'ouvrir à toute la communauté, Malheureusement elle n'a pas changé de nom. Ceci n'est pas sans inconvénient: en effet, les membres potentiels estiment que telle mutuelle est faite pour tel groupe et que, par conséquent, ils ne peuvent pas y adhérer. C'est probablement une des causes de la création d'une mutuelle des conducteurs de taxi-motos. (Alors que certains sont déjà membres à titre individuel).

La mutuelle de Dalaba a été victime de la même interprétation. En effet, lorsque la mission a demandé, aux responsables de la mutuelle scolaire, la raison pour laquelle ils ne veulent pas

s'associer avec la mutuelle de Dalaba, ils ont simplement répondu que c'est la mutuelle des producteurs de pommes de terre et qu'eux ne sont pas des producteurs.

Malgré l'ouverture d'une mutuelle à toute la communauté, cette image se maintient et freine l'adhésion de nouveaux membres. Par conséquent, la mission recommande qu'il soit expliqué aux mutuelles, dès leur création, cette éventualité de s'ouvrir à d'autres membres de la communauté. S'agissant des mutuelles de groupements qui existent actuellement (MUGTM, FEPAL, Mutuelle de Dalaba, la MAUGO) il serait opportun que l'on réfléchisse sur un changement de leur dénomination.

Ensuite, il y a lieu d'intégrer rapidement des représentants de ces nouvelles communautés dans les organes de la mutuelle afin de leur permettre d'assurer au mieux la défense des intérêts de leurs groupes.

3 RENFORCER LES LIENS AVEC LES AUTORITÉS LOCALES

Puisque la décentralisation confie aux élus des tâches et des responsabilités concrètes pour les soins de premier niveau Le REMUFOUD pourrait développer des propositions d'action.

En plus d'éviter que des initiatives divergentes s'installent dans leur commune, les élus peuvent prévoir des locaux pour les permanences des mutuelles, et ceci également au niveau des dispensaires de zone. La commune pourrait davantage valoriser les relais mutualistes lors des campagnes de prévention (les animateurs communautaires). La commune lorsqu'elle favorise les cours d'alphabétisation pourrait demander à y intégrer un module sur les mutuelles. La commune pourrait proposer aux ressortissants de coupler lorsque ces derniers financent des formations sanitaires de mettre en place un parrainage des mutualistes.

4 VISER UNE ADHÉSION DE GROUPES PAR UNE COMMUNICATION CIBLÉE ADAPTÉE

L'expérience ayant démontré que l'adhésion « collective » d'un groupe professionnel avait plusieurs avantages (réciproques), notamment un meilleur taux de fidélisation (ce qui est donc plus efficient), il est recommandé, en cas d'ouverture de la mutuelle initiale à toute la population, de le faire en ciblant d'abord l'adhésion d'autres groupes. La pression sociale des membres d'un groupe fait que l'adhésion est plus massive et durable. Au lieu de faire le tour de tous les districts (et/ou des postes de santé) sans distinction, il est recommandé de commencer par les « clients » des postes (ou CSA) qui offrent un service de qualité. Aussi est-il conseillé de produire des messages clairs pour un groupe bien défini. Cela est particulièrement le cas pour des groupes professionnels. Nous recommandons par exemple de réfléchir sur des modalités qui permettraient aux conducteurs de motos-taxis d'intégrer la mutuelle de Labé (FEPAL) au lieu de créer leur propre mutuelle.

La mission est consciente que le paquet de services pourrait être différent d'un groupe professionnel à un autre, mais cela doit être possible d'offrir des produits différenciés au sein d'une même mutuelle, pourvu que les soins de base ainsi que l'inclusion des membres de la famille soient les mêmes pour tous. La requête d'inclure par exemple une assurance accident moto – incluant d'éventuels recours à des soins hospitaliers – est compréhensible, mais devrait faire l'objet d'une assurance de groupe auprès d'une compagnie d'assurance. (Il est possible que cela intéresse une compagnie du fait que les mutualistes peuvent être considérés comme étant en meilleure santé, plus responsables et donc présentant moins de risque d'accidents)

La mission est d'avis que dans cette phase de mise en place des mutuelles, une analyse ex-ante plus détaillée fait défaut et pourrait, réalisée avec les concernés, permettre de mieux connaître et comprendre le potentiel et les contraintes à l'élargissement de la base

5 PRIVILÉGIER L'ADHÉSION DES FEMMES

Nous avons constaté que la courbe des adhésions des femmes croît durant toute la période considérée alors que celle des hommes décroît ou est stable. Cela signifierait que les femmes sont maintenant plus ouvertes à l'adhésion aux mutuelles que les hommes. Nous recommandons, comme stratégie de densification, le ciblage prioritaire des femmes. Ceci donnerait d'avantage de résultats plus durables, grâce au meilleur taux de fidélisation des femmes (à vérifier lorsque les statistiques auront été ventilées).

Cela suppose, dans ce domaine également, des messages et des modes de communication appropriés. Une articulation avec le « phénomène » social des baptêmes permettrait de faire adhérer d'un coup toutes les femmes concernées. Une autre option est d'articuler avec les Séré (groupes de tontines traditionnelles de femmes)

6 VALORISER DAVANTAGE L'USAGE DU PULAR

Pour une meilleure appropriation de leurs initiatives, nous recommandons aux responsables des mutuelles l'usage du Pular, à la fois dans les supports de vulgarisation/sensibilisation et dans la tenue des outils de gestion. Pour cela nous suggérons que tous les outils soient traduits en langue locale.

Un plaidoyer – et pourquoi pas un appui en consultance – pour la confection d'un module d'alphabétisation de deuxième année, serait très utile. Parmi les femmes leaders des mutuelles actuelles, certaines pourraient y contribuer. En plus de la sensibilisation, cela constitue une alphabétisation fonctionnelle, c'est-à-dire une formation en langue dans l'utilisation des outils de gestion de la mutuelle. Ainsi on préparerait les femmes à assumer des responsabilités dans les organes de leur mutuelle et à oser prendre la parole.

7.1.2 Améliorer la vie associative et gouvernance démocratique

La MDS doit devenir un service de base accessible pour et appropriée par toutes les composantes de la société, cela demande :

- Pour que tous puissent s'identifier à cette même MDS il est important
 - d'améliorer la représentativité des différentes composantes et de développer des mécanismes de motivation des élus. (**rec. 7 & 9**)
 - de permettre voir faciliter les nouvelles adhésions pendant toute l'année.
 - de « satisfaire » les personnes saines mais solidaires qui restent fidèles
- Une combinaison de certaines tâches avec les organisations "porteurs" et offre de soins améliorera le contrôle social et l'efficacité des travaux administratifs et financiers (**rec. 10**)
- Il faut aussi renforcer les réflexions et les prises de décisions démocratiques ainsi que la qualité des communications internes (transparence) (**rec. 8 & 13**)

Nous recommandons que les assistants techniques de l'ONAM ne s'occupent plus des tâches journalières (**rec. 23**) mais mettent en place deux types d'accompagnement particuliers ;

- le REMUFOUD puisse disposer d'une personne qui aura comme tâche spécifique de renforcer les compétences de la CS à chaque niveau. (**rec. 11**)
- ONAM forme et responsabilise une personne qui aura comme tâche spécifique de renforcer les compétences en suivi-évaluation-capitalisation du BE. (**rec. 12**)

7 AMÉLIORER LA REPRÉSENTATIVITÉ DES DIFFÉRENTES COMPOSANTES

Les modalités d'élection doivent prévoir la représentativité de tous (à l'exemple des quotas pour les femmes), qu'il s'agisse des grands groupes professionnels ou bien des participants à différentes formations sanitaires, poste ou CSA.

Le seul principe démocratique selon lequel la majorité décide n'est guère valable à ce point de vue car c'est le groupe majoritaire qui s'octroie tous les postes, ce qui nuit à l'identité de la mutuelle.

L'option de mini-assemblées déléguant leurs propres représentants pourrait être une piste intéressante.

8 RENFORCER LA QUALITÉ DES COMMUNICATIONS INTERNES (ASPECTS TECHNIQUES ET SOCIAUX)

Les flux d'information interne ne doivent pas se limiter aux seules données techniques. Ils gagneraient à être ouverts également aux échanges des aspects émotionnels. Dans quelle mesure tous les membres s'identifient-ils de plus en plus à leur MdS ? Quelles sont les frustrations qui couvent ? Comment impliquer les membres dans le contrôle de la qualité - et ne pas laisser cela aux seuls membres du CS ?

9 DÉVELOPPER DES MÉCANISMES DE MOTIVATION DES ÉLUS.

Le bénévolat est une opportunité pour les mutuelles, certes, mais il faut reconnaître qu'il a ses limites. Les motos actuellement accordées aux mutuelles sont utilisées uniquement par les présidents des mutuelles, ce qui peut créer des frustrations et un sentiment d'injustice. Il

faut donc identifier d'autres mécanismes pour récompenser les responsables qui consacrent une partie de leur temps au bénéfice de la mutuelle.

Par exemple, la mutuelle peut décider d'accorder gratuitement aux élus la cotisation d'un bénéficiaire supplémentaire. Pour que cela n'ait pas d'effets pervers sur le système, la mutuelle peut décider d'accorder gratuitement la cotisation du cinquième ou sixième bénéficiaire aux élus (étant entendu que le minimum pour les élus est de quatre bénéficiaires).

Mais pour éviter que cela ne constitue un droit excessif, il faudrait l'octroyer en fin d'exercice et lorsque le taux de sinistralité ou le résultat brut sont positifs.

10 AMÉLIORER L'EFFICIENCE DES TRAVAUX ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS (SYNERGIES ENTRE ACTEURS SSP ET ACTEURS SOCIAUX)

Dans la mesure où les formations sanitaires trouvent leur intérêt dans la fréquentation par les mutualistes, elles peuvent être motivées à tenir des registres suffisamment détaillés de manière à ce que les leaders puissent les exploiter facilement. Deux éléments sont importants dans ce monitoring : d'une part une comparaison avec les non-mutualistes et d'autre part une ventilation des informations afin de pouvoir distinguer les consultations des mutualistes et celles des non-mutualistes. D'ailleurs la convention prévoit que les prestataires donnent un feedback sur l'état sanitaire des mutualistes et sur la communauté.

Cette information aide les mutuelles dans leur stratégie de sensibilisation à des nouvelles adhésions et fidélisation.

11 PRÉVOIR UNE PERSONNE EXTERNE QUI A COMME TÂCHE SPÉCIFIQUE DE RENFORCER LES COMPÉTENCES DE LA CS.

La bonne gestion se vérifie dans l'évolution des indicateurs « prudentiels ». Ces derniers permettent de vérifier si les risques sont de mieux en mieux maîtrisés. Les membres de la CS pourraient être formés à calculer ces indicateurs et à interpréter leur évolution (et à comparer avec les targets). Avec leurs collègues des autres mutuelles, et avec le gérant/assistant technique de l'union, ils peuvent comparer les données et se mesurer aux meilleurs élèves (bonnes pratiques).

Puisqu'il s'agit d'une fonction que nous considérons comme politique, nous recommandons de rechercher une personne-ressource externe pour appuyer les membres du CS dans l'exécution de leur tâche. Ces derniers peuvent profiter en même temps de cet accompagnement/coaching pour renforcer leurs capacités à pouvoir le faire eux-mêmes. Il sera exigé de cette personne ressource un contrat de performance, avec comme résultats; a) un savoir-faire et un savoir-être des CS; b) une capacité interne d'auto-formation du REMUFOUD, lui permettant de former et de recycler les nouveaux membres des CS.

12 PRÉVOIR UNE PERSONNE EXTERNE QUI AIT COMME TÂCHE SPÉCIFIQUE DE RENFORCER LES COMPÉTENCES EN SUIVI-ÉVALUATION-CAPITALISATION DU BE.

A l'instar des membres du comité de suivi, la mission recommande que les membres du bureau exécutif soient appuyés par une personne externe. (Mais différente du formateur CS) Le but recherché ici est, d'une part d'améliorer la gestion actuelle des mutuelles, d'autre part de renforcer la capacité de gestion des élus responsables de la gestion quotidienne des

mutuelles. Dissocier le deuxième but du premier dans l'application de cette recommandation serait contraire à notre vision.

Cette fonction est plus de type appui-conseil et accompagnement de recherche-action. Le processus d'appropriation aux spécificités des mutualistes (et à leur contexte particulier) demande des réponses particulières, pas du copier-coller. Il faut donc une personne avec un profil de « chercheur prudent complémentaire du conseiller-formateur en gestion de risques pour les CS. Les performances – résultats attendus - de cette personne sont donc plus difficiles à formuler, puisque moins techniques.

13 RENFORCER LES RÉFLEXIONS ET LES PRISES DE DÉCISIONS DÉMOCRATIQUES

Les mutuelles sont des organisations de type associatif, elles ont besoin de développer au niveau de chaque mutuelle des capacités de réflexion et de prise de décisions démocratiques autonomes.

Actuellement les décisions sont encore très orientées par les cadres de l'ONAM (et indirectement et de manière dégressive par ESSENTIEL). On leur fait comprendre quelle est la bonne option. L'alternative est; a) de les aider à bien s'informer pour qu'elles puissent en connaissance de cause décider; b) présenter chaque fois deux ou trois alternatives potentielles. Les leaders apprennent ainsi à décider eux-mêmes en pesant le pour et le contre des différentes alternatives. S'ils n'ont pas de choix entre plusieurs alternatives, ils n'ont pas d'autonomie

14 FACILITER LES NOUVELLES ADHÉSIONS TOUTE L'ANNÉE

Nous estimons que les mutuelles de santé doivent remettre en cause la pratique statutaire des mutuelles promues par le projet qui consiste à limiter à quelques mois dans l'année la période pendant laquelle on peut devenir membre du système. Cette remise en cause s'explique par les raisons suivantes:

- Avec le respect d'une période d'observation de trois mois pour les nouveaux membres, le danger de sélection adverse est minime. (on peut être « compréhensif » et accepter plus vite la consultation – sans prescription. Il est ainsi question d'éviter que la maladie ne s'aggrave pendant la période d'observation et qui coûtera finalement plus cher à la MdS ...
- Les populations doivent être avoir la possibilité de s'inscrire à tout moment, - ou d'ajouter un bénéficiaire- dès qu'elles prennent conscience de l'utilité de le faire. Sinon, il se peut qu'elles perdent quelques mois plus tard les motivations qui les poussent à adhérer. A ce sujet, on peut avancer les arguments pratiques suivants: a) avec les campagnes de sensibilisation réalisées par les systèmes, si les personnes sont convaincues des avantages de l'adhésion, elles doivent pouvoir s'inscrire, sinon elles ne le feront probablement pas plus tard lorsque d'autres problèmes et priorités surviendront et qu'elles n'auront plus en mémoire les arguments en faveur de l'assurance; b) de nombreuses personnes ont tendance à s'inscrire uniquement à la suite d'un malheur personnel, comme une maladie grave entraînant de lourdes dépenses, ou du malheur de quelqu'un d'autre, ce qui incite à chercher des solutions pour l'avenir. Par exemple, beaucoup de patients s'inscrivent dès leur sortie de l'hôpital, réaction tardive mais qui, au moins, leur permet de se préserver d'un problème futur.

- La possibilité de s'inscrire tout au long de l'année convient aux personnes, tels que les fonctionnaires, dont le revenu n'est pas concentré sur une seule période de l'année, comme c'est le cas des paysans. Les gens doivent pouvoir choisir le moment de leur inscription en fonction des caractéristiques particulières de leurs revenus ou des flux d'argent qui les concernent. Nous insistons sur cet aspect surtout en ce moment où la plupart des mutuelles sont ouvertes à l'ensemble des communautés avec des bénéficiaires ayant diverses sources de revenus.
- La possibilité de s'inscrire tout au long de l'année procure davantage de flexibilité aux gestionnaires des systèmes. Elle leur permet, en effet, d'augmenter les droits d'inscription à tout moment si leurs projections budgétaires et leurs prévisions d'inflation se révélaient trop optimistes. Ce dernier argument pourrait être considéré comme l'un des plus importants pour justifier que l'adhésion soit permise tout au long de l'année.

15 « SATISFAIRE » LES PERSONNES SAINES MAIS SOLIDAIRES QUI RESTENT FIDÈLES

- Il n'est pas rare de constater que certains mutualistes paient leurs cotisations durant une ou plusieurs années sans bénéficier de soins de santé, non pas parce qu'ils ne s'y intéressent pas mais plutôt parce qu'ils ne tombent pas malades. Une bonne partie de cette catégorie d'affiliés quittent la mutuelle après un ou deux ans. Ce comportement n'est pas toujours de nature à aller contre le principe de solidarité qu'incarne la mutuelle. Le monde est guidé par le « gagnant-gagnant ».
- Il serait bon de trouver une manière d'encourager cette catégorie de personnes. A titre d'exemple ou de piste de réflexion, on pourrait offrir gratuitement un bilan de santé à l'adhérent qui paie ses cotisations pendant 2 ans sans tomber malade. Nous encourageons les mutuelles à mener une réflexion sur cette question. Il n'y a pas de fidélisation sans « obligation externe », comme par exemple les conditionnalités de crédits. Ce geste d'encouragement doit néanmoins être en nature et en lien direct avec la santé afin que les bénéficiaires restent en bonne santé.

23 RETIRER LES ASSISTANT TECHNIQUE MUTUALISTE DES TÂCHES JOURNALIÈRES

Nous pensons que le rôle des ATM devrait être davantage stratégique qu'opérationnelles. Ils doivent s'occuper des tâches qui dépassent le niveau actuel des responsables mutualistes comme, par exemple :

- L'appui à la mise en place des mutuelles de santé.
- La capitalisation des meilleures pratiques.
- L'accompagnement des actions de sensibilisation dans le cadre de la santé préventive.
- Le renforcement des capacités des responsables mutualistes.

Les autres tâches (suivi-évaluation mensuel des mutuelles et le suivi du tableau de bord des mutuelles, élaboration du budget prévisionnel et définition des conditions nécessaires permettant d'assurer une gestion efficiente et adaptée du risque d'assurance maladie) doivent être exécutées dans une vision d'accompagnement où les mutualistes seront encouragés à les remplir eux-mêmes afin que, à terme, ils puissent se les approprier. Ceci est important pour l'appropriation de la gestion de l'initiative et déterminant pour sa pérennité.

La mission d'évaluation suggère que l'on réfléchisse d'avantage à la possibilité d'accompagner les membres de la Commission de Surveillance dans une dynamique d'apprentissage afin qu'à qu'ils soient capables de continuer seuls le travail.

7.1.3 Améliorer la gouvernance: viabilité financière

Elle implique de mieux gérer les risques par la mise en place des meilleurs mécanismes pour lutter contre le risque moral, la sélection adverse et le non-renouvellement (**rec. 16 , 17 & 21**)

Elle implique de mieux gérer les excédents de trésorerie en a) réinvestissant dans des actions améliorant l'attrait du paquet (**rec. 19**) et b) constituer un fonds de garantie mobilisable à court terme et éviter d'investir dans des dépenses à risque (**rec. 18 & 20**)

16 LIMITER LE RISQUE MORAL ET LA SÉLECTION ADVERSE:

- Observer strictement les périodes d'observation (pour les nouveaux et pour ceux qui renouvellent avec retard leur cotisation), si la mutuelle accepte les nouvelles adhésions durant toute l'année.
- Systématiser le ticket modérateur dans toutes les mutuelles. Les franchises en vigueur actuellement dans certaines mutuelles ne sont pas efficaces pour toutes les prestations. Elles doivent être remplacées progressivement par un pourcentage à payer sur le coût total du traitement et introduire le plafonnement du nombre de prises en charge.
- Mener une recherche-action pour privilégier les adhésions familiales. Ceci permettrait de prévenir et de limiter les risques de sélection adverse et, d'une manière indirecte, les fraudes. Des tarifs dégressifs à partir de quatre personnes à charge sont à étudier.

17 MAÎTRISER LES RISQUES DE FRAUDE

- Veiller aux options permettant de freiner l'escalade des coûts (standardisation des schémas de traitement/Protocole thérapeutique ; Obligation de prescription de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) ; plafond dans la couverture de soins, ticket modérateur varié.)
- Distinguer dans les factures des formations le coût de consultation, des examens labo et des médicaments !

18 CONSTITUER UN FONDS DE GARANTIE.

Le fonds de garantie est une exigence en matière d'assurance maladie. L'objectif de ces fonds est de permettre à la mutuelle de continuer ses prestations même sans cotisations pendant trois à six mois. La réglementation de l'UEMOA (même si la Guinée n'en fait pas partie) en fait une exigence pour les mutuelles. Nous estimons que les mutuelles du projet, ne peuvent pas déroger à cette règle, étant donné qu'elles font partie de l'assurance maladie. Elles devraient donc constituer avec la trésorerie excédante un fonds de garantie sans risque.

19 UNE PARTIE DES RECETTES DOIT ÊTRE (RE)INVESTIE.

La mission a constaté que certaines mutuelles ont réalisé des excédents d'exploitation. Ces fonds ont été simplement déposés dans leurs comptes en banque sans qu'aucune réflexion n'ait été menée sur leur rentabilité. Il est indispensable que les mutuelles réfléchissent sur la manière de faire fructifier ces fonds tout en restant dans leur rôle de facilitation d'accès aux soins de santé. La meilleure option est d'élargir le paquet de services/risques et ainsi d'améliorer l'attractivité et les taux d'adhésion et de pénétration. (Ce qui est capital pour couvrir une plus grande partie des coûts cachés d'encadrement, de médecin conseil, etc.)

La littérature sur la mutualité recommande le dépôt de ces fonds en compte DAT pour qu'ils génèrent des revenus. Mais pour nous le mieux est de rechercher des stratégies pouvant exploiter ces excédents d'exploitation afin d'élargir la gamme des prestations. L'objectif poursuivi à travers notre réflexion est d'inciter la mutuelle à couvrir progressivement, grâce à ces fonds, le maximum de prestations et à devenir ainsi plus attractive. Ceci évidemment dans la limite des possibilités qu'offre le couple cotisation/prestation.

La mutuelle peut investir, soit dans les secteurs qui permettent aux membres de cotiser (mais cela comporte des risques réels en zone rurale), soit dans de nouveaux produits comme par exemple le transport d'urgence des malades ou des risques spécialisés très appréciés telles que les consultations pédiatriques.

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 une offre différenciée à plusieurs tarifs est intéressante pour la mutuelle. Il serait également intéressant de connaître l'importance et le coût du service de transport comme prévu à Maci et MAUGO.

20 SE DÉGAGER À COURT TERME DES DÉPANNAGES FINANCIERS (ACHATS MÉDICAMENTS)

En cas de rupture de la fourniture de médicaments, les mutuelles font actuellement des provisions dans les formations sanitaires, au moyen de dotations de fonds. Cette solution est provisoire et précaire. Il serait intéressant que les mutuelles, avec l'appui du REMUFOUD, recherchent des stratégies plus pérennes dans le cadre de la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires conventionnées. Une option pourrait être d'assurer la gestion d'un magasin de MEG au niveau des préfectures, en statut de franchise pour l'agence nationale (Pharmacie Centrale de Guinée)

21 VEILLER À ARTICULER LES PÉRIODES ET LES MODALITÉS DE PAIEMENT EN FONCTION DE LA SOLVABILITÉ DES ADHÉRENTS

Les mutuelles de santé ont actuellement des taux de remboursement des cotisations très intéressants. Ceci est dû essentiellement au fait que les mutuelles ont su adapter la période de recouvrement à la période favorable pour mutualistes. La mission a des appréhensions au sujet de la nouvelle mesure en cours, à savoir adapter les exercices des mutuelles à l'année civile. Cette mesure néglige le fait que certaines périodes sont favorables au recouvrement des cotisations. La mission recommande donc aux mutuelles de santé d'organiser le paiement des cotisations à une période où les membres sont solvables et suivant une modalité adéquate.

7.1.4 Améliorer la gouvernance: défense des intérêts

Afin d'être en mesure de réaliser un plaidoyer efficace le REMUFOUD doit pouvoir : (rec. 22)

- a) constituer un bon dossier argumentaire
- b) se former dans les techniques de communication et de négociation

22 AMÉLIORER LES CAPACITÉS DE DÉFENSE DES INTÉRÊTS

Le rôle que les mutuelles jouent actuellement et celui qu'elles sont appelées à jouer dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins est de grande importance. Le problème du mauvais accueil par certains prestataires et les ruptures fréquentes des médicaments interpellent à plus d'un titre les mutuelles de santé. Leurs responsables doivent donc mettre en place des mesures pour le suivi des prestations. Ils doivent aussi renforcer leurs capacités afin de jouer convenablement leur rôle qui est la défense des intérêts des membres de l'initiative dont ils sont responsables. La logique est celle du « droit des patients »

Pour cela la mission recommande de :

- Individualiser le suivi des prestations, c'est-à-dire attribuer un code personnel à chaque bénéficiaire;
- Rendre effectif les rapports épidémiologiques permettant d'orienter les actions préventives.
- Intensifier l'analyse comparative des données de chaque mutuelle.
- Former les élus dans les techniques de plaidoyer.

7.2 *Recommandations : REMUFOUD*

Lors de la mission, les évaluateurs ont approfondi avec les responsables de REMUFOUD des réflexions sur les fonctions-clé du réseau. Il est important de les poursuivre, de les approfondir et de les actualiser avec eux. Ce sont des éléments qui permettent de clarifier la mission de REMUFOUD et de là les capacités et les ressources qu'il doit maîtriser pour réaliser cette mission. Sans cette réflexion, les activités risquent d'évoluer vers celles d'une ONG et maintenir ainsi, notamment, une dépendance externe trop importante.

24 ACCOMPAGNER DANS L'ÉLABORATION DE LEUR PLAN DE DÉVELOPPEMENT (FINANCES, COMMUNICATION)

Afin d'être en mesure de jouer ce double ; interne et externe, il est capital d'avoir un plan de développement « REMUFOUD 2020 » incluant un plan de communication, mais aussi un plan de développement des ressources humaines, logistiques et financières.

Une réflexion plus fondamentale sur l'avenir des mutuelles de santé dans l'ensemble des politiques de SSP (par rapport aux tendances de privatisation de la micro-assurance) est donc très utile. Elle pourra se faire lors des échanges avec ESSENTIEL et avec Harmonie, ainsi que lors des participations à des plateformes nationales et sous-régionales.

7.2.1 Développer les services aux membres;

Les tâches internes, donc au service des membres, sont : d'une part offrir des services/produits qui ne sont faisables ou viables qu'à partir d'une certaine échelle ou volume de cotisations/bénéficiaires mutualistes, d'autre part gérer le renforcement des mutuelles membres, en particulier le capital intellectuel (la manière de faire et les ressources humaines) :

1 Cela demande de pouvoir élargir et consolider d'abord les bases préfectorales, puisque c'est à ce niveau que les « conventions » du niveau supérieur aux MDS-communales sont les plus indiquées. Une fois que le taux de pénétration préfectoral sera suffisant les services suivants peuvent être mis en place ; intermutualité, services hospitaliers dont la chirurgie, services spécialisés dont dentistes, transports de malades, co-gestion de MEG, etc. ; **(rec. 25)**

2 Par contre la solidarité en cas de calamités ainsi que la gestion d'un pool de médecins conseils peuvent se mettre en place sans exigences de concentration spatiale strictes. **(rec. 25)** Il en est de même avec la mission/positionnement relatif aux actions de prévention **(rec. 28)**

3 La définition des politiques de formation internes des élus ainsi que des permanents devra également être de leur ressort. **(rec. 27)** Elles incluraient de préférence la mise en place de quelques recherches-actions participatives. **(rec. 26)**

25 OFFRIR DES PRODUITS ADAPTÉS À UNE ÉCHELLE PLUS ÉLEVÉE

Offrir des produits adaptés à une échelle plus élevée que celle des mutuelles communales ou urbaines comme par exemple :

- l'intermutualité,

Vu les déplacements fréquents (surtout des hommes et selon les saisons) et la perspective de pouvoir offrir des soins hospitaliers ou spécialisés, il est important de développer l'intermutualité. Les conventions doivent être élargies dans ce sens. Le paiement des factures pourra être compensé entre les mutuelles, éventuellement plus tard et en partie sur les fonds de trésorerie gérés ensemble au niveau du REMUFOUD.

- gestion d'un pool de médecin conseils

Cette fonction spécialisée ne peut pas être prise en charge par une seule mutuelle. Aussi, en vue d'une émulation interne et de facilités de remplacements, il est conseillé d'évoluer vers la gestion d'un pool de médecins conseils. Ce pool permet aussi des rotations entre médecins, ce qui évite de trop longues présences (meilleure neutralité entre le médecin conseil et les prestataires de soins). Pourquoi même ne pas l'envisager au niveau de chaque région en mutualisant ce service avec les autres mutuelles (DynaM, GIZ ?)

- certains risques d'hospitalisation pour des interventions chirurgicales,

C'est une des attentes les plus fortes car il est vrai que, au delà de l'accessibilité immédiate des soins – surtout pour les femmes sans accès facile aux ressources financières du ménage – la prévoyance est davantage indiquée ou utile dans des cas de maladie grave ou d'accidents nécessitant des soins hospitaliers. Le partage du risque et du coût plus important de ces interventions peut être rendu possible à travers un réseau de mutuelles, doublé d'une hausse des cotisations. Mais le taux de sinistralité doit rester bon pour l'ensemble des mutuelles membres.

- certaines consultations spécialisées (dentiste, neurologue, pédiatre, etc.),

Il en est de même pour des coûts liés aux consultations de spécialistes. La prise en charge de maladies récurrentes est en dehors des possibilités du Réseau donc nécessite une prise en charge subventionnée (par exemple le diabète, le sida, les maladies mentales, etc.)

- l'entraide en cas de calamités ou d'épidémie dont une mutuelle serait victime,

Il n'est pas exclu qu'une mutuelle encore fragile soit victime d'une pandémie et donc se retrouve dans une situation d'insolvabilité momentanée. Dans ce cas, l'ensemble des autres mutuelles peuvent lui prêter de l'argent de leur propre fonds de garantie.

- assurer le transport d'accidentés graves,

Référer à un centre plus spécialisé pour des interventions spécialisées et d'urgences nécessite des moyens de transport adaptés. Le Réseau pourrait développer ce service en se liant par contrat à des prestataires spécialisés de la préfecture ou de la région.

La mise en place de tels produits améliore l'attractivité de la mutuelle. Une étude de faisabilité est nécessaire. Les conditions requises doivent être strictement remplies ou en réelle perspective, sinon elles engendrent des coûts non couverts, ce qui va hypothéquer l'ensemble des taux de sinistralité.

26 INITIER DES RECHERCHES-ACTIONS À PETITE ÉCHELLE EXPÉRIMENTALE

Initier des recherches-actions à petite échelle expérimentale pour influencer la disponibilité des MEG. Pourquoi, par exemple, ne pas négocier avec la Pharmacie Centrale de Guinée une coresponsabilité dans la gestion d'un dépôt pharmaceutique au niveau des préfectures ?

27 INITIER DES FORMATIONS POUR RENFORCER LES CAPACITÉS DES MUTUELLES.

- améliorer la cohérence des outils et des procédures utilisées dans l'administration des mutuelles (sans supprimer les particularités intéressantes)
- améliorer les audits internes
- assurer la formation des nouveaux responsables,
- offrir de bons placements pour les fonds de garantie
- conseiller sur les stratégies de densification (améliorer le taux de pénétration), de fidélisation et de recouvrement
- conseiller sur la manière de contribuer à la disponibilité des MEG
- conseiller les représentants dans les CSH ...

Le Réseau ne doit pas nécessairement disposer de capacités propres internes, du moins pas comme condition préalable, mais pouvoir faire appel à des structures spécialisées. Il se lie par contrats avec celles-ci sur base de termes de référence et d'un cahier de charges bien clairs et elle exige des résultats correspondants (qualité, quantité et respect des délais)

Plus que des formations classiques, ce sont des accompagnements de recherches-actions ou formations sur le tas qu'il faut initier si l'on espère aider les adultes – que sont les leaders – à apprendre, changer d'attitude et pratiquer.

28 ETUDIER LA PERTINENCE ET LA FAISABILITÉ D'UNE PLUS GRANDE INTERVENTION DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION.

Toutes ces tâches font donc, à notre avis, partie de la mission du REMUFOUD. Elles doivent donc à court et moyen terme lui revenir et faire partie des compétences que ce dernier peut gérer en toute autonomie. L'expertise technique peut être située dans des structures prestataires de services comme l'ONAM, mais les options stratégiques et politiques devraient pouvoir être décidées directement par les mutuelles elles mêmes.

Il est donc clair que d'une part le chiffre d'affaires (cotisations) devrait augmenter (taux de pénétration) et d'autre part les coûts cachés doivent être mutualisés au niveau d'une union de mutuelles.

7.2.2 Développer la capacité de défense des intérêts

La tâche externe – du ressort du développement institutionnel ou systémique - est celle de la défense des intérêts des malades, en particulier ceux des mutualistes, auprès des autres instances comme les structures semblables, le circuit MEG, les services de la Santé ou les formations associatives et privées. Les mutuelles n'ont pas comme rôle premier de mettre en place elles-mêmes des formations sanitaires ni des pharmacies, mais elles doivent pouvoir les influencer et éventuellement s'impliquer là où cela est déterminant. Cela demande de :

1 Faire un effort pour devenir l'unique interlocuteur représentatif au niveau préfectoral d'abord, régional ensuite. La région naturelle du Fouta-Djalou n'est pas une référence pertinente.

2 Développer des capacités de mise en relation et de plaidoyer avec d'autres parties prenantes ; services techniques gouvernementaux et privés, autres réseaux mutualistes forts, PTF...

29 INTENSIFIER LES EFFORTS D'ÉLARGISSEMENT & DE FUSION

Il est important de diminuer la confusion et la division que crée la diversité de mutuelles. Aussi le REMUFOUD gagnerait à avancer vers l'intégration des mutuelles présentes dans la même préfecture (en dehors des partenaires initiés par ESSENTIEL). Une expérience de consortium – qui peut précéder une éventuelle fusion totale – dans une des préfectures déjà couvertes constituerait un message fort vis-à-vis des autorités médicales.

30 ÉVOLUER VERS UNE STRUCTURATION QUI RÉPONDE PLUS AUX INTERLOCUTEURS POLITICO-ADMINISTRATIFS

Comme dans le premier point, une plus large représentativité au niveau de l'ensemble des formations sanitaires d'une préfecture permettrait de peser davantage sur la qualité des soins. Le rôle de l'Etat restera prépondérant dans ce domaine. C'est le niveau préfectoral, avec le niveau régional bientôt décentralisé, qui constitue un élément déterminant dans la qualité des soins et dans les actions de prévention. (à vérifier). Cela implique donc qu'en cas de promotion de nouvelles MUSA, il est fortement déconseillé de commencer dans de nouvelles préfectures.

31 FACILITER LA MISE EN RELATION AVEC D'AUTRES STRUCTURES SEMBLABLES

Les échanges avec d'autres unions et fédérations de mutuelles dans d'autres préfectures et d'autres régions, comme le projet l'avait déjà initié, constituent un facteur très positif du REMUFOUD. Cela permet de ne plus se sentir isolé et aussi de connaître d'autres réalités et de s'en inspirer. A terme, cette mise en confiance avec d'autres réseaux permettra de peser sur les politiciens et sur les politiques mises en place.

32 FACILITER LA MISE EN RELATION AVEC D'AUTRES PARTENAIRES

On constate que des acteurs de la coopération multilatérale s'intéressent à la santé de base. Certains optent pour un appui aux RAMU mais d'autres reconnaissent le rôle des mutuelles de santé et sont prêts à les subventionner. C'est le cas en Guinée pour le PNDS/ Banque Mondiale, Unicef/Muriga+, etc.

Aussi est-il essentiel que les mutuelles puissent se faire reconnaître par ces structures afin de bénéficier d'appuis. Dans le cas contraire, ces structures risquent d'initier et d'appuyer des mutuelles concurrentielles, dans la même zone d'action, et ainsi de fragiliser le mouvement. Il est bien connu que la concurrence entre mutuelles n'est pas nécessairement une bonne chose puisqu'elle constitue un frein à une plus large solidarité.

7.3 *Recommandations : ONAM*

Nous reprenons ici surtout les recommandations qui devraient selon nous être mis en œuvre par l'organisation ONAM. Elles se concentrent sur les éléments ayant trait à leurs interventions ou services offerts dans le cadre du projet PST, à savoir les appuis aux MDS, à leur réseau REMUFOUD et à la plate-forme PPSOGUI.

Nous ne nous prononçons pas sur les aspects organisationnels (statuts et modes de fonctionnement) puisque n'ayant pas pu dans le cadre de cette mission, approfondir ces éléments. Ces aspects avaient d'ailleurs déjà fait l'objet d'autres appuis particuliers et en étaient à leur démarrage. La seule observation est qu'il faut – tout en maintenant des alliances inter-organisationnelles – éviter que ONAM se retrouve dans une situation où elle devient juge et parti. C'est particulièrement risqué pour la gestion de la qualité des interventions.

ONAM n'est elle-même pas une structure mutualiste. Sa mission est de développer une expertise en vue d'offrir des services utiles aux initiatives mutualistes ou en tout cas en lien avec les soins de santé primaire en Guinée.

La mission retient dans ce cadre quatre types d'expertise qu'il faudra renforcer ;

1 Expertise plutôt technique, « métier » (rec. 33)

En général les AT de l'ONAM – mais c'est également valable pour les interventions de FMG et celles de ESSENTIEL – doivent apprendre à fournir ces services et appuis de manière appropriée à la nouvelle relation partenariale (fini le « groupe cible ») Cela demande d'adopter et de se familiariser avec des techniques d'accompagnement, d'empowerment et de transfert de connaissances.

- La collecte, le traitement et analyse des données dans le secteur des SSP, et en particulier des adhérents MDS, conseiller les responsables mutualistes en vue d'améliorer la viabilité de leur structure.
- Les approches concernant l'initiation et la mise en place de nouvelles MDS de base. (à la demande du REMUFOUD)
- Les approches de création et de renforcement des unions mutualistes au niveau des préfectures et régions (et des services et fonctions spécifiques de ces unions)
- Les approches basées sur les droits et donc le plaidoyer, surtout au niveau local (opportunité d'influencer le CSH ainsi que les dépôts pharmaceutiques préfectorales)

2 Expertise de gestion de projets en soins de santé

Cette expertise reste nécessaire vu les modalités de financement aussi longtemps que le gouvernement ne développe pas des mécanismes de subvention.

- ONAM doit continuer à développer cette expertise en diversifiant les bailleurs qui ont tous leurs modalités de demande et de justification des projets qu'ils financent.
- ONAM doit veiller à distinguer très clairement au sein de sa comptabilité d'une part l'utilisation des ressources de gestion administrative et financière de financement et d'autre part l'utilisation des ressources pour des interventions. (AT opérationnels et sous-traitances par tiers)

3 Expertise en consultance (rec. 34)

En dehors des mises en œuvre des projets dont elle aura la maîtrise d'ouvrage il s'agit de réaliser des consultances sur des bases contractuelles, de courte durée ou de longue durée (consultances perlées)

- Dans le cadre de financements « projets de développement »
- Dans le cadre de subventions du gouvernement

4 Expertise plaidoyer (rec. 33)

Les mutuelles de santé et leur unions ne sont pas encore en mesure de réaliser seuls des activités à caractère politique. Aussi ONAM devrait développer des capacités propres pour faire un plaidoyer ainsi que pour aider les mutuelles à le faire.

- Il s'agit de peser sur la qualité de l'offre de soins
- Il s'agit de mettre en place des partenariats avec le privé et les services techniques Etatiques (médicaments, formations personnel médical, politique CSH, prévention ...)

La participation au renforcement de la plateforme PPSOGUI poursuit un double objectif : (rec. 35)

- faciliter le partage de connaissances opérationnelles et de connaissance des opportunités de financement disponibles en Guinée.
- Un syndicat de défense des intérêts de l'ensemble des acteurs de la mutualité.

Dans l'exercice de cette fonction, elle devra collaborer étroitement avec la plate-forme des unions – ou fédérations - des mutuelles. Comme ce sont des structures avec des missions et des statuts différents, il est conseillé de les réunir dans des réseaux distincts, tout en stimulant des collaborations là où c'est utile, par exemple pour mener des actions concrètes où elles sont des alliées objectives.

7.3.1 L'expertise technique

33 EN PLUS DE L'EXPERTISE TECHNIQUE, DÉVELOPPER UNE EXPERTISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PLAIDOYER

Les formations et les appuis dans la mise en place des outils de gestion administratifs et financiers des mutuelles de base, ainsi qu'au niveau des unions et des fédérations, doivent être complétés par des trajectoires ou des processus de recherche-action participatifs. Des innovations petites ou grandes devraient pouvoir être expérimentées à petite échelle (une mutuelle ou même un groupe professionnel ou les "patients" d'une formation) afin d'en tirer des leçons et ensuite élargir l'expérience, éventuellement, si cela se révèle porteur.

L'analyse des situations spécifiques du groupe particulier concerné, ainsi que les éléments recueillis des autres initiatives mutualistes en Guinée ou dans la sous-région, peut se faire avec plus de succès au niveau de la plate-forme PPSOGUI.

L'expertise technique devrait non seulement être maîtrisée mais aussi faire l'objet d'un module de formation permettant le transfert de cette maîtrise aux membres des mutuelles, du moins pour les éléments de base et les éléments stratégiques. Cette capacité pédagogique sera la valeur ajoutée de l'ONAM, en plus d'une capacité d'analyse et de réflexion plus avancée. Les apprentissages et les capitalisations, ainsi que le travail d'anticipation par rapport aux changements qui interviennent dans la politique de SSP et de décentralisation, peuvent être mieux faits par une structure comme l'ONAM que par les mutuelles. En effet l'ONAM peut se permettre plus de recul par rapport aux réalités et aux défis de tous les jours et, en mutualisant ces fonctions avec d'autres structures comme DynaM, poursuivre le développement d'une mutualité guinéenne. Il est entendu qu'à certains moments de la réflexion, les leaders des mutuelles devraient être associés.

L'ONAM gagnerait donc également à développer des compétences – et une culture appropriée – de plaidoyer (suivant une approche basée sur les droits)

7.3.2 L'expertise de consultance

34 DÉVELOPPER UNE EXPERTISE DE CONSULTANCE

La mission recommande de distinguer clairement les services qui sont fournis à titre de prestataire contractuel (consultance limitée dans le temps ou tâche courante bien définie) de ceux qui sont fournis en tant que structure d'accompagnement de changements sociaux.

Par rapport au REMUFOUD en tant que structure faîtière, l'ONAM (et avec elle ESSENTIEL) est encore en train d'apprendre, d'autant plus qu'il s'agit d'une situation récente en Guinée et que le cadre régalien est en mouvement. Il s'agira donc de développer des capacités d'accompagnement incluant des échanges professionnels avec des structures analogues dans d'autres pays de la sous-région ainsi qu'une recherche-action participative.

Par contre les services offerts aux mutuelles, lorsqu'ils seront fonctionnels, devraient être de type "prestations contractuelles". Les mutuelles rémunéreront ces services, en partie sur leurs propres fonds, en partie en justifiant des subventions.

En plus de ces services aux mutuelles établies, le gros du travail consistera à initier, pour le compte de coopérations internationales et/ou d'autorités décentralisées, de nouvelles mutuelles dans des régions non encore couvertes. Cela implique que l'ONAM diversifie ses partenariats et ses prestations de services payants. Il doit aussi améliorer ses capacités de formulation de projets ou d'offres de service (selon les modalités de la source de financement). Comme indiqué plus haut, ces deux préalables impliquent qu'il faut évoluer vers une rémunération basée sur les performances. Cela implique aussi qu'il faut évoluer vers des approches multi-acteurs. Une bonne répartition des tâches et une bonne articulation des interventions permettent en effet d'être plus performant dans le « métier ». Elles permettent aussi de mieux délimiter les responsabilités directes dans l'atteinte ou non de certains résultats. Par exemple, le nombre d'adhérents ou le taux de fidélisation sont des résultats d'une combinaison de facteurs.

Il est donc pertinent de finaliser et de consolider les processus métier en cours, ainsi que de les compléter à bref délai avec les métiers d'animation sociale. Dans la pédagogie d'adulte et dans l'apprentissage organisationnel, il est conseillé, non pas d'expliquer la manière de faire, mais d'aider à prendre conscience des besoins de changement et à formuler soi-même le résultat souhaité ainsi que la voie stratégique à suivre.

En complément du métier mutuelle de santé, la mission recommande d'étudier l'opportunité de développer un métier "comité santé-hygiène". Lorsque la politique de décentralisation sera vraiment devenue une réalité, le rôle de ces comités sera déterminant dans la qualité des soins de santé primaire. Ces comités sont en effet les gestionnaires délégués de l'offre de service (et prévention et pourquoi pas la prévoyance).

7.3.3 L'expertise en gestion de projets (coopération au développement)

En dehors des aspects strictement administratifs et financiers dans lesquelles différentes structures sont partie prenante, la gestion des projets gagnerait à avoir un comité de pilotage particulier avec des modes de prise de décision et de surveillance stratégique et opérationnelle particuliers.

7.3.4 La plate-forme PPSOGUI

35 LA PLATE-FORME PPSOGUI PEUT DEVENIR UNE STRUCTURE AVEC UN DOUBLE OBJECTIF :

- Une association des structures d'appui pour faciliter le partage de connaissances opérationnelles et de connaissance des opportunités de financement disponibles en Guinée. Elle peut également inciter l'administration à élaborer et à respecter une réglementation relative aux mutuelles de base (ainsi que des fédérations) et aux services d'appui-conseil aux mutuelles.
- Un syndicat de défense des intérêts de l'ensemble des acteurs de la mutualité. Dans l'exercice de cette fonction, elle devra collaborer étroitement avec la plate-forme des unions – ou fédérations – des mutuelles. Comme ce sont des structures avec des missions et des statuts différents, il est conseillé de les réunir dans des réseaux distincts, tout en stimulant

des collaborations là où c'est utile, par exemple pour mener des actions concrètes où elles sont des alliées objectives.

Il est donc conseillé de contribuer au développement de cette plate-forme, du moins si l'on veut avoir une chance d'influencer les politiques ainsi que les pratiques.

La mutualisation des actions de plaidoyer ne peut que renforcer ce dernier. Mais plus que l'action même de la revendication la plate-forme gagnerait à établir collectivement des argumentaires, à mettre en avant les « success stories », à mobiliser les partenaires guinéens et étrangers et à développer une capacité de (contre-)proposition. Cela ne devra pas se limiter à l'accès financier (prévoyance) mais devra également valoriser les responsables mutualistes pour des actions de prévention, d'automédication réfléchie, de transport de malades, de gestion de l'approvisionnement et du contrôle de qualité des MEG, etc.

Il faut influencer les pratiques correspondantes et les mutualistes, mais également le savoir-faire des prestataires de soin. Au sujet de ces derniers, en plus des formations sanitaires qu'il faut (in)-former, il y a lieu de former des médecins-conseils et des pharmaciens Il faut aussi (in)former correctement les services techniques préfectoraux et les comités d'hygiène et de santé. Développer des modules de formation et de mise à niveau demande un travail professionnel qui gagnerait à être mutualisé.

Finalement, et non en dernière priorité, il est clair que le mouvement mutualiste gagnerait à éviter toute concurrence sur le terrain. Certains responsables de services de la santé sont d'avis que la concurrence ne nuit pas et que les meilleurs émergeront finalement ! Une bonne collaboration, avec au minimum une répartition des préfectures ou des groupes professionnels, demande à être négociée au niveau des réseaux de mutuelles et structures d'appui actuellement présentes sur le terrain. Cela n'empêche donc pas la constitution d'unions et de fédérations fortes au niveau des préfectures et des régions.

En fonction de l'objectif prioritaire de cette plate-forme, la question du « membership » reste à clarifier, notamment en se posant les questions suivantes : s'agit-il d'une plate-forme des mutuelles de santé, c'est-à-dire d'une présence exclusive de celles-ci, ou d'une plate-forme des structures d'appui aux mutuelles de santé, c'est-à-dire une présence exclusion des structures d'appui (ONAM, DynaM, CIDR, GIZ, comme dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest) ou d'une plate-forme de tous les acteurs mutualistes, c'est-à-dire la présence des structures d'appui, des PTF, des réseaux mutualistes, du FMG et même des structure de micro finance et de l'assurance classique ? Dans cette dernière situation, décrite à la mission par le représentant de GIZ, il sera plus difficile de s'approprier les visions de tous les acteurs et de concilier les intérêts divergents, même si les avantages sont évidents.

7.4 *Recommandations : ESSENTIEL*

La méthodologie adoptée pour cette évaluation n'a pas permis d'approfondir les réalités organisationnelles et institutionnelles de ESSENTIEL à part celles en relation directe avec le partenariat avec les structures guinéennes issues du PST. La mission ne peut que formuler des avis basés sur les besoins objectifs de renforcement de ces organisations.

7.4.1 Partenariats en France

Il est pertinent de contribuer activement à **la plate-forme Guinée** dans la mesure que cela aide à mettre en place des mécanismes et instruments guinéens mutualisés contribuant aux renforcements organisationnels et au développement institutionnel des structures non-étatiques.

Mais d'avantage d'efforts devraient être consacrées au **réseautage dans le milieu des mutuelles de santé et de coopération** en lien avec les MDS. Le savoir-faire déjà disponible au sein des acteurs français et européens gagnerait à trouver le chemin vers les stratégies développées dans les programmes d'appui-conseil d'Essentiel.

La plate-forme Guinée

ESSENTIEL pourrait davantage se concentrer sur les aspects en lien avec la Guinée, en incluant une réflexion avec ces autres intervenants, sur la manière de mettre en place – via le Programme de Renforcement des capacités des Organisations de la société civile et de la JEunesse Guinéenne (PROJEG) – des instruments guinéens mutualisés contribuant aux renforcements organisationnels et au développement institutionnel des structures non-étatiques.

Les soins de santé de base

Le potentiel de l'expertise présente au sein d'Harmonie Mutuelle est riche : question est de savoir quelle expérience a été suffisamment capitalisée ainsi que quelles sont les capacités au sein du personnel présent de partager ce savoir-(faire) sans l'imposer comme étant à prendre où à laisser ...

- Expérience de gestion des processus de fusion de mutuelles (rurales et professionnelle, locale et régionales ...)
- Expérience de distinction du pour et du contre des approches spatiales ou professionnelles.
- Expérience de lien avec des produits d'assurance hospitalisation, voyage et autres avantages adhérents etc.

ESSENTIEL gagnerait à intégrer et valoriser le partage avec d'autres acteurs français et européens actifs dans les SSP, plus particulièrement la promotion des mutuelles (genre MASMUT en Belgique)

7.4.2 Partenariats avec des organisations guinéennes

Comme indiqué plus haut, les rôles et les compétences en matière mutualiste dans la zone d'intervention du projet sont dispersées sur quatre structures différentes mais reliées entre elles. Le partenariat devrait pouvoir renforcer les différentes structures selon leurs missions spécifiques et donc des priorités différentes, même s'il existe un chevauchement important.

L'enjeu est de bien déterminer la structure et le niveau qui permettra à court terme de rendre des services de qualité et avec un taux d'autofinancement élevé. Vu la base encore faible des MDS, c'est pour l'instant ONAM qui – à condition qu'elle puisse réaliser des interventions en dehors du partenariat/financements d'ESSENTIEL – sera le mieux en mesure de contenir un tel personnel.

La cartographie produite au niveau des constats, souligne également l'enjeu de développer, au-delà de la diversité des partenariats, des capacités collaboratives entre ces différents acteurs. ESSENTIEL devra donc, non seulement renforcer chaque structure partenaire mais également veiller à ce que ces partenariats favorisent des approches multi-acteurs entre ses quatre⁶ partenaires.

En parallèle avec les dynamiques et les enjeux régionaux et nationaux en Guinée, cela implique qu'ESSENTIEL développe des concertations avec d'autres acteurs européens de coopération œuvrant en Guinée (CIDR, ANMC-Belge partenaire de DynaM, FED-UE lead du secteur santé en Guinée, etc.)

La mission n'est pas en mesure d'indiquer avec assurance dans quels domaines concrets ESSENTIEL est en mesure de contribuer. Cela dépendra en effet des évolutions institutionnelles et organisationnelles d'ESSENTIEL, de ce qu'elle voudra et de ce quelle pourra apporter.

Les autres appuis devront être trouvés et attirés au sein d'autres structures qui entrent ou entreront en partenariat pour la mise en œuvre de ce programme.

7.4.2.1 REMUFOUD

Pour renforcer le REMUFOUD, le plus important est de :

- Améliorer son travail de structure d'appui à ses membres;

ESSENTIEL pourrait aider à faire la distinction entre d'une part les tâches de management qu'il est préférable de réaliser au niveau d'une fédération et d'autre part celles qu'il faut laisser au niveau des mutuelles. Il faut en effet éviter de déresponsabiliser les responsables de ces dernières, surtout que c'est à ce niveau que les articulations avec les initiatives socio-économiques sont les plus fortes.

La répartition optimale des tâches techniques entre l'ONAM et le staff technique du REMUFOUD lui-même et/ou des unions et fédérations préfectorales qui seront mises en place, fait également l'objet d'une recherche. Capital ici est d'améliorer le lien entre d'une part l'analyse « technique » des données et d'autre part les choix « politiques » que les élus des mutuelles font afin de préserver et développer leur outil.

⁶ Actuellement il s'agit de quatre partenaires, mais dans la perspective de regroupements mutualistes par région (voir chapitre REMUFOUD), le nombre pourrait augmenter.

- Améliorer son travail politique

La mission de défendre les intérêts des mutuelles et de leurs membres appartient aux mutuelles. Mais une collaboration avec des structures spécialisées (structures de recherche et d'appui-conseil) restera toujours nécessaire, étant donné que cette mission demande des capacités d'analyse politique, sociale et économique.

ESSENTIEL peut apporter une plus-value dans la recherche de la manière de collaborer avec ces autres structures et dans le souci de voir les autres mutuelles non pas comme des concurrentes mais comme des alliées.

L'expérience d'ESSENTIEL – en valorisant les connaissances d'Harmonie Mutuelle – serait également utile pour élaborer un plan de communication.

ESSENTIEL peut jouer un rôle utile en partageant l'information, d'une part sur les politiques d'aide (coopération) en lien avec la SSP, d'autre part sur l'évolution mondiale du concept de la micro-assurance, entre les acteurs privés et le secteur "non-profit".

7.4.2.2 ONAM

ESSENTIEL devra renforcer l'ONAM dans :

- La gestion - pour le compte d'ESSENTIEL ou d'autres - des aspects administratifs et financiers de programmes de coopération. ESSENTIEL contribuera au bon fonctionnement des organes de pilotage en cas où plusieurs acteurs soient impliqués. Nous recommandons d'intégrer dans ces outils, non seulement la mise en œuvre articulée des actions, mais aussi : la communication interne et externe, les négociations en vue de collaborations à la mise en place du programme entre les acteurs et avec les autres parties prenantes, le "outcome mapping" permettant via un système de M&E de connaître et d'apprécier les changements induits par chacun et par l'ensemble, des mécanismes de prévention et de gestion des conflits entre les acteurs.
- L'accompagnement des MDS et du REMUFOUD sur plusieurs aspects:
 - a) **amélioration de la gouvernance** des deux niveaux par une éventuelle sous-traitance de certains aspects techniques et par des formations et des mises à niveau des responsables élus. ESSENTIEL pourrait valoriser l'expérience d'Harmonie Mutuelle pour nourrir des réflexions sur les pratiques à mettre en place par le REMUFOUD et par les unions et les fédérations régionales
 - b) une implication dans **la R&D de certaines pratiques innovantes**. Depuis les appuis-conseils récents de SIGEM et UTM, il nous semble que cela ait encouragé une trop forte uniformisation des pratiques. Mais même avant cela, trop peu d'efforts ont été faits pour adapter le couple cotisation/paquet de service à des communautés ou à des contextes variés.

Une approche plus souple, incluant une phase de recherche-action, permettrait d'innover en adaptant le modèle mutualiste au contexte socioculturel local, c'est à-dire mieux choisir les services proposés en fonction des besoins pour lesquels les adhérents d'une région déterminée sont disposés à cotiser. « Densification » ne signifie pas sensibilisation tous azimuts ...

Il est probable que le paquet de services et de soins a du mal à s'intégrer dans les

coutumes locales parce qu'elle se limite aux soins primaires. Une analyse poussée de l'utilisation par les bénéficiaires démontrerait que l'intérêt est surtout du côté des femmes. D'une part parce qu'elles ne disposent pas de liquidités suffisantes lors des moments de maladie et que la technique du tiers-payant les soulage de ce point de vue, et d'autre part parce que ce sont elles qui sont responsables de la santé des enfants. 80% des bénéficiaires sont donc probablement sous la responsabilité des femmes. (à vérifier en ventilant les bénéficiaires selon leur âge et leur sexe).

Se connecter davantage aux autres intervenants mutualistes au Sud et diffuser les cas inspirants à ses partenaires (et vice versa documenter les cas innovants guinéens afin de stimuler les observations constructives)

- c) Il semble également constituer un défi important de faire valoir l'aspect/valeur solidarité. Il y a un **capital de solidarité qui n'est pas capté** pour l'instant (ressortissants, séré, etc. ... **ESSENTIEL** peut jouer un rôle utile en aidant à (re)connaître les expériences étrangères dont les mutuelles guinéennes pourraient s'inspirer, ainsi que dans le processus d'appropriation.
- d) Une comparaison avec **l'efficacité** de DynaM, qui travaille dans une même optique et dans la même région, serait intéressante. Il est vrai que les interventions de DynaM sont complétées par un appui important de MEMISA dans la réhabilitation et dans l'équipement des centres de santé et de leur approvisionnement en médicaments.) Sans ce travail sur l'amélioration de l'offre de soins, le résultat des mutuelles pourrait être tout différent
- e) **mettre en place de nouvelles mutuelles** à la demande du REMUFOUD dans les zones politico-administratives pertinentes. Ceci implique;
- la sensibilisation et la constitution des organes de ces MdS
 - l'élaboration de plans de développement (business plan) permettant de connaître les délais et les critères de viabilité primaire (incluant néanmoins déjà une participation substantielle aux frais de gestion)
 - l'accompagnement jusqu'à ce que le seuil de rentabilité soit atteint tout en transférant cet encadrement aux dirigeants du REMUFOUD pour qu'elles prennent la relève.

Deux enjeux nous semblent importants ici : d'une part quelle particularité faut-il réserver aux mutuelles professionnelles, d'autre part comment obtenir que les autorités locales promeuvent activement les mutuelles au-delà de belles paroles?

- D'autres domaines mentionnés dans le tableau ont plutôt trait à la consolidation d'ONAM en tant que structure "prestataire de service"

7.4.2.3 FMG

La FMG restera impliquée de deux manières :

- **la fonction de médecin conseil (MC)**

Comment évoluer vers l'accompagnement d'un pool de MC mettant ainsi la maîtrise de cette fonction dans les mains du REMUFOUD (ou fédérations régionales selon l'évolution institutionnelle)? Dans la mesure où la FMG développe elle-même une offre de soins dans la région, elle ne pourra plus continuer à assurer seule cette fonction.

Certaines fonctions liées à celle du médecin conseil ne sont pas remplies, ou mal remplies actuellement. Il s'agit par exemple de ce qui est mentionné dans la fiche de poste par : *“Mène des actions de prévention et est force de proposition après analyse des pathologies récurrentes”*. Cette analyse permet de conseiller sur les aspects de gestion de risques (adhésions adverses), préventifs et de plaider...

Comment davantage sortir la fonction de MC du corporatisme médical et en faire un instrument au service du management des mutuelles (et de la santé des mutualistes) ?

- **Offre de soins via le CSA**

Les formations publiques ne vont pas s'améliorer seules et rapidement, dans le contexte guinéen actuel, ni la qualité des soins ni la couverture spatiale.

Il y a donc une place pertinente pour des CSA, qui ont d'ailleurs un statut reconnu par l'Etat.

ESSENTIEL est-elle en mesure de conseiller ou de déconseiller aux mutuelles de s'investir directement (avec leurs capitaux propres) ou indirectement (à travers des sièges dans les CA) dans l'offre de soin ou dans les pharmacies ?

7.4.2.4 PPSOGUI

- **Nous avons déjà mentionné l'importance du PPSOGUI pour le REMUFOUD.**

Néanmoins il reste important d'y distinguer les intérêts particuliers des structures mutualistes. La privatisation, même au niveau des structures associatives comme ONAM, constitue un risque de déresponsabilisation et de “détournement”. Un appui à des analyses effectuées du point de vue mutualiste reste nécessaire.

Il est aussi essentiel de rechercher, en concertation avec l'offre locale de soins, des manières de mesurer l'impact des mutuelles sur la santé des gens.

7.5 Ébauche du cadre logique multi-acteurs du programme suivant

La mission a également réfléchi avec les différents partenaires sur ce que pourrait être une ébauche du prochain programme. Elle est construite en suivant la logique des responsabilités opérationnelles. Quelle est l'organisation "lead" (L) et quelles sont les autres structures en appui-conseil (A) ? La nature de cet appui-conseil peut varier : appui financier, renforcement des capacités, coaching, plaidoyer et médiation, actions conjointes, etc. La mention "lead" concerne la responsabilité opérationnelle au sein du programme. Dès que plusieurs structures sont concernées, des mécanismes de concertation et de coordination doivent être mis en place.

L'avantage de cet exercice est double :

- Elle permet de distinguer au sein d'un même programme les différents sous-programmes, selon l'organisation « lead ». L'articulation éventuelle avec les interventions des autres organisations en ressort également.
- Elle permet d'identifier les compétences qu'il faut renforcer au sein de ces partenaires, ce qui détermine en grande mesure la raison d'être du partenariat et le contenu des conventions de collaboration.

Résultats spécifiques	REMU-FOUD	ONAM	FMG	Essentiel
I créations de nouvelles mutuelles (ou intégration d'anciennes hors PST)	A	L		
I.1 études d'opportunités/faisabilité	A		A	
I.2 stratégie d'adhésions groupées de démarrage	A			
I.3 établissement des conventions	A		A	
I.4 revitalisation/intégration d'autres mutuelles	A			
I.5 recherche-action innovantes (université, scolaires...)	A		A	A
II renforcement des mutuelles de base	L	A	A	
II.1 transfert capacités. CS				
II.2 transfert capacités. BE		A		
II.3 stratégie de densification				
II.3.1 nouvelles adhésions		A		
II.3.2 fusions avec d'autres		A		A
II.4 mise à niveau prestataires, autorités et membres CSH			A	
II.5 cohérence/intégration agents communautaires /prévention		A		
II.6 gestion des conventions et collaborations			A	A
II.7 recherches-actions innovantes (saisonniers, employés, fonctionnaires...)			A	A
II.8 recherches-actions innovantes (genre, nutritionnel)		A	A	

Résultats spécifiques	REMU-FOUD	ONAM	FMG	Essentiel
III renforcement du REMUFOUD (associatif et financier)	L	A		A
III.0 coaching DIRO (choix stratégiques à moyen terme, capitalisations)		A		A
III.1 stratégie d'adhésions de mutuelles (meilleure représentativité)				
III.2 gestion services financiers et risques hospitaliers mutualisés				
III.3 assurer une transparence interne et visibilité extérieure				
III.4 influencer la dispon. des MEG (recherche-action)				
III.5 gestion de la fonction médecin conseil			A	
IV renforcement consortia du plaidoyer "politique"	A	L		A
IV.1 développement capac. politiques REMUFOUD				
IV.2 développement capacités politiques ONAM				
IV.3 développement plate-forme (activités / information / dialogue)	A		A	A
V renforcement ONAM (actions mutualistes)		L		A
V.0 coaching DIRO				A
V.1 Capacités d'appui technique et financier	A			
V.2 Capacités d'accompagnement associatif				A
V.3 Capacités de consultance				
V.4 Capacités de gestion de projets				
V.5 Capacités d'appui-conseil CSH (?)				?
VI renforcement CSA (actions mutualistes)			L	A
VI.1				
VII gestion adm.-financière programme AFD		L		A
VII.1 formations				
VII.2 fonctionnement				
VII.3 gouvernance collaborative				