

F3E

Fonds pour
la promotion des
études préalables
études transversales
évaluations

 NANTES-GUINEE

o
o
29, quai François Mitterrand
44273 Nantes, cedex 2
Tel: 06.08.35.30.40
Fax: 02.51.72.34.57
Mail: nantes-guinee@wanadoo.fr
Site: www.nantes-guinee.org

Evaluation finale du projet Santé pour Tous (2002-2004) – Nantes Guinée – Guinée Conakry

Avril 2006

Bénédicte Fonteneau & Oumar
Ouattara

**Katholieke Universiteit Leuven
& Union Technique de la
Mutualité**

benedicte.fonteneau@hiva.kuleuven.be
oumar.ouattara@afribonemali.net

TABLE DES MATIERES

Evaluation finale du projet Santé pour Tous (2002-2004) – Nantes Guinée – Guinée Conakry

Table des matières	iii
Liste des Acronymes	vii
Introduction générale	1
<hr/>	
1. Introduction	1
2. Méthodologie	2
2.1 Termes de références et approche mise en oeuvre	2
2.2 Source d'informations	6
2.3 Restitutions	7
3. Historique et identité de Nantes Guinée	7
Partie 1 Apprécier le fonctionnement et la viabilité des mutuelles de santé	11
<hr/>	
1. Introduction	11
2. Présentation des mutuelles	12
2.1 La mutuelle de l'Union des Groupements de Timbi Madina	12
2.2 La mutuelle de l'Association des Unions de Zones de Gongoré	15
2.3 La Mutuelle de Santé des Iles de Loos	16
3. Aspects relatifs à la mise en place des mutuelles	17
3.1 Etudes de faisabilité	17
3.2 Organisations de base, partenariat et groupe-cible	18
3.3 Modèle d'assurance santé	19
4. Le fonctionnement des mutuelles	20

5. La viabilité des mutuelles	26
5.1 Viabilité administrative	26
5.2 Viabilité technique	28
5.3 Viabilité fonctionnelle	32
5.4 Viabilité financière	37
5.5 Viabilité économique	42
6. Relations avec les autorités sanitaires et services de santé	46
6.1 Les autorités sanitaires préfectorales et régionales	46
6.2 Les relations entre la MUGTM et les prestataires de soins	47
6.3 Les relations entre la MAUGO et les prestataires de soins	49
6.4 L'analyse des conventions	49
6.5 La problématique de la disponibilité du médicament	50
7. Les conditions de relance de la MUSIL	53
8. La perspective d'une organisation fédérative.	54
Partie 2 Apprécier l'efficacité des mutuelles de santé	57
1. Indices d'efficacité de la MUGTM	57
2. Indices d'efficacité de la MAUGO	60
Partie 3 Apprécier la pertinence et l'efficacité de l'intervention de Nantes Guinée	63
1. Introduction	63
2. Adéquation avec la politique nationale	63
3. Relations entre acteurs	64
3.1 Relations avec les autres opérateurs d'appui	64
3.2 Relations avec les organisations partenaires	65
4. Moyens, stratégies mises en œuvre et constitution de l'expertise locale	68
4.1 Organisation et fonctionnement de l'équipe	68
4.2 Stratégie de Nantes Guinée	69
4.3 Constitution de l'expertise locale	70
Conclusions et Synthèse des recommandations	75
Synthèse des recommandations relatives au fonctionnement et à la viabilité des mutuelles	76
1.1 La mise en place des mutuelles de santé	76

1.2 Le fonctionnement des mutuelles	76
1.3 La viabilité des mutuelles	78
1.4 Relations avec les autorités sanitaires et services de santé	80
1.5 Les conditions de relance de la MUSIL	81
1.6 La perspective d'une organisation fédérative	82
Synthèse des recommandations relatives à l'efficacité des mutuelles de santé	83
Synthèse des recommandations relatives à la pertinence et à l'efficacité de l'intervention de Nantes Guinée	84
3.1 Relations entre acteurs	84
3.2 Moyens, stratégies mises en œuvre et constitution de l'expertise locale	84
Annexe 1 Liste des personnes/institutions rencontrées	87
Annexe 2 Guides d'entretien	91
Annexe 3 Liste des ratios utilisé et définitions	117
Bibliographie	119

LISTE DES ACRONYMES

APMG	Association pour la Promotion des Mutuelles en Guinée
APNDS	Appui au Programme National de Développement Sanitaire
AUZ	Association des Unions de Zones de Gongoré
CFDT	Confédération française Démocratique du Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CMP	Cabinet Médical Paysan
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
FPFD	Fédération des Paysans du Fouta Djallon
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération technique allemande)
MAUGO	Mutuelle de l'Association des Unions de Zones de Gongoré
MUGTM	Mutuelles de l'Union des Groupements de Timbi Madina
MUSIL	Mutuelles des Iles de Loos
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
SPLS	Solidarité Pour la Santé
STEP	Stratégies et Technique de lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UGTM	Union des Groupements de Timbi Madina

INTRODUCTION GENERALE

1. Introduction

En Guinée comme dans la plupart des pays du Sud, les problèmes liés à l'accès aux soins sont loin d'être résolus. Conjugés à l'absence de mécanismes de sécurité sociale, ces problèmes ont poussé de nombreux acteurs du Nord et du Sud à tenter de mettre en œuvre des mécanismes permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé. C'est ainsi que depuis une vingtaine d'années maintenant, on a vu l'apparition de très nombreuses mutuelles de santé. En Guinée, il semble que dynamique est particulièrement récente puisque, selon certaines informations (Rapport Guinée de l'Inventaire de la Concertation, 2003/2004), les premières mutuelles ont été créées à partir de 1996. C'est d'ailleurs à cette même époque que l'ONG Nantes Guinée, déjà active depuis 1992, se lance dans l'appui aux mutuelles de santé.

Depuis 2001, Nantes Guinée et ses partenaires ont mis en œuvre un programme « Santé pour Tous ». Par ce projet, Nantes Guinée avait le souci de promouvoir le mouvement mutualiste en Guinée, de contribuer à mettre sur pied des mutuelles viables et efficaces et de renforcer l'expertise locale nécessaire au développement futur des mutuelles de santé en Guinée. Ce rapport d'évaluation porte sur la première phase de ce projet (2002-2004).

Ce rapport est structuré cinq grandes parties. Après cette introduction générale, la première partie sera consacrée au fonctionnement et à la viabilité des mutuelles de santé appuyées par Nantes Guinée. La deuxième partie sera consacrée à l'efficacité des mutuelles de santé et la troisième partie plus particulièrement à la pertinence et à l'efficacité de l'intervention de Nantes Guinée. Enfin, nous reprendrons en conclusion l'ensemble des recommandations formulées dans ce rapport d'évaluation afin que cette évaluation contribue, nous l'espérons, à renforcer la dynamique des mutuelles de santé en Guinée et le travail de Nantes Guinée.

2. Méthodologie

2.1 Termes de références et approche mise en oeuvre

Comme précisé dans les termes de référence, cette évaluation finale devait permettre à Nantes Guinée:

- de porter un regard rétrospectif sur les résultats et la conduite du programme par rapport aux objectifs fixés;
- de repérer et d'apporter les éléments d'analyse aux difficultés identifiées;
- d'alimenter sa réflexion et ses perspectives d'actions pour le projet 2005-2007.

Le projet triennal de Nantes Guinée prévoyait plusieurs niveaux d'évaluation (Nantes Guinée, 2001): la pertinence du programme, la cohérence du projet, l'efficacité du programme et la capacité d'autonomie des groupements (mutuelles locales et unions régionales). Prenant en compte ces différents niveaux d'évaluation et les principes de base de Nantes Guinée, l'équipe d'évaluateurs a proposé de conjuguer une approche basée sur les résultats obtenus (notamment en termes de fonctionnement, viabilité et efficacité des mutuelles) et une approche basée sur la pertinence de l'intervention et le futur de celle-ci. Une attention particulière a été apportée:

- aux processus en cours et à l'évolution de ceux-ci afin de mettre en perspective les résultats obtenus et difficultés rencontrées par des mutuelles aussi récentes;
- aux facteurs explicatifs permettant d'identifier des pistes de solutions quand la situation l'exige.

L'objet principal de l'action de Nantes Guinée est sous-tendu par la question de savoir « comment mettre en place un système d'amélioration de l'accès aux soins de santé basé sur les mécanismes de solidarité communautaire, élaborés et autogérés par les bénéficiaires mêmes? ». L'équipe d'évaluateurs a proposé d'organiser l'évaluation du projet « Santé pour Tous » autour de quatre grandes questions qui semblaient couvrir cette question générale ainsi que les préoccupations formulées par Nantes Guinée dans l'appel d'offre de la présente évaluation (p. 14 et suivantes). Nous reprenons ici la formulation et le détail de chacune des questions posées. Dans des encadrés, nous préciserons également dans quelle mesure chaque question a pu être traitée tel que proposé dans la proposition de l'équipe d'évaluateurs ainsi que les problèmes rencontrés.

Question 1 Apprécier la pertinence du « modèle mutualiste » proposé par rapport à la problématique de l'accès aux soins

La mutuelle de santé (et autres types de systèmes de micro-assurance santé) est un mécanisme qui permet d'améliorer l'accès aux soins de santé. La mutuelle de santé n'est donc pas une panacée et n'est pas forcément adaptée à tous les contextes, ni une solution forcément pertinente (ou du moins suffisante) par rapport à toutes les

problématiques d'accès aux soins et/ou à toutes les catégories de populations. C'est pourquoi, l'une des questions transversale de cette évaluation sera d'apprécier quels sont les atouts vérifiés et les limites constatées des mutuelles de santé étudiées par rapport à la problématique de l'accès aux soins dans ses différents volets: accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité psychosociale, organisation du système de santé. La problématique de la disponibilité des médicaments (approvisionnement) sera également abordée par cette question.

Comme annoncé, la question de la pertinence du modèle mutualiste a été traitée de manière transversale et ne fait pas l'objet d'une section particulière de ce rapport.

Question 2 Apprécier le fonctionnement et la viabilité des mutuelles

Le *fonctionnement des mutuelles* visera à apprécier dans quelle mesure les différents organes de gestion et de participation mis en place au sein de chaque mutuelle (assemblée générale, conseil d'administration, bureau exécutif et comité de surveillance) fonctionnent et sont à même de remplir les fonctions pour lesquels ils ont été constitués. Ainsi seront notamment analysés:

- la composition et le fonctionnement de ces différents organes;
- la tenue des réunions (fréquence, contenu/fonctions à remplir, participation, problèmes rencontrés);
- la répartition des tâches entre les différents membres;
- le mode de participation des bénéficiaires (AG et autres moments de participation).

La *viabilité des mutuelles* mises en place constitue un enjeu fondamental tant pour les bénéficiaires que pour les structures (mutuelles) mises en place et leurs structures d'appui (Nantes Guinée). A l'instar de tout autre type de systèmes fondé sur la participation sociale, il est difficile de se prononcer définitivement sur la viabilité (ou la non viabilité) de dynamiques sociales et mutuelles aussi récentes (les mutuelles ont été créées entre janvier et novembre 2003). Cependant, une évaluation des différentes facettes de la viabilité des mutuelles de santé permettra de dégager: 1/ dans quelle mesure les mutuelles présentent des indices (positifs ou négatifs) de viabilité et l'évolution de ceux-ci depuis la création de chaque mutuelle; 2/des facteurs explicatifs et 3/ les mesures correctrices qui pourraient être prises pour renverser ou renforcer la tendance constatée.

Les différentes facettes de la viabilité ont été appréciées au moyen d'un ensemble d'indicateurs issus du Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé (STEP/CIDR, 2002). Il était prévu que ces indicateurs spécifiques soient sélectionnés en collaboration avec Nantes Guinée en fonction de leur pertinence par rapport au niveau de développement des mutuelles de santé et en fonction de l'information disponible:

- viabilité administrative (suivi des adhésions, suivi du recouvrement des cotisations, suivi des prises en charge, suivi du portefeuille de risque, suivi de l'enregistrement comptable, etc.);
- viabilité technique (modalités d'adhésion, qualité du portefeuille de risque, coûts moyens des prestations prises en charge);
- viabilité fonctionnelle (taux de croissance brute, taux de fidélisation/taux de recouvrement des cotisations, taux de croissance interne/externe, taux de pénétration, délai moyen de paiement des prestataires);
- viabilité financière (ratio de liquidité immédiate, ratio de capitaux propres, ratio de sinistralité, taux de réserve, ratio de cotisation acquises/charges);
- viabilité économique (taux de financement propre).

Les résultats que dégageront l'analyse de ces différents indicateurs et niveaux de viabilité permettront notamment de faire le point sur les éléments suivants:

- la dynamique et l'évolution des mutuelles depuis leur création;
- le niveau d'autonomie des mutuelles de santé (par rapport au projet);
- les difficultés spécifiques rencontrées par certaines mutuelles telles que précisées dans les termes de références de cet appel d'offre (obstacles au développement des mutuelles, compréhension et utilisation des mécanismes de fonctionnement budgétaires, pertinence des formations dispensées, etc.);
- la capacité et l'implication des groupements à la base des mutuelles (pour la MAUGO et la MUGTM en particulier): mobilisation communautaire et suivi/appui technique aux mutuelles.

Cette question fait l'objet de la partie 1 du présent rapport. Comme prévu, il a été difficile d'apprécier la viabilité de mutuelles aussi récente. Les indicateurs retenus et leurs évolutions ne sont que de premiers indices de la viabilité des mutuelles évaluées.

Question 3 Apprécier l'efficacité des mutuelles de santé

Les mutuelles de santé ont comme objectif premier d'améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires. Comme pour le point précédent, il est difficile d'apprécier l'efficacité de mutuelles de santé aussi jeunes que celles appuyées dans le cadre de projet. En effet, l'efficacité des mutuelles de santé ne se traduit pas toujours immédiatement par des taux d'utilisation des services ou des taux de latence significativement différents entre bénéficiaires et non bénéficiaires. Les parcours et habitudes thérapeutiques sont des processus qui ne changent pas du jour au lendemain. Il était donc prévu d'apprécier l'amélioration de l'accès aux soins en se basant sur deux sources d'informations:

- un ensemble d'indicateurs jugés pertinents et vérifiables à ce stade (existence d'outil d'appréciation de l'efficacité, taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires, taux d'utilisation comparée, prise en charge des famille, évolution de la fréquentation des formations sanitaires, tarification des soins).

- la perception des bénéficiaires quant à l'accessibilité aux soins de santé depuis leur adhésion et quant autres effets positifs ou négatifs induits par les structures et mécanismes mis en place (autopromotion, dynamique communautaire, etc.).

L'efficacité des mutuelles de santé sera mise en perspective avec leurs niveaux de viabilité et analysée en fonction de l'offre de soins disponible et le profil de celle-ci (en termes de qualité des soins particulièrement).

Cette question fera l'objet de la partie 2 de ce rapport. Comme pour la viabilité des mutuelles, il est difficile d'apprécier l'efficacité de mutuelles aussi jeunes. De plus, en raison de données incomplètes (données comparatives entre le recours aux soins des mutualistes et non mutualistes, comparaison longitudinale, etc.) ou non fiables (confusion probable entre patients mutualistes et non mutualistes dans le cas du CMP), il n'a pas été possible de dresser une image exhaustive de l'efficacité des mutuelles.

En termes de perception de l'efficacité et autres effets positifs ou négatifs dus aux mécanismes mis en place, les entretiens menés avec des membres (entretiens collectifs avec des groupements) n'ont pas permis de se faire une idée précise de l'efficacité des mutuelles, ni des effets en termes d'autopromotion ou de dynamique communautaire. Sans les remettre totalement en question, il faut noter que les réponses obtenues ont été très normatives, donnant une image positive des mutuelles et des effets produits, sans qu'il soit possible de les objectiver.

Combinée à des indicateurs objectifs, une étude portant particulièrement sur ces questions devrait être réalisée dans les années qui viennent. Pour ce faire, une méthodologie appropriée devrait être développée et une attention particulière devra être donnée aux critères de sélection des bénéficiaires interrogés. Les questions relatives à l'amélioration de l'accès aux soins pourraient être traitées par des entretiens individuels tandis que les questions relatives à l'autopromotion et aux dynamiques communautaires pourraient être traitées lors d'entretiens collectifs et individuels. Dans les deux cas, il sera préférable de se baser sur des indicateurs concrets plutôt que sur des impressions générales.

Question 4 Apprécier la pertinence et l'efficacité de l'intervention

Cette quatrième question s'intéressera plus particulièrement au cadre général de l'intervention de Nantes Guinée comme acteur extérieur d'appui visant à pérenniser les structures et dynamiques qu'elle a contribué à mettre en place et plus largement à favoriser le développement la dynamique mutualiste. Ainsi la pertinence et l'efficacité de l'intervention de Nantes Guinée seront appréciés à partir des champs d'observation suivants:

- Moyens et stratégies mis en œuvre:
 - pertinence des moyens/stratégies mis en œuvre par rapport à l'environnement;
 - pertinence de l'intervention par rapport à la pérennité des structures mises en place.

- Adéquation avec la politique nationale:
 - pertinence du projet par rapport aux politiques nationales.
- Relations entre acteurs:
 - articulation avec les autres acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique;
 - articulation entre les différents acteurs du projet et adéquation avec les principes de l'association Nantes Guinée.
- Constitution de l'expertise locale:
 - pertinence par rapport aux besoins/caractéristique du pays;
 - niveau de constitution et autonomie de l'équipe;
 - adéquation du processus décisionnel.

Cette question fait l'objet de la troisième partie de ce rapport.

2.2 Source d'informations

Deux principales sources d'information ont été mobilisées pour réaliser cette évaluation:

- étude documentaire (voir bibliographie en fin de rapport);
- entretiens (voir en annexe le détail des personnes/institutions rencontrées ainsi que les guides d'entretiens utilisés).
 - équipe de Nantes Guinée (Novembre/Décembre 2005): Nantes (conseil d'administration et personnel salarié), Conakry/Timbi Madina (Chef de Projet¹ et équipe de Nantes Guinée: entretiens collectifs et entretiens individuels);
 - organisations partenaires (Décembre 2005): organisations paysannes (FPFD, UGTM), partenaires de l'offre de soins (SPLS), organes des mutuelles (CA, BE, CS);
 - offre de soins (Décembre 2005): prestataires de soins, administration sanitaire, comités de suivi;
 - entretiens collectifs avec des bénéficiaires et non bénéficiaires (via les groupements) (Décembre 2005);
 - autres structures d'appui (Décembre 2005): Dynam, CIDR, GTZ;
 - entretiens institutionnels (Décembre 2005): Union Européenne, Coopération française, etc.;

Concernant les entretiens avec les groupements membres de l'AUZ et de l'UGTM, deux principaux critères ont été arrêtés pour sélectionner les groupements: la forte/faible dynamique d'adhésion d'une part et la proximité/éloignement avec le(s) centre(s) de santé conventionné(s), d'autre part. Tous les entretiens avec les bénéficiaires ont été menés collectivement (sur base des groupements). Les non-

¹ En raison du calendrier, il n'a pas été possible de rencontrer la Chef de Projet Valérie Delors-Kallo durant l'évaluation.

bénéficiaires interrogés sont dans tous les cas des anciens bénéficiaires (non renouvellement de leur adhésion à la mutuelle).

2.3 Restitutions

Plusieurs restitutions des premiers résultats ont été organisées.

En Guinée (décembre 2005):

- une restitution des premiers résultats avec l'équipe de Nantes Guinée (Timbi Madina);
- une restitution auprès des acteurs-clés de la MUGTM (voir annexe);
- une restitution auprès des acteurs-clés de la MAUGO (voir annexe);
- une restitution auprès de la Coopération française à Conakary;
- une restitution auprès du Ministère de la Santé.

A Nantes (février 2006):

- une restitution avec le Bureau exécutif et les salariés (chef de projet et chargée de programme);
- une restitution avec le Conseil d'Administration et les salariés;
- une restitution avec des partenaires de Nantes Guinée.

Dans chaque cas, ces restitutions ont permis de présenter les premiers constats et résultats issus de cette évaluation, de les rectifier le cas échéant et d'amorcer une discussion avec les participants. Dans la mesure du possible, les différents commentaires formulés lors des discussions ont été pris en compte dans la rédaction finale de ce rapport.

3. Historique et identité de Nantes Guinée

Pour comprendre et apprécier l'intervention de Nantes Guinée en matière d'appui aux mutuelles de santé, il convient de revenir sur sa genèse et de saisir l'identité de Nantes Guinée comme association d'une part et comme structure d'appui aux mutuelles de santé d'autre part.

La genèse de Nantes Guinée se situe en 1992 lorsque le Comité Central d'Entreprise des Mutuelles de Loire Atlantique se retrouve avec un montant équivalent à 3000 euros issus de reliquats de Chèques-Repas. Plusieurs membres du Comité d'Entreprise proposent d'investir cet argent dans un projet lié aux pays du Sud, notamment dans l'objectif d'élargir le spectre des préoccupations et actions du Comité d'Entreprise. Sans idée précise, le Comité d'Entreprise prend alors contact avec la Mairie de Nantes. Nantes entretient depuis des années des relations avec la Guinée et propose au Comité d'Entreprise d'affecter cette somme à la réhabilitation de centres de santé. Suite à cette première intervention, les autorités

de Kindia formulent (1996) une demande relative à la mise en place de mutuelles de santé.

En termes de modes d'intervention, Nantes Guinée souhaitait appuyer des structures d'appui existantes et contribuer à leur renforcement plutôt que d'intervenir directement, considéré comme une approche trop « humanitaire ». Cette stratégie a, dans les faits, donné lieu à la création de l'Association pour la Promotion des Mutuelles en Guinée (APMG), association composée de personnes issues du réseau développé par les acteurs nantais en Guinée, et plus particulièrement à Kindia. Malheureusement, le partenariat avec l'APMG (qui n'existe plus) ne s'est pas avéré fructueux et n'a pas réellement permis d'enclencher des initiatives mutualistes viables.

Cependant, suite à ces premières interventions, Nantes Guinée est sollicité par la Fédération des Paysans du Fouta Djallon pour l'appui à la mise en place de mutuelles de santé. Cette demande est à l'origine de l'intervention de Nantes Guinée dans le Fouta Djallon. En 2001, une étude de faisabilité est réalisée et un financement demandé au Ministère des Affaires Etrangères. Cette demande de financement est alors accordée pour trois ans et Nantes Guinée constitue à partir de 2002 une équipe d'intervention guinéenne accompagnée par un/e expatriée (souhait du Ministère des Affaires Etrangères). Dans l'attente d'une nouvelle convention avec le Ministère, le projet a connu un ralentissement de ses activités en 2004-2005. En septembre 2005, le Ministère a donné son accord de principe sur le nouveau programme (accord sous réserve d'obtention de fonds complémentaires). Pour assurer la transition entre les deux programmes, les institutions constituantes du CA ont accepté de mettre des fonds à disposition (à hauteur de 45 000 euros). Il est clair que ce mode de financement a entraîné la mise en œuvre d'une approche « projet » qui n'est certainement pas la plus appropriée à la mise en place et à l'appui de mutuelles de santé. D'une part parce que les mutuelles sont des organisations qui dispensent des services continus et d'autres part parce qu'elles nécessitent une dynamique sociale qui doit être soutenue en permanence. Additionnées à l'approche « projet », les attentes et incertitude en termes de financement extérieurs (comme cela a été le cas ici) ne constituent pas des facteurs favorables à ce niveau.

Nantes Guinée a la particularité de combiner a priori la force d'être une association composée d'institutions (Mairie de Nantes, CHU, Mutualité de Loire Atlantique) et composée de personnes militantes à titre individuel ou comme représentantes des institutions précitées. Le point commun des fondateurs est notamment d'être militants syndicaux (via son « Institut Belleville », la CFDT a d'ailleurs à une époque, développé une réflexion sur les mutuelles dans les pays du Sud), ce qui explique certainement la forte dimension politique que revêt l'appui au développement de mutuelles de santé au sein d'une dynamique plus large liée aux mouvements sociaux et à la société civile en Guinée. Les principes d'action de

Nantes Guinée (non-substitution, autopromotion, réciprocité, pérennisation des structures mise en place et de l'intervention) témoignent également de ce souci politique même si ces termes sont aussi fréquemment utilisés dans le monde de la coopération internationale. Or, comme structure d'appui aux mutuelles de santé, Nantes Guinée est un acteur relativement atypique, agissant autour d'un objectif très précis et dans un seul pays.

PARTIE 1

APPRECIER LE FONCTIONNEMENT ET LA VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE

1. Introduction

Dans cette partie, nous tenterons d'apprécier le fonctionnement et la viabilité des mutuelles de santé mises en place avec l'appui de Nantes Guinée. Nous apprécierons donc la dynamique et l'évolution des mutuelles depuis leur création, le niveau d'autonomie des mutuelles de santé (par rapport au projet et autres acteurs impliqués) ainsi que les difficultés spécifiques rencontrées par chacune des mutuelles ainsi que la capacité et l'implication des groupements à la base des mutuelles.

Nantes Guinée a contribué à mettre en place trois mutuelles de santé dont deux sont fonctionnelles à l'heure actuelle: la mutuelle de l'Association des Unions de Zones de Gongoré (MAUGO) et la Mutuelle de l'Union des Groupements de Timbi Madina (MUGTM). La troisième mutuelle, mutuelles de santé des Iles de Loos (MUSIL), a été mise en place mais n'a jamais été fonctionnelle.

Dans une première section de cette partie du rapport, nous présenterons les caractéristiques de chaque mutuelle mise en place et reprendrons, dans une deuxième section, quelques éléments relatifs à la mise en place de ces mutuelles. Dans une troisième section, nous aborderons la question du fonctionnement organisationnel de ces mutuelles en nous intéressant particulièrement aux organes de gestion et de participation. Dans une quatrième section, nous verrons ce qu'il en est de la viabilité des mutuelles de santé, ou du moins des indices dans ce sens que l'on peut déjà identifier et analyser à ce jour. Dans une cinquième section, nous apprécierons les relations des mutuelles avec les acteurs les plus directs et stratégiques de leur environnement, à savoir les autorités sanitaires et les prestataires de soins. Dans une sixième section, nous aborderons le cas particulier de la MUSIL en nous concentrant sur les conditions de relance de cette mutuelle. Enfin, dans une dernière section, nous verrons ce qu'il en est du potentiel de regroupements des mutuelles de santé en fédération.

2. Présentation des mutuelles

2.1 La mutuelle de l'Union des Groupements de Timbi Madina (MUGTM)

La mutuelle de l'Union des Groupements de Timbi Madina (MUGTM) a été créée en 2003 à l'initiative de Nantes Guinée et de l'Union des Groupements de Timbi Madina (Union membre de la Fédération des Paysans du Fouta Djallon). La création de cette mutuelle est intimement liée à la présence d'un Cabinet Médical Paysan qui avait été ouvert dès 1998 par de jeunes médecins ressortissants de Timbi Madina et qui souhaitaient mettre leurs services à disposition des populations.

Tableau 1 Caractéristiques de l'UGTM (Sources: divers documents; Nantes Guinée)

Mutuelle De l'UGTM	
Date de création	AGC: Février 2003
Organisation de base	UGTM
Structure d'appui	Nantes Guinée
Date de la première prise en charge	Juin 2003
Frais d'adhésion	5 000 FG
Montant des cotisations	12 000 FG/an/personne
Périodicité du paiement des cotisations	Bisannuelle ou annuelle
Groupe-cible	Les 19 groupements de l'UGTM
Nombre de membres (actuel) en ordre de cotisation	288 (juillet 2005)
Nombre de bénéficiaires (actuel) en ordre de cotisation	1 252 (juillet 2005)
Prestations prises en charge (niveau sanitaire + taux de prise en charge)	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge à 100% des soins dispensés dans le Cabinet Médical Paysan (consultations médicales, soins infirmiers, médicaments). - Prise en charge à 50% des médicaments prescrits par le médecin du Cabinet Médical Paysan et non disponibles au cabinet. - Prise en charge à 50% des soins secondaires pour les mutualistes référés par le Cabinet Médical Paysan vers l'Hôpital Préfectoral de Pita, selon une grille de tarifs déterminés. - Prise en charge à 100% du transport d'urgence vers l'Hôpital Préfectoral de Pita - Prise en charge à 100% des accouchements simples et actes de laboratoire au Centre de Santé Public de Timbi Madina. - Prise en charge à 100% des soins primaires au Centre de Santé Public de Timbi Madina en cas d'absence du médecin du Cabinet Médical Paysan

La mutuelle est configurée selon le schéma suivant:

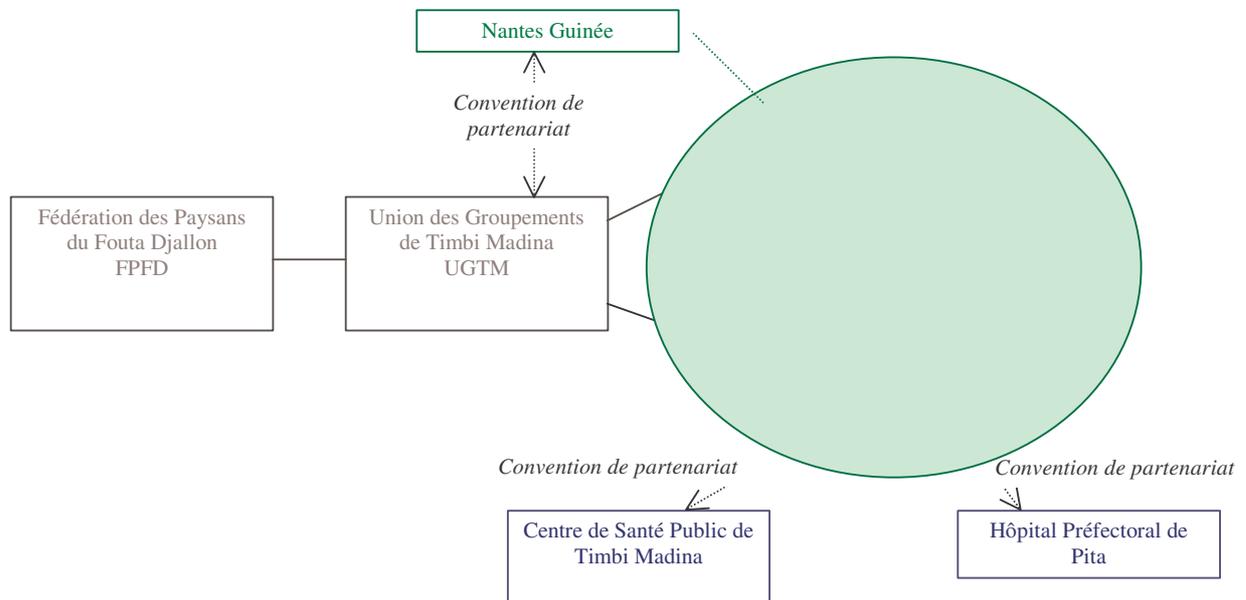


Schéma 1: Configuration de la MUGTM (source: Nantes Guinée)

2.2 La mutuelle de l'Association des Unions de Zones de Gongoré (MAUGO)

Tableau 2 Caractéristiques de la MAUGO (Sources: divers documents; Nantes Guinée)

Mutuelle de l'Association des Unions de Zone de Gongoré	
Date de création	AGC: juillet 2003
Organisation de base	AUZ
Structure d'appui	Nantes Guinée
Date de la première prise en charge	Janvier 2004
Frais d'adhésion	5000 FG
Montant des cotisations	4000 FG/an/personne
Périodicité du paiement des cotisations	bisannuelle ou annuelle
Groupe-cible	Les membres de 8 unions de zones (37 groupements)
Nombre de membres (actuel) en ordre de cotisation	351 (juillet 2005)
Nombre de bénéficiaires (actuel) en ordre de cotisation	1040 (juillet 2005)
Prestations prise en charge (niveau sanitaire + taux de prise en charge)	<p>Avec le centre de santé public de Gongoré pour la prise en charge des soins primaires, ces soins étant également dispensés dans 5 postes de santé sur 7 rattachés à ce centre public (2 ne sont pas fonctionnels par manque d'agent de santé).</p> <p>Avec l'hôpital de Pita, pour la prise en charge du transport d'urgence</p>

La configuration de la MAUGO se présente comme suit:

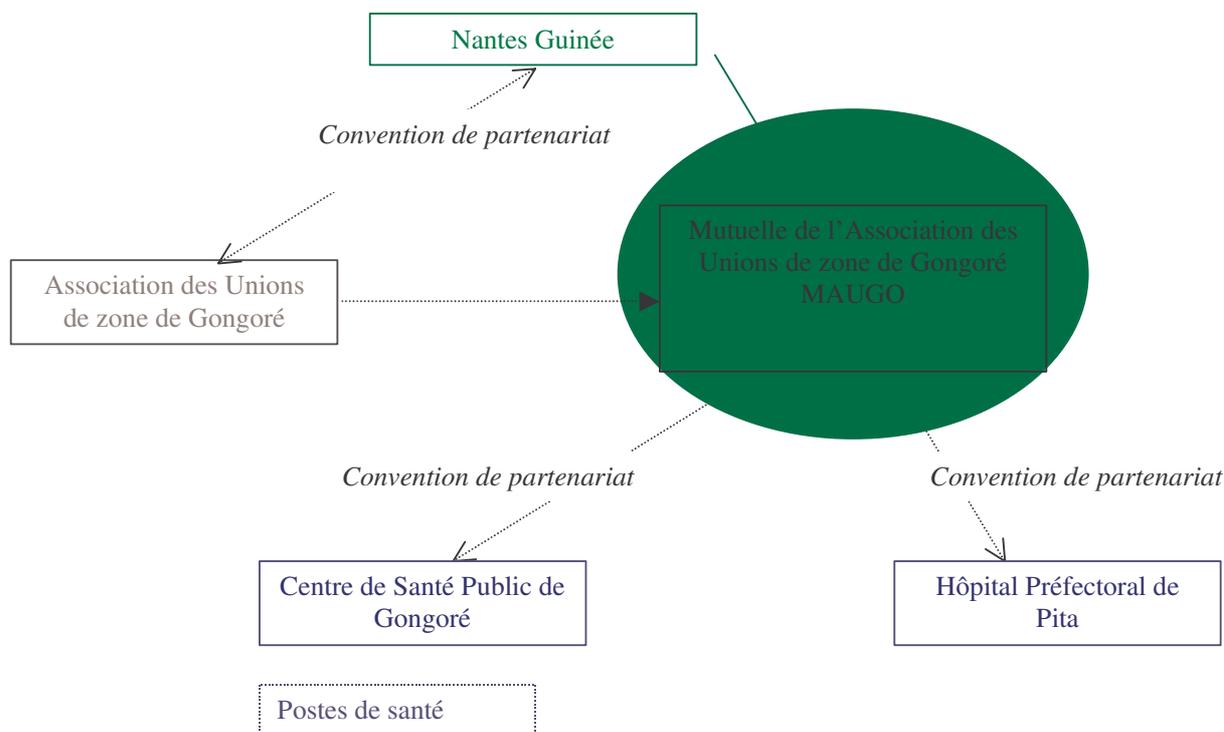


Schéma 2: Configuration de la MAUGO (source: Nantes Guinée)

2.3 La Mutuelle de Santé des Iles de Loos

La Mutuelle de santé des Iles de Loos a été mise en place en 2003 et vise les populations des villages insulaires de Room, Fotoba et Rogbanet. La mise en place de cette mutuelle s'est faite en partenariat avec l'ONG Guinéenne « Solidarité Pour la Santé » (SPLS). Cette ONG est à la base du centre de santé associatif de Yimbaya à Conakry et intervient sur les Iles de Loos (rattachées à la Direction Régionale de la Santé de Conakry) dont le fondateur de SPLS est originaire. L'assemblée générale constitutive de la MUSIL a eu lieu en novembre 2003 mais la mutuelle n'a jamais été fonctionnelle car Nantes Guinée a jugé qu'elle n'était pas viable tant que l'objectif de 750 bénéficiaires n'était pas atteint. Or, en janvier 2004, ce chiffre n'était toujours pas obtenu. Il y a actuellement 73 adhérents et 246 bénéficiaires qui n'ont jamais bénéficié des prestations de la mutuelle, malgré qu'ils aient payé leurs droits d'adhésion et cotisations et que la période d'observation soit terminée.

3. Aspects relatifs à la mise en place des mutuelles

Les processus de mise en place et la configuration des mutuelles de santé sont des déterminants importants de leur fonctionnement futur et de leur viabilité. Dans cette section nous mettrons donc en avant quelques aspects relatifs à la mise en place des mutuelles de santé appuyées par Nantes Guinée, aspects qui pourront éclairer l'analyse que l'on pourra en faire ultérieurement. Nous nous intéresserons donc aux études de faisabilité réalisées, aux organisations partenaires et groupables des mutuelles ainsi qu'au modèle organisationnel d'assurance santé qui a été choisi.

3.1 Etudes de faisabilité

Une étude de faisabilité a été réalisée en novembre 2001 avant la mise en place des mutuelles de santé. A l'époque, les deux partenaires du Fouta Djallon avaient déjà été identifiés lors des contacts préalables et d'une étude d'opportunité menée antérieurement (Etude de faisabilité, 2001). Cette étude de faisabilité a effectivement collecté des informations importantes pour la mise en place et le fonctionnement ultérieur des mutuelles de santé, particulièrement en ce qui concerne le diagnostic institutionnel des organisations partenaires ainsi que des informations de base sur l'offre et la demande de soins. Pour les Iles de Loos et le Fouta Djallon, cette étude de faisabilité identifiait d'ailleurs certains problèmes potentiels qui se révéleront effectivement par la suite.

Si l'on compare la méthodologie et le contenu de cette étude de faisabilité (qui ne diffère pas fondamentalement de la nouvelle étude menée en 2005 en préparation du projet 2005-2007) avec d'autres menées dans la sous-région, deux remarques sont à faire. Premièrement, cette étude de faisabilité n'intègre pas les calculs actuariels liés aux niveaux de cotisation et aux paquets de prestations. Ces derniers ont été réalisés ultérieurement par l'équipe bénévole à Nantes.

Deuxièmement, cette étude de faisabilité n'a pas – à notre connaissance – impliqué les organisations partenaires qui avaient pourtant déjà été identifiées dans le Fouta Djallon. Or, l'implication² des organisations partenaires, du groupe-cible et des autres acteurs stratégiques du développement des mutuelles de santé (les prestataires de soins en particulier) au processus d'étude de faisabilité favorise à priori la pertinence des choix qui seront faits par la suite et l'appropriation de l'outil mis en place.

² Cette implication du « groupe-cible » et de l'organisation partenaire varie selon les structures d'appui et a évolué dans le temps (cf. Fonteneau et al., 2005). Certaines approches sont très participatives et proches de la recherche-action tandis que d'autres tendent à n'impliquer le groupe-cible qu'aux moments critiques de ce processus.

On peut s'interroger sur la pertinence de cette division des compétences (que, dans une grande mesure, l'on retrouve toujours à l'heure actuelle) notamment en termes d'appropriation technique par l'équipe guinéenne maintenant constituée. Le peu d'expérience de Nantes Guinée à l'époque explique certainement ces choix mais ils auraient pu pour certains être remis en question lors de l'étude de faisabilité menée en 2005.

3.2 Organisations de base, partenariat et groupe-cible

Deux des trois mutuelles mises en place se sont basées sur des organisations et groupements préexistants. Ce choix est très pertinent au regard de l'assurance santé, notamment puisque cela assure potentiellement un membership potentiellement intéressé (puisque la demande vient d'une organisation dont ils sont membres) et relativement plus facile à atteindre qu'un groupe-cible sur une base individuelle. Par ailleurs, dans son mode de gestion et d'organisation, la mutuelle de santé induit qu'existe, au sein du groupe-cible et entre les membres, un certain degré de cohésion sociale permettant notamment de prendre ensemble les décisions fondamentales liées au fonctionnement des mutuelles de santé.

Hormis la présence d'un membership potentiel et d'une certaine cohésion sociale, le fait que des organisations préexistantes soient à la base des mutuelles mises en place présente aussi certaines garanties de pérennité en cas de retrait de la structure d'appui. Nantes Guinée a cherché à faire des organisations de base des partenaires de travail. Cela s'est notamment traduit par la signature de conventions avec l'Union des Groupements de Timbi Madina et avec l'Association des Unions de Zones à Gongoré. Ces conventions prévoient notamment que ces organisations faciliteront la démarche d'appui de Nantes Guinée vers les groupements, diffuseront les informations relatives au projets auprès des adhérents, favoriseront toute action permettant d'assurer le développement et la consolidation des mutuelles ainsi que le respect des principes de démocratie permettant à tous ses membres de participer à la prise de décision concernant les mutuelles (voir les différentes conventions de partenariat). Dans un souci d'établir des relations claires de partenariat, l'établissement de conventions, même peu contraignantes comme c'est le cas ici, est à saluer.

Le cas de la mutuelle des Iles de Loos est différent puisque dans ce cas, il s'agit d'une mutuelle « dite » communautaire (ou territoriale) dans le sens où le groupe-cible n'est pas identifié en fonction du membership d'organisations préexistantes. Le groupe-cible de la mutuelle était ici constitué d'habitants de certains quartiers de trois îles (Rognabet, Fotoba et Room). L'éparpillement des habitants insulaires, la faible cohésion sociale qui y règne ainsi que le peu de dynamique associative (peu d'organisations professionnelles, etc.) expliquent pourquoi cette option organisationnelle a été choisie plutôt que celle qui a prévalu dans les deux autres

mutuelles. Ce facteur organisationnel n'explique certainement pas à lui seul le faible membership de la MUSIL au démarrage mais y a certainement contribué.

3.3 Modèle d'assurance santé

Pour répondre au problème de l'accès aux soins de santé par la mise en place d'une assurance santé, Nantes Guinée et ses partenaires disposaient, en théorie, de plusieurs options organisationnelles: une assurance gérée par le (ou les) prestataire(s) de soins, une assurance directement gérée par les partenaires (FPFD, UGTM et AUZ ou une autre organisation), une assurance gérée par un tiers (une ONG par exemple)³ ou une mutuelle de santé.

Dans les faits, il semble que cette diversité d'options n'ait pas vraiment été prise en compte par Nantes Guinée, ni par les organisations partenaires. Cela s'explique d'une part par les origines et la composition institutionnelle de Nantes Guinée et par le projet politique poursuivi par Nantes Guinée qui associe la mise en place de mutuelles de santé à la volonté d'organiser la demande de soins dans un souci de représentation, voire de contre-pouvoir. D'autre part, l'UGTM avait déjà mis en place un embryon d'assurance santé (gérée par le Cabinet Médical Paysan) sous la forme d'une « Solidarité Médicale Paysanne de Timbi Madina ». C'est d'ailleurs les difficultés rencontrées dans le fonctionnement de cette « mutuelle » qui avaient poussé les responsables de l'UGTM et de la FPDF à prendre contact avec Nantes Guinée. En termes organisationnels, la conséquence de ce choix a été de déplacer la responsabilité et la gestion de la mutuelle du prestataire de soins aux membres de la mutuelle. Le prestataire de soins, à l'origine de l'initiative, s'est en quelque sorte retrouvé mis à l'écart de la gestion tout en restant un acteur-clé, dans le sens où le Cabinet Médical n'est supposé recevoir que des mutualistes (personnes en ordre de cotisation) et dans le sens où le cabinet médical est la structure de référence des membres (les autres structures sanitaires conventionnées ne venant qu'en cas de nécessité ou à défaut).

→ Recommandations spécifiques à la mise en place des mutuelles

- *Etudes de faisabilité.* A l'avenir les études de faisabilité devraient:
 - être réalisées dans une approche plus globale, intégrant les calculs actuariels des coûts de santé;

³ Bien sûr, une organisation qui a déjà une expertise en termes de gestion (comme les institutions de microfinance par exemple) présente (moyennant cependant des formations spécifiques), des avantages pour gérer une assurance santé. Pour autant que de telles organisations existent dans la sous-région (ce que la mission d'évaluation n'a pas vérifié), un partenariat avec de telles organisations serait intéressant à explorer. Plusieurs expériences dans la sous-région vont dans ce sens.

- être réalisées en impliquant les organisations partenaires et les prestataires de soins.
- *Options organisationnelles de l'assurance santé.* Selon les contextes, les acteurs et le tissu social, plusieurs options organisationnelles devraient être considérées dans la mise en place d'un système d'assurance santé. Le modèle mutualiste n'est pas d'application dans toutes les circonstances et le fait de choisir une autre option ne signifie pas pour autant que certains principes ou plus value mutualiste ne pourront être mises en œuvre (solidarité, cohésion sociale, contrôle par les bénéficiaires, organisation de la demande de soins).

4. Le fonctionnement des mutuelles

Dans cette partie sur le fonctionnement des mutuelles de santé étudiées, nous nous concentrerons sur les organes de gestion et de participation qui ont été mis en place. Dans les deux mutuelles fonctionnelles, on retrouve les trois organes de gestion « classiques »: un conseil d'administration, un bureau exécutif et un comité de contrôle (ou comité de surveillance). Les membres de ces organes sont élus (souvent sur désignation) lors des assemblées générales.

Tableau 3 Composition des organes de gestion des mutuelles (source: statuts des mutuelles de santé)

	MAUGO	MUGTM
Assemblée générale	115 délégués de zones, membres des 8 unions	Nombre de délégués à élire par groupement (fonction du nombre d'adhérents)
Conseil d'Administration	24 personnes	19 personnes
Bureau exécutif	6 personnes	6 personnes
Comité de contrôle/surveillance	3 personnes	3 personnes

Dans chacune des mutuelles, la composition des organes de gestion et de participation reflète un fort souci de représentativité des mutualistes. En effet, chaque groupement au sein duquel des membres ont adhéré à la mutuelle peut déléguer des représentants au conseil d'administration (par exemple pour la MUGTM, de 2 à 8 représentants en fonction d'un nombre de mutualistes allant de 1 à 30 et à plus de 100 membres).

Voyons maintenant ce qu'il en est du fonctionnement des organes de gestion de la MAUGO⁴ d'abord, puis de l'UGTM.

Le conseil d'administration de la MAUGO se réunit régulièrement (tous les mois, comme le bureau exécutif) sans que tous les membres ne soient nécessairement présents. Pour les responsables interrogés, le rôle effectif des membres du conseil d'administration est surtout de « faire passer les messages » auprès des membres des groupements (sensibilisation de nouveaux adhérents, changements dans la méthode d'inscription, etc.). Les responsables de la MAUGO (essentiellement les membres du bureau exécutif) disent ne pas toujours pouvoir s'appuyer sur le conseil d'administration pour exercer cette tâche. Pour pouvoir « récupérer » des membres de la mutuelles (c'est-à-dire leur transmettre une information, rectifier certaines fausses idées ou discuter de décision à prendre), il faut, selon les membres du bureau exécutif, avoir un certain niveau d'instruction, ce qui n'est pas le cas de nombreux (et surtout nombreuses membres) délégué/es au conseil d'administration.

Le bureau exécutif se réunit également tous les mois. Au sein de celui-ci, ce sont essentiellement la trésorière, le vice-président et la présidente qui y jouent un rôle actif. Les membres du bureau exécutif insistent beaucoup sur le fait que le travail de sensibilisation leur prend énormément de temps, particulièrement en raison des distances importantes entre les villages et en l'absence de moyens de transport.

Le comité de surveillance ne semble pas se réunir régulièrement, voire pas du tout.

Le conseil d'administration de la MUGTM n'a pas pu être rencontré dans le cadre de cette évaluation (malentendu sur les dates et heures de rencontres, difficultés de mobilisation des membres, événements parallèles: formations, travaux champêtres, préparatif des élections communales, etc.). De manière générale, il semble que les difficultés des organes politiques de la MUGTM soient apparues très rapidement, notamment en termes d'absentéisme (Rapport 2^o trimestre 2003). Par la suite, les rapports trimestriels et annuels de Nantes Guinée continuent (et particulièrement depuis ces derniers mois) à faire état des problèmes rencontrés dans le fonctionnement du conseil d'administration de la MUGTM (absentéisme, difficultés de mobiliser les responsables, « timidité » des mutualistes à demander des comptes à leurs responsables, etc.). L'ancien président, ayant perdu la confiance des mutualistes, a d'ailleurs démissionné de son poste. Au sein du bureau exécutif, il semble que le trésorier prenne en charge la plupart des fonctions. Pour les

⁴ Les Procès-verbaux des réunions n'ont pas pu être consultés car ils sont conservés chez la présidente qui était malade pendant la période où nous avons mené les entretiens.

responsables du bureau exécutif, les problèmes liés au fonctionnement sont dus d'une part au fait que ce sont des « paysans » qui ont des capacités limitées et qui se rendent peu disponibles. Et d'autre part au fait que l'esprit d'équipe ne se retrouve pas toujours chez tous les membres (absentéisme). Mais c'est surtout le bénévolat qui est présenté comme problématique par les responsables. Ils considèrent « qu'il n'y a pas assez d'argent sur les cotisations pour payer quelqu'un » mais pensaient aussi par ailleurs « que cela allait être pris en charge (subventionné) par le projet ».

Le comité de surveillance de la MUGTM est le même que celui de l'UGTM. Dans un sens, on peut penser que cela aurait permis de rationaliser certains efforts. Dans la pratique, il semble qu'en l'absence d'outils de contrôle spécifique à la mutuelle, le comité de surveillance ait du mal à exercer son rôle et qu'il existe une relative confusion entre ce qui est fait au nom de l'UGTM et ce qui est fait au nom de la mutuelle.

Dans les deux mutuelles (et comme c'est le cas ailleurs), il est malaisé d'apprécier la réelle fonction des assemblées générales dont la participation effective des adhérents est difficile à mesurer. Comme dans toute jeune mutuelle, les AG ont une fonction plus informative, et parfois consultative, que réellement participative. Au début, la demande de confiance semble prévaloir sur celle de contrôle dans le chef des membres. A ce niveau, les mutualistes tant de la MAUGO que de la MUGTM, disent avoir confiance dans les responsables des bureaux exécutifs. Les membres interrogés disent (par exemple) ne pas savoir où est conservé l'argent des cotisations mais disent ne pas s'y intéresser mais « du moment qu'ils sont pris en charge, puisque c'est cela le signe de la bonne tenue de la mutuelle ».

Dans les mutuelles, il faut également noter positivement que les responsables bénéficient de formations très régulières. Nantes Guinée veille également à ce que de nouveaux organes (comme ceux élus après l'AG de 2005 à la MUGTM par exemple) soient directement formés à leurs nouvelles fonctions. Le « Guide de l'Agent de Terrain en matière de mise en place et développement des mutuelles de santé » (2005) relate bien les différentes formations nécessaires et l'approche de Nantes Guinée en la matière. Bien que notre évaluation n'ait pas été dans le détail des méthodes de formation utilisées, il semble que, dans un souci d'efficacité, celles-ci pourrait être diversifiées et enrichies par l'utilisation de supports visuels notamment.

Appréciation générale

De manière générale, on peut dire que les organes de gestion et de participation existent et fonctionnent formellement mais ne remplissent pas nécessairement toutes les missions qui leur sont confiés, ni avec toutes les ressources humaines

dont elles pourraient bénéficier (en raison de l'absentéisme et des faibles capacités de certains élus).

Les organes sont composés d'un nombre important de membres (particulièrement les conseils d'administration), ce qui ne favorise certainement pas leur fonctionnement effectif. D'ailleurs certaines personnes interrogées mettent en cause le modèle de gestion qui a été mis en place. Ils estiment qu'il y a trop de décideurs pour une petite structure comparativement aux autres modèles de la localité. Par exemple l'UGTM et la FPFD sont administrées respectivement par 4 et 5 personnes.

Dans les deux mutuelles, on constate que les comités de surveillance ne fonctionnent pas réellement et sont particulièrement mal outillés pour exercer leur mission. Ce phénomène est constaté (sans être réellement résolu) dans la plupart des mutuelles de la sous-région. Hormis les carences relatives aux aspects techniques (outils spécifiques et compétences particulières), il semble que cette fonction de contrôle soit particulièrement difficile à exercer « entre pairs » (membres d'une même association, habitants du même village, etc.).

Tant dans le cas de la MAUGO que celui de la MUGTM, on constate une appropriation réelle des fonctions, notamment administratives, par les responsables élus. Par contre, les responsables semblent moins au fait des enjeux majeurs auxquelles les mutuelles pourraient être confrontées. Il en ressort un manque de vision à long terme des responsables de la mutuelle et une tendance, en cas de difficulté, à faire appel au projet « Nantes Guinée » pour trouver une solution. L'analyse du fonctionnement des organes de gestion relève donc certaines difficultés relatives à leur autonomie.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette situation: le mode d'intervention de Nantes Guinée et la configuration institutionnelle des mutuelles, particulièrement la MUGTM.

La question de l'autonomie des organes de gestion par rapport à l'équipe de Nantes Guinée semble se poser. Dans un sens, Nantes Guinée semble estimer (Nantes Guinée - Compte-rendu technique et financier final, 2005, p. 24) que les décisions concernant la vie des mutuelles sont prises par les responsables et non par l'équipe d'appui, cette dernière apportant son regard d'expert et donnant aux responsables mutualistes les clés pour mieux comprendre le fonctionnement des mutuelles afin qu'ils puissent prendre les décisions en connaissance de cause ». De leur côté, les mutualistes semblent parfois trouver que l'équipe d'appui se substitue dans les activités aux responsables de la mutuelle. Les responsables des mutuelles disent par exemple ne pas connaître le calendrier des formations, autant d'éléments qui ne favorisent pas l'appropriation. La décision relative à

l'élaboration de « plans d'actions annuels » au sein de chacune des mutuelles pourrait améliorer cette situation mais devrait être replacée dans une réflexion plus large sur la méthodologie d'appui de proximité apportée par Nantes Guinée.

De manière générale, ce constat du « manque d'autonomie » des responsables des mutuelles est très classique dans de mutuelles jeunes et particulièrement quand un appui de proximité est fourni par une structure spécialisée. Les responsables des mutuelles ne se sentent pas encore suffisamment en confiance ou ne détiennent pas encore un niveau de connaissance qui leur permet effectivement de maîtriser la panoplie de solutions possibles face à un problème, ce qui les rend dépendant de « l'expertise ». Dans le cas de la MUGTM, cette situation est aggravée par la configuration institutionnelle de la mutuelle, configuration qui implique directement, formellement ou de fait, plusieurs acteurs: la FPDF, l'UGTM, le CMP et Nantes Guinée. Au fil de l'histoire, les relations de ces différents acteurs se sont en quelque sorte « embrouillées » (nous y reviendrons) et les rapports de force en présence (entre les organes de la mutuelle et les autres acteurs) n'ont pas toujours le caractère équilibré qui permettraient effectivement que les fonctions et l'autonomie de chacun soient respectées. Dans leurs formes actuelles, les conventions passées entre Nantes Guinée et ces différents acteurs ne semblent pas d'un grand secours pour aborder la question de l'autonomie car les problèmes sont ailleurs. La résolution des problèmes liés au partenariat et au fonctionnement du CMP devrait notamment permettre de redéfinir plus sagement comment les différentes fonctions de gestion d'une mutuelle (orientation, gestion et contrôle) devraient être réparties pour pouvoir être pleinement exercées.

La question du bénévolat est également liée à la problématique de l'autonomie des mutuelles. Cette question est revenue régulièrement au fur et à mesure de l'intervention de Nantes Guinée et tout au long des entretiens que nous avons menés. Plusieurs éléments sont à relever. Il semble que dans les calculs réalisés par Nantes Guinée, une prime de gestion de 10% soit intégrée aux cotisations. Cette prime de gestion devrait permettre de prévoir l'indemnisation possible des responsables sur une base objective des ressources disponibles pour le faire. La position de Nantes Guinée est d'éviter à tout prix de mettre en péril la viabilité et le dynamisme interne des mutuelles en prenant en charge ce type de coûts voire en intervenant sur toute décision liée à une indemnisation des responsables. Cette position de non-intervention de la part de Nantes Guinée est renforcée par le fait que les mutuelles ont parfois pris des décisions relatives aux cotisations (diminution ou augmentation), décisions qui ne suivaient toujours pas les recommandations techniques de Nantes Guinée.

Comme dans toutes les mutuelles et autres structures associatives qui travaillent sur cette base, il apparaît que le bénévolat présente de fortes limites dans les contextes ouest-africains où les ressources sont limitées et les attentes de contrepartie d'autant plus légitimes. Pour les mutuelles en particulier, les

fonctions de gestion et de sensibilisation permanente sont tellement importantes en termes de viabilité qu'elles ne devraient pas être mises en danger par des positions perçues comme « dogmatiques ». En n'ayant pas voulu intervenir à ce niveau, Nantes Guinée a peut-être, comme d'autres structures d'appui de la sous-région, fait une mauvaise interprétation du principe de non-substitution et des risques liés à la pérennité.

➔ **Recommandations spécifiques au fonctionnement des mutuelles**

- *Alléger et simplifier les organes de gestion et de participation.* Dans leur composition actuelle, les organes de gestion sont peu fonctionnels. Il faudrait veiller à les alléger et à simplifier leur fonctionnement. Dans l'optique d'une réorganisation des mutuelles (voir plus loin), l'option d'utiliser les organes des organisations de base pourrait être envisagée (particulièrement dans le cas de la MUGTM; celui de la MAUGO étant plus problématique considérant les problèmes actuels de l'AUZ). De manière plus générale, la réorganisation devrait trouver une manière d'exercer les trois fonctions fondamentales, orientation, gestion, contrôle, sans nécessairement passer par la constitution des organes classiques de gestion et de participation. Des mécanismes de contrôle plus effectifs devraient également être trouvés. Pour autant que cela n'entache pas l'autonomie des mutuelles de santé, des mécanismes de contrôle externe (type commissaires aux comptes) pourraient être instaurés. D'autres mutuelles de santé dans la sous-région explorent également cette piste.
- *Revoir le principe du bénévolat.* Pour les tâches relatives à la gestion et, durant certains périodes (recotisation), pour les tâches relatives à la sensibilisation, un système d'indemnisation, voire de rémunération devrait être mise en place. Soit en utilisant les frais de gestion intégré dans le calcul des cotisations (pour autant que les niveaux de cotisations soient respectés et en révisant le taux de frais de gestion, inférieur à celui pratiqué dans la sous-région), soit en prenant en charge ces coûts sur d'autres fonds extérieurs. Pour autant que le caractère temporaire de cet apport extérieur soit objectivé et que des ressources structurelles soient identifiées, la pérennité des mutuelles ne sera pas mise en question. Dans le même sens, tout ce qui peut faciliter le travail des responsables, notamment la mise à disposition de moyens de transport (vélos) pourra contribuer à la dynamique des mutuelles et à la motivation des responsables sans pour autant constituer des investissements lourds ou récurrents.
- *Planification des activités au sein des mutuelles.* Depuis la fin de l'année 2005, des plans d'actions annuels sont élaborés au sein de chacune des mutuelles, avec l'appui de Nantes Guinée. Il faudrait veiller à ce que ces plans d'action et les processus d'élaboration et de suivi qui l'accompagnent, ne se limitent pas à une approche purement pragmatique mais s'accompagne d'une prise de conscience progressive des alternatives possibles pour répondre à chacun des problèmes constatés.

- *Réflexion sur la non substitution et le désengagement progressif.* Une réflexion globale, notamment dans le cadre de voyages d'études, pourrait contribuer à ce que les membres guinéens de l'équipe (en particulier) puissent échanger sur les formes d'accompagnement des mutuelles de santé (non substitution et désengagement progressif). Nous reviendrons également sur le principe de non substitution dans la partie 3.3.
- *Techniques d'animation/sensibilisation.* Les techniques de formations utilisées par Nantes Guinée pourraient être diversifiées et enrichies par l'utilisation de supports visuels notamment. Ici encore des formations spécifiques pourraient être bénéfiques pour les membres de Nantes Guinée. Par ailleurs, ce sujet (animation/sensibilisation dans les mutuelles de santé) n'a jusqu'à présent que peu fait l'objet d'une réflexion globale et encore moins d'une capitalisation de la part des acteurs du développement des mutuelles de santé dans la sous-région. Une contribution originale de ce type de la part de Nantes Guinée constituerait une plus-value importante pour l'ensemble des acteurs (notamment dans le cadre de la Concertation). Le « Guide de capitalisation volet animation » pourrait par exemple être diffusé auprès des membres de la Concertation.

5. La viabilité des mutuelles

A ce stade de leur développement, il n'est pas possible de déterminer si, oui ou non, les mutuelles de santé appuyées par Nantes Guinée sont des structures viables. Par contre, c'est à ce stade que l'on peut déjà dégager les indices, donc les signes apparents, qui permettent d'apprécier dans quelle mesure les mutuelles réunissent les conditions nécessaires à leur viabilité (Fonteneau, 2004). Nous aborderons ici différents aspects de la viabilité d'une mutuelle: la viabilité administrative, la viabilité technique, la viabilité fonctionnelle, la viabilité financière et la viabilité économique. Nous analyserons chacun de ces aspects séparément mais, ces derniers étant liés, nous formulerons seulement en fin de partie une série de recommandations communes à la viabilité des mutuelles.

5.1 Viabilité administrative

Les mutuelles de santé sont des systèmes qui engendrent un indispensable travail administratif (assurer le suivi des adhésions, savoir si les cotisations sont payées, ne pas prendre en charge quelqu'un qui n'a pas droit aux prestations par exemple). Etudier les indicateurs relatifs à la viabilité administrative permet notamment de mettre en évidence certaines carences de gestion (BIT-STEP/CIDR, 2002, p. 48).

La gestion administrative des mutuelles a fait l'objet d'une grande attention au sein de Nantes Guinée. On peut mentionner la création et l'utilisation d'outils administratifs originaux, notamment mis en place suite au travail d'une stagiaire

étudiante en sciences de gestion (Bureau, 2002-2003). Par ailleurs, un travail de capitalisation a été réalisé en septembre 2005 (Capitalisation du volet Gestion, 2005) et « vise à faire le point sur la démarche et les outils développés depuis 2003 afin de voir, ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et faire des propositions pour la suite » (Capitalisation du volet Gestion, 2005, p. 4). Notons enfin que lors du Forum 2004 de la Concertation à Bamako, l'équipe de Nantes Guinée a eu l'occasion de présenter les outils de gestion développés lors d'une séance plénière consacrée à ce thème. Dans son introduction, le document de capitalisation réalisé par Nantes Guinée mentionne que « la stratégie choisie par le projet est de développer des outils en fonction des réalités des mutuelles et au niveau de technicité des responsables concernés. Et ce, afin de garantir de leur part une appropriation maximale » (Capitalisation du volet Gestion, 2005, p. 4). Que peut-on constater à ce sujet?

Dans les deux mutuelles, il existe donc des outils de gestion, ils sont utilisés par les responsables et semblent maîtrisés par des responsables des bureaux exécutifs (particulièrement les trésoriers dans les deux cas). Certains points devraient faire l'objet d'une attention particulière. Ainsi, à la MAUGO, il est regrettable qu'il n'existe pas de registre reprenant l'ensemble des bénéficiaires de la mutuelle (ils sont repris dans des cahiers séparés par groupements): cela permettrait d'avoir une vision globale du membership de la mutuelle et de pouvoir ainsi en assurer un meilleur suivi. A la MUGTM, l'absence d'un cahier de banque est à relever. A ce sujet, il est d'ailleurs surtout préoccupant de constater que les responsables du bureau exécutif ne semblaient pas voir cette absence d'outils comme un risque éventuel (erreur, fraude de la part de la Banque) pour la mutuelle.

Le document de capitalisation fait état d'un certain nombre de problèmes dans l'utilisation des outils de gestion. Parmi ces difficultés, relevons notamment: la non différenciation des droits d'adhésion et cotisations dans l'écriture (registre d'adhésion et de cotisation au niveau du magasin de l'UGTM), l'inscription de date de versement des cotisations ne permettant pas de savoir quand commence et se termine la période d'observation, la non écriture systématique de reçu par les collecteurs (considéré comme une surcharge de travail), etc. Selon le document de capitalisation, l'appropriation des outils de gestion est plus facile à Gongoré qu'à Timbi Madina (essentiellement par ce que les personnes se trouvent être plus disponibles). Dans le cadre de cette évaluation, nous avons pu constater que les outils étaient en effet relativement bien tenus (remplis au crayon, puis mis au net après supervision de l'équipe de Nantes Guinée). Hormis ce qui a déjà été relevé, certains problèmes sont en effet parfois à constater, soit dans le remplissage (confusion entre des colonnes, âge au lieu de l'année de naissance, etc.), soit dans le délai de remplissage (du à des absences et/ou à une mauvaise transmission d'information à d'autres responsables; cf. les problèmes dans l'enregistrement des

cotisations à la MUGTM dus à un manque de transmission d'information entre le trésorier et la présidente).

Appréciation générale

Comme dans beaucoup de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest, on constate donc que les outils sont généralement bien conçus et adaptés à la technicité des responsables qui sont d'ailleurs systématiquement formés par Nantes Guinée à leur utilisation. De plus, le suivi continu et de proximité assuré par Nantes Guinée permet de relever et de rectifier à temps les erreurs constatées. Comme ailleurs, les problèmes rencontrés dans l'utilisation de ces outils de gestion relèvent pour une grande part des difficultés de fonctionnement des organes de gestion des mutuelles: absentéisme, démotivation, capacités limitées, manque de continuité dans la gestion, etc.

Il est à noter positivement le souci de Nantes Guinée de veiller à améliorer les outils de gestion ou de changer au besoin les procédures en place pour rendre l'utilisation des outils plus facile par les responsables tout en gardant la rigueur nécessaire à la bonne gestion des mutuelles. L'attention apportée à la gestion administrative et au suivi de la gestion administrative (y compris dans une logique de capitalisation) ne se retrouve pas dans toutes les structures d'appui présentes dans la sous-région.

5.2 Viabilité technique

L'appréciation de la viabilité technique se fait à partir de l'analyse de la qualité du portefeuille de risques des mutuelles de santé. Cela revient essentiellement à apprécier le degré de maîtrise d'un ensemble de risques classiquement inhérents à l'assurance: la sélection adverse, le risque moral (surconsommation), la surprescription, la fraude et les cas catastrophiques. Nous reprenons dans le tableau ci-dessous ces différents risques, leur définition et les mesures possibles contre chacun de ces risques (voir e.a. BIT-STEP/CIDR, 2002).

Tableau 4 Risques liés à l'assurance. (Source: STEP/CIDR, 2002; Fonteneau et al., 2004)

Risque	Définition du risque	Mesures possibles contre ce risque
La sélection adverse	On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent nombreuses à la micro assurance santé, et lorsque les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier. Cette situation peut compromettre la viabilité financière par un niveau de dépenses trop élevé par membre affilié.	<ul style="list-style-type: none"> - Obligation d'inscription familiale - Taille du groupe-cible - Incitants à l'adhésion de groupes - Adhésion automatique - Période d'observation - Entente préalable⁵
Le risque moral	Le risque moral est le phénomène souvent constaté suivant lequel les membres ou leurs personnes à charge ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés de manière à rentabiliser au maximum les cotisations versées.	<ul style="list-style-type: none"> - Ticket modérateur ou franchise - Système de référence obligatoire
La fraude et les abus	<p>Une MAS est exposée aux risques de fraudes et d'abus de ses adhérents, surtout lorsqu'elle est de taille importante. Les fraudes et abus résultent souvent de la pression qui peut s'exercer sur un adhérent de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage.</p> <p>Il peut se produire également qu'un adhérent opère une sélection au sein de sa famille en ne cotisant pas pour tous les enfants, par exemple. Lorsque l'un de ceux qui ne sont pas couverts tombe malade, la tentation est grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte d'adhérent auprès du personnel de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence/fonctionnement d'un système de lettre de garantie - Contrôle post-consultation - Garanties d'identification du bénéficiaire (ex: photo sur la carte d'adhérents)
Le risque de surprescription	Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du fait qu'il sait qu'il est assuré.	<ul style="list-style-type: none"> - Standardisation des schémas de traitement/Protocole thérapeutique - Obligation de prescription de MEG - Plafond dans la couverture de soins

⁵ Mécanisme selon lequel l'adhérent ou le prestataire doit obtenir, pour que la couverture s'exerce, une autorisation de prise en charge de la mutuelle avant que les soins ne soient dispensés.

Les cas catastrophiques (ex: épidémies, etc.)	Ce risque concerne les micro assurances santé qui couvrent les gros risques, sans plafonnement des prises en charge. Il peut intervenir lorsqu'une micro assurance santé débute ses activités (si une dépense de santé exceptionnellement élevée survient à ce moment) ou si elle est confrontée à une épidémie ou autre.	Constitution de réserves financières - Accès à un fonds de garanties - Réassurance - Plafond de remboursement - Exclusion de certains membres
---	---	---

Sélection adverse: mesures prises et problèmes constatés

En raison de leur caractère fermé, la MUGTM et la MAUGO sont soumises à un risque potentiel de sélection adverse. D'une part parce que le groupe-cible est limité en termes de nombre (aux membres des groupements de l'UGTM et de l'AUZ) mais aussi en termes de profils parce qu'il est possible que ces deux groupes-cibles (surtout des femmes à la MAUGO et des personnes actives dans le secteur agricole dans les deux cas) présentent des risques particuliers de santé, plus élevés que le reste de la population (risques liés à la maternité, accidents de travail et maladies professionnelles, etc.). Pour contrebalancer ce risque, il a été envisagé, à la création de la MUGTM en particulier, de rendre l'adhésion obligatoire pour tous les membres de groupements de l'UGTM ou au moins ceux qui bénéficiaient de crédits d'intrants. Cette mesure n'a jamais été mise en place et semble, aux dires des responsables de la mutuelle, toujours peu envisageable à ce jour. Les membres ne sont également pas obligés d'inscrire tous les membres de leur famille mais au minimum deux d'entre eux à la MAUGO (application réelle de cette règle?). Dans les deux mutuelles, une période d'observation de trois mois a été prévue.

Le ratio de sinistralité de la MUGTM pourrait être un indice de sélection adverse avérée. Nous verrons plus loin que d'autres éléments explicatifs existants nous font penser que la sélection adverse n'est probablement pas l'explication – ou du moins certainement pas principale – à ce fort ratio. Bien que dans une plus faible proportion, le ratio de sinistralité de la MAUGO pourrait également être un signe de sélection adverse avérée.

Risque moral (surconsommation par les bénéficiaires): mesures prises et problèmes constatés

La MAUGO et la MUGTM prennent en charge les bénéficiaires à 100% pour la plupart des prestations (y compris les médicaments) et sans limites d'utilisation. Or, une prise en charge à 100% peut inciter à la surconsommation des services de santé. Devant le fort indice d'utilisation des services du CMP (indice qui ne témoigne pas nécessairement d'une surconsommation dans ce cas mais peut-être de la comptabilisation de non mutualistes dans les consultations du CMP), le bureau

exécutif de la MUGTM dit vouloir instaurer des limites (plafond de prise en charge ou limitation du nombre de prises en charge). Cependant, notons que le manque de contrôle et d'information sur le CMP à ce jour rend l'évaluation de la surconsommation par les bénéficiaires relativement difficile. A la MAUGO, des cas ponctuels de surconsommation sont constatés, essentiellement dus à certaines exigences de prescriptions de la part des patients (injections à la place de comprimés par exemple; cf. Bilan 2004 de la MAUGO).

Fraude et abus: mesures prises et problèmes constatés

Peu de cas de fraudes et d'abus semblent être reportés au sein de chacune des mutuelles. Des problèmes liés à l'identification des bénéficiaires (source potentielle de fraude) sont constatés et pour certains, en voie d'être résolus. A la MAUGO notamment, les cartes de membres ne comportaient jusqu'il y a peu pas de numéro de bénéficiaires (ce qui a été modifié par l'impression de nouvelles cartes) et ne comportent pas de photos de chaque bénéficiaire (pourtant prévu dans le règlement intérieur de la MAUGO). En l'absence d'autres types de contrôle (généralement lourd en termes pratiques, comme l'obtention d'une lettre de garantie à obtenir avant de se faire soigner), le risque de fraude et d'abus est relativement élevé. Interrogés, les prestataires de soins (du centre de santé de Timbi Madina en particulier) ne semblaient pas effectuer de contrôle particulier sur l'identité des bénéficiaires pris en charge par la mutuelle. Les mutuelles n'ont également mis en place aucun mécanisme de contrôle à posteriori sur l'identité des patients.

Ce risque est d'autant plus élevé que l'adhésion ne semble pas toujours se faire sur une base familiale (règle implicite: le règlement intérieur ne l'oblige d'ailleurs pas); certaines personnes issus de différentes familles se regroupant pour bénéficier de cotisations dégressives (en fonction du nombre de personnes prises en charge). A Timbi Madina, ce constat avait également été fait lors des deux premiers exercices, ce qui avait entraîné la décision d'annuler le principe de dégressivité pour les exercices suivants (Document de capitalisation, 2005,p. 7).

Surprescription: mesures prises et problèmes constatés

Dans les rapports d'activités de Nantes Guinée (juillet/septembre 2005), l'existence de ce risque est mentionné pour le CMP (en raison du fort indice d'utilisation des services). De même, le document de capitalisation de gestion (2005, p.26) relève que le médecin du CMP ne fournit pas toutes les factures d'achat des médicaments; ce qui rend difficile l'établissement des fiches de suivi des médicaments. Pour la MAUGO, les cas de surprescription constatés (particulièrement pour certains postes de santé) étaient liés à la non volonté des infirmiers en poste de respecter les tarifs en vigueur et inscrits dans la convention. La mise à l'écart de ce personnel (notamment après intervention du centre de santé de

Gongoré) devrait avoir résolu le problème. Dans les deux mutuelles, il faut tout de même signaler que les coûts moyens des ordonnances sont supérieurs à ceux observés dans la préfecture (rapport monitoring 1^{er} semestre 2005).

Peu de mesures ont été explicitement prises contre la surprescription. Le choix de la prescription en MEG par exemple est fondé sur un choix politique et de maîtrise des coûts et non pour limiter la prescription en particulier. Ajoutons à cela que les tarifs variables des médicaments pratiqués dans les centres de santé actuellement et l'évolution des prix des médicaments rendent difficile la maîtrise des coûts de manière générale et le contrôle de la surprescription en particulier. Par ailleurs, aucune des deux mutuelles ne dispose de compétences techniques (médecin-conseil) pour leur permettre d'apprécier d'éventuels problèmes liés à la surprescription ou à la qualité des soins de manière générale.

Cas catastrophiques: mesures prises et problèmes constatés

Aucun des deux règlements intérieurs ne mentionne des mesures liées à des cas catastrophiques ou autres épidémies. Aucun cas de ce genre ne s'est non plus déclaré à ce jour.

Appréciation générale

Le niveau de protection contre les risques de la MUGTM et de la MAUGO correspond dans une grande mesure à ce que l'on peut constater dans les autres mutuelles de la sous-région (Fonteneau, 2004 & Fonteneau et al, 2005).

Deux risques devraient particulièrement faire l'objet d'attention: d'une part la sélection adverse (notamment en raison de la taille limitée du groupe-cible) et d'autre part le risque moral, tant dans le chef des bénéficiaires (surconsommation) que dans le chef des prestataires (surprescription). Seules des données partielles (dans les deux mutuelles, le coût moyen des ordonnances est supérieur à ceux observés dans la préfecture; cf rapport monitoring 1^{er} semestre 2005) permettent d'affirmer que ces deux risques sont actuellement existants. Il s'agit surtout de trouver des mécanismes de contrôle et des bases de calculs permettant de mieux pouvoir contrôler qu'à l'heure actuelle si ce risque se présente ou non.

5.3 Viabilité fonctionnelle

La viabilité fonctionnelle vise à apprécier la « bonne marche de l'assurance santé », à savoir si le système suscite l'adhésion réelle, collecte les cotisations, accorde une couverture des dépenses de santé de ses bénéficiaires (BIT-STEP/CIDR, 2002, p. 63). Plusieurs indicateurs peuvent donner une idée du niveau de viabilité fonctionnelle d'une mutuelle: le taux de croissance brute, le taux de fidélisation/taux

de recouvrement des cotisations, le taux de croissance interne/externe, le taux de pénétration,⁶ le délai moyen de paiement des prestataires. Nous apprécierons la viabilité fonctionnelle des mutuelles étudiées ici en nous intéressant particulièrement à la dynamique d'adhésion. Notons que les indicateurs et/ou les bases de calculs sont issus des documents de Nantes Guinée (particulièrement les rapports trimestriels).

Le taux de croissance brute permet d'apprécier l'évolution des adhésions et du nombre de bénéficiaires et par conséquent de la taille moyenne des familles. Que peut-on observer dans le cas des mutuelles de Timbi Madina et de Gongoré?

Tableau 5 Taux de croissance de la MUGTM. Pour le troisième exercice, la campagne était toujours en cours au moment de l'évaluation. Les chiffres repris ici sont arrêtés à la date du 14 septembre 2005; voir Rapport Nantes Guinée, 2005, Juillet/Septembre)

	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice	Taux de croissance	3 ^{ème} exercice
	2003-2004	2004-2005		2005-2006
Adhérents	260	288	10,7%	136
Bénéficiaires	1054	1252	18,7%	598
Taille moyenne des ménages	4	4,3	7,5%	4,3

Tableau 6 Taux de croissance de la MAUGO. Situation au 14 septembre 2005

	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice	Taux de croissance
	2004	2004	
Adhérents	424	351	-17,2%
Bénéficiaires	577	1040	+ 80,2%
Taille moyenne des ménages	1,4	3	+ 350%

Qu'en est-il du taux de pénétration? Les mutuelles de Timbi Madina et de Gongoré sont accessibles à des groupes-cibles très circonscrits, à savoir respectivement les membres de l'UGTM et les membres de l'association des unions de zones de Gongoré. Le nombre de personnes constituant le groupe-cible est calculé sur base du nombre de membres de ces groupements. En l'absence d'informations, le nombre total de personnes pouvant potentiellement être pris en charge par la mutuelle (donc, les bénéficiaires) n'entre pas en ligne de compte dans les calculs

⁶ Aucune information n'a pu être collectée dans ce sens. Aux dires des responsables, il semble que le paiement des factures se fait dans les délais prévus par les conventions.

de taux de pénétration. Ajoutons à cela le fait que les chiffres relatifs à la taille des groupes-cibles soient variables selon les sources consultées. Ainsi, comme précisé dans le rapport trimestriel juillet/septembre 2004, le nombre d'adhérents considéré comme constituant le groupe-cible se base sur la logique des groupements (toute personne membre des groupement) et non sur la logique de l'UGTM (toute personne des groupement bénéficiant d'un crédit intrant). Dans ce rapport, il est également mentionné que les groupements ont du mal à estimer leurs effectifs avec précision.

Tableau 7 Taux de pénétration – Mutuelle de Gongoré

	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice	Taux de croissance
	2004	2005	
Nombre d'adhérents	424	351	-17,2%
Population-cible	1553	1462	-
Taux de pénétration	27,3%	24%	-12,2%

Tableau 8 Taux de pénétration – Mutuelle de Timbi Madina

	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice	Taux de croissance	3 ^{ème} exercice
	2003-2004	2004-2005		2005-2006
Adhérents	260	288	10,7%	136
Population-cible	1130	757	-	757
Taux de pénétration	23%	38%	+ 65%	18,3%

Qu'en est-il maintenant du taux de fidélisation des membres? Toute chose étant égale par ailleurs, le taux de fidélisation des membres est un indicateur très utile pour juger de la satisfaction des membres par rapport aux services proposés par la mutuelle et/ou par rapport à l'accessibilité de ces services (niveau de la cotisation). Dans le cas des mutuelles dans lesquelles la cotisation est principalement payée de manière annuelle, le taux de fidélisation est un indicateur plus pertinent que le taux de recouvrement des cotisations. Le taux de fidélisation est égal au pourcentage d'anciens adhérents qui ont renouvelé leur adhésion (CIDR/STEP, 2002). Nous ne pouvons ici considérer que les deux premiers exercices des mutuelles. De 2005 à 2004, le taux de fidélisation de la MUGTM est estimé à 92% tandis que celui de la MAUGO est estimé à 59% (Bilan des mutuelles 2004 et 2005, mars 2005).

Appréciation générale

Sur la base de ces indicateurs, on peut tout d'abord constater que les premières dynamiques d'adhésions des mutuelles de Gongoré et de Timbi Madina sont relativement bonnes, particulièrement pour des mutuelles très jeunes. En effet, il ne va pas de soi de pouvoir mobiliser dès la création d'une mutuelle près de 1000 bénéficiaires comme c'est le cas dans les deux mutuelles. Pour la MUGTM, ce fort taux d'adhésion peut s'expliquer par le fait qu'il existait auparavant un système d'accès au Cabinet Médical Paysan de type mutualiste. Mais les constats similaires que l'on peut faire pour la MAUGO tendent à faire penser que les systèmes d'assurance répondaient d'une part à un besoin existant et que d'autre part, les adhérents ont confiance dans les initiateurs des mutuelles (Association des Unions de Zones, UGTM et Nantes Guinée).

La fidélisation des membres semble plus problématique puisque qu'une décroissance des membres est observée dans les deux mutuelles et particulièrement celle de Gongoré. Mais cette décroissance des membres s'explique par un autre phénomène. A la MAUGO, on observe une décroissance des membres mais pas du nombre de bénéficiaires. Ce phénomène, identifié par Nantes Guinée, s'explique par le fait que la logique d'adhésion par ménage n'est pas suivie (voir section sur la viabilité technique) par les adhérents afin de bénéficier de tarifs dégressifs en fonction du nombre de bénéficiaires inscrits. On peut également relever un déficit d'information qui pourrait expliquer la faible fidélisation des membres. Ainsi, beaucoup de personnes (y compris des responsables de groupes) ne savaient pas, à notre passage, que la période de réaffiliation (« recotisation ») avait démarré.

Les premiers résultats des campagnes pour le troisième exercice laisse cependant entrevoir des difficultés particulières. Dans le cas de la MUGTM, la diminution du nombre de bénéficiaires est expliquée par les membres et les responsables comme une conséquence de la mauvaise récolte de pommes de terre (dont la vente constitue leur principale source de revenus) et la difficulté conséquente que rencontrent les adhérents pour rembourser les crédits. Le fait que l'adhésion ne se fasse pas sur une base familiale (signifiant que le paiement des cotisations implique la volonté et la capacité de certains bénéficiaires eux-mêmes) pourrait aggraver cette situation. Par ailleurs, il est noté une relative insatisfaction par rapport aux services dispensés. En effet, l'absentéisme constaté du médecin du CMP (et, le cas échéant, leur insatisfaction ou non souhait à se faire soigner au centre de santé de Timbi Madina) semble avoir été pour certains (anciens) adhérents une raison pour ne pas renouveler leur adhésion. Ce cas de figure est particulièrement aggravé quand cette situation se combine avec une distance considérée comme importante entre le domicile et le centre de santé. Certains membres de groupements interrogés (Sonké, Tiapatha) évoquaient cette raison

particulière pour expliquer la diminution des adhésions en leur sein. En effet, dans de tels cas, le déplacement même représente déjà un coût ou un manque à gagner particulièrement ressenti comme lourd quand il n'est pas associé à la possibilité de se faire soigner dans les conditions annoncées par l'assurance mise en place. Ces groupements « éloignés » du Cabinet Médical Paysan plaident pour que des consultations soient organisées dans leurs villages ou, du moins, plus à proximité de leur domicile.

D'autres éléments pourraient expliquer la diminution des adhérents. En effet, dans les deux mutuelles, les cotisations ont été modifiées à la hausse (et dans le cas de MAUGO cette cotisation a déjà connu plusieurs variations à la hausse ou à la baisse). Cette instabilité, même si elle est l'issue d'une logique de viabilité, n'est probablement pas perçue comme un indice de confiance dans le chef des adhérents, voire conduit à décourager certains d'adhérer ou de renouveler leur adhésion. Par ailleurs, il faudrait s'assurer que les niveaux de cotisations (particulièrement à la MAUGO) ont été correctement estimés, au risque d'exclure une partie du groupe-cible.

Les adhésions dépendent également beaucoup du dynamisme de chaque groupement d'une part et du travail que les responsables de la mutuelle font en termes d'animation et de sensibilisation d'autre part. Dans le cas de MAUGO en particulier, la dynamique des groupements semble en nette diminution. Des entretiens menés, il découle en effet une impression que, du point de vue de l'activité économique des membres, ces groupements n'ont peut-être plus - ou moins - de raisons d'être que par le passé. Combiné à une crise de confiance dans les instances supérieures (unions de zones et association des unions de zone), cet état de fait pourrait expliquer une plus faible dynamique d'adhésion. A Gongoré, la dispersion des villages ne facilite pas non plus le travail d'animation et de sensibilisation que les responsables de la mutuelle ont à assurer pour favoriser les adhésions et maintenir le lien avec les groupements et les bénéficiaires de la mutuelle. La situation de ces responsables, bénévoles et sans moyens de déplacement, ne favorise certainement pas la dynamique d'adhésion et le maintien de la confiance entre les adhérents et la mutuelle.

Enfin, notons qu'un facteur extérieur, à savoir le grave problème d'approvisionnement et d'accessibilité aux médicaments que connaît actuellement toute la Guinée a sans aucun doute un effet sur la satisfaction des membres et leur adhésion à la mutuelle. Dans le discours des membres, ce problème d'accès aux médicaments est autant associé aux centres de santé qu'à la mutuelle, cette dernière étant alors vue comme devant contribuer à trouver des solutions à cet égard.

5.4 Viabilité financière

L'appréciation de la viabilité financière s'appuie sur les outils de gestion comptable et financière. Trois questions de base peuvent en théorie y trouver des réponses. Le système de micro-assurance santé est-il solvable? Les cotisations permettent-elles de financer l'activité? Les cotisations sont-elles essentiellement utilisées au paiement des prestations? (Fonteneau et al., 2004).

Pour l'évaluation de la viabilité financière, nous avons analysé les ratios suivants: ratio de liquidité immédiate, ratio de capitaux propres, ratio de sinistralité, ratio de cotisation acquises/charges. Les taux de réserve n'ont pas été calculés car aucune décision n'avait été prise concernant l'affectation des excédents. Pour ce faire, nous avons utilisé les comptes de résultats et les bilans de chaque mutuelle, tel qu'établis par Nantes Guinée pour chacune des mutuelles⁷.

Nous verrons d'abord l'évolution de ces différents ratios pour la MUGTM, puis pour la MAUGO.

La MUGTM entame sa troisième année d'exercice comptable. Nous passerons en revue les différents comptes et bilans avant de tirer une conclusion globale. Pour coller au cycle économique de ses membres, la MUGTM a fait le choix d'établir son année comptable du 1^{er} juin au 31 mai.

Pour son premier exercice la mutuelle présente un compte de résultats⁸ équilibré en Charges /Produits de 12 404 000 FG, avec un excédent d'exploitation de 1 009 653 FG et une subvention d'exploitation de 400 000 FG. Pour l'exercice 2004 – 2005 la mutuelle présente également un compte de résultats⁹ équilibré en Charges /Produits de 12 911 450 contre 12 404 000 pour l'exercice précédent soit une augmentation de 4,09%, avec un excédent d'exploitation de 933 957 FG et une subvention d'exploitation de 813 450 FG.

⁷ Dans les calculs qui vont suivre, des écarts seront constatés par rapport aux différents rapports établis par Nantes Guinée. Ces écarts portent surtout sur la prise en compte des cotisations non encaissées comme produit, or en la matière il s'agit de provision à venir (peut être).

⁸ Voir rapport Bilan MUGTM – CMP 2003 – 2004.

⁹ Voir rapport Bilan MUGTM – CMP 2004 – 2005.

Tableau 9 MUGTM - ratio de liquidité immédiate (avoirs en caisse+avoirs en banque)/Dettes à court terme

Ratio de liquidité immédiate – MUGTM		
	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice
Avoirs en caisse	337 350	832 450
Avoirs en banque	123 8353	1 962 460
Dettes à court terme	101 050	214 400
Ratio de liquidité immédiate	15,59	13,03

Les ressources disponibles sont 15 fois supérieures aux dettes à court terme pour le premier exercice et de 13 fois supérieures pour le second exercice.

Tableau 10 MUGTM - ratio de capitaux propres (capitaux propres / dettes)

Ratio de capitaux propres – MUGTM		
	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice
Capitaux propres	1 009 653	1 943 610
Dettes à court terme	101 050	214 400
Ratio decapitaux propres	9,99	9,07

Pour les deux exercices, la mutuelle dispose de suffisamment de ressources pour faire face à l'ensemble de ses engagements.

Tableau 11 MUGTM: Ratio de sinistralité (RS): Prestations totales / cotisations acquises

Ratio de sinistralité – MUGTM		
	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice
Prestations totales	10 148 700	10 533 750
Cotisations acquises	10 432 000	11 425 000
Ratio de sinistralité	0,97	0,92

Pour le premier exercice, on constate déjà un ratio de sinistralité très élevé: les cotisations servent presque exclusivement à honorer les prestations. La mutuelle court le risque d'un déséquilibre financier. Ce ratio est sous l'influence de deux facteurs: l'utilisation des services et les coûts moyens des services. Pour le second exercice, le ratio de sinistralité reste très élevé bien qu'en légère diminution par rapport à l'exercice précédent.

Ce ratio est donc à mettre en parallèle avec l'indice d'utilisation des services qui est de 2,3 pour le premier exercice et de 1,85 pour le second exercice. Ces deux

ratios sont élevés, ce qui est positif dans un sens et pourrait s'expliquer par l'important effort d'information et de sensibilisation qui a favorisé les consultations par les membres. Cependant, dans les deux cas, ces indices sont particulièrement élevés quand on sait que dans la sous région, on atteint difficilement 1 contact par personne assurée et par an.

En 2003-2004, le coût moyen de la prise en charge au CMP était de 3 217 FG, au Centre de Santé de Timbi de 10 580 FG, au C.S. E. Bachir 4 878 FG, à l'Hôpital de Pita 4 860 FG et à l'Hôpital de Labé de 7 660 FG. En 2004 – 2005 cette moyenne était de 3 503 FG au CMP; de 3 875 FG au CSE Bachir; de 4 515 FG au Centre de Santé de Timbi Madina; de 4 415 FG à l'Hôpital de Pita et de 30 250 FG à l'Hôpital Régional de Labé. Là aussi on est au-dessus de la moyenne préfectorale, ce qui pourrait signifier une surprescription pour les mutualistes. En effet, lors du monitoring de juillet 2005 (Rapport du 1^{er} comité technique préfectoral de la santé 2005 de Pita), le coût moyen de la prise en charge dans la préfecture de Pita était de 949 FG, celui de Timbi Madina était de 1 022 FG. Au regard de ces données, les coûts moyens de prise en charge des mutualistes (hors hôpitaux) paraissent très élevés.

Tableau 12 MUGTM - Ratio de cotisation acquise/charge

Ratio de cotisations acquises / charges – MUGTM		
	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice
Cotisations acquises	10 432 000	11 425 000
Charge	11 394 347	11 977 493
Ratio de sinistralité	0,92	0,95

Pour les deux exercices, il ressort de ce ratio que la mutuelle ne peut honorer l'ensemble des charges à partir des seules cotisations. Le recours à d'autres ressources devient alors indispensable.

L'exercice 2005-2006 n'étant pas clos, nous nous limiterons sur quelques observations émises dans le rapport d'étape 2005 – 2006 produit par Nantes Guinée. Il ressort de ce rapport les principales observations suivantes:

- Sur 8 328 000 FG de cotisations émises, seul 30% ont été effectivement recouvrées (période de début de réaffiliation. Il semble que l'UGTM souhaite avoir un détail sur les justificatifs antérieurs de la mutuelle avant de procéder à un nouveau transfert financier.
- Sur les dépenses engagées, il y a aussi des difficultés à établir une situation claire car le CMP n'a pas fait de demande de remboursement depuis septembre 2005 inclus. D'après les estimations de Nantes Guinée, l'ensemble des

dépenses (engagées et celles à venir) pour le début de la période jusqu'à 30 novembre s'établira à 6 959 750 FG soit 84% des cotisations émises.

- A ce stade la mutuelle est virtuellement en cessation de paiement, au vu de ses ressources propres. Même si 100% des cotisations émises étaient recouvrées, cette année sera très certainement une année de déficit pour la mutuelle.

Contrairement à la MUGTM, l'exercice comptable de la MAUGO s'étale sur l'année calendaire: janvier – décembre. Cette mutuelle est plus jeune (elle a démarré ces activités en 2004) et nous ne disposons donc que d'une seule année complète pour notre analyse (l'exercice 2005 n'étant pas bouclé au moment de l'évaluation). Les données relatives à la consommation médicale pour la MAUGO ne sont pas aussi détaillées que pour la MUGTM, ce qui limite l'analyse que l'on peut en faire.

Pour son premier exercice la mutuelle présente un compte de résultat¹⁰ équilibré en Charges /Produits de 4 357 000 FG, avec un excédent d'exploitation de 1 827 700 FG et une subvention d'exploitation de 700 000 FG. Les résultats relatifs au second exercice n'étaient pas encore disponibles au moment de l'évaluation.

Les ratios de liquidité immédiate et de capitaux propres sont sans objet pour la MAUGO puisque, à la clôture de l'exercice, la mutuelle n'avait aucune dette.

Tableau 13 MUGTM: Ratio de sinistralité (RS): Prestations totales / cotisations acquises

Ratio de sinistralité – MAUGO	
	1 ^{er} exercice
Prestations totales	1 434 600
Cotisations acquises	2 737 000

Bien que meilleur que ceux de Timbi Madina, le ratio de la MAUGO peut paraître élevé comparativement à ceux qu'on observe dans la sous région. L'indice d'utilisation de la consultation curative est de 1,49, ce qui est plus bas que ceux constaté pour la MUGTM mais très élevé par rapport à celui de la préfecture (Hôpital Préfectoral de Pita, Monitoring du premier semestre 2005).

¹⁰ Voir rapport Bilan MAUGO 2004.

Tableau 14 MAUGO - Ratio de cotisation acquise/charge

Ratio de cotisations acquises / charges	
	1 ^{er} exercice
Cotisations acquises	2 737 000
Charges	2 489 300
Ratio de sinistralité	1,10

Les cotisations perçues par la MAUGO permettent donc de couvrir l'ensemble des charges.

L'année n'étant pas terminée, les données de l'exercice 2005 ne sont pas totalement disponibles et ne permettent donc pas le calcul des ratios pour le second exercice.

On peut cependant noter:

- un recouvrement à 100% des cotisations (soit 2 912 500 FG);
- au 30 septembre les dépenses de prestations s'élevaient à 1 864 250 FG (en notant qu'en janvier et février la mutuelle n'a procédé à aucune prise en charge);
- au 30 septembre 2005, 64% des cotisations acquises étaient déjà consommées par les prestations, contre 52% pour toute l'année 2004, cela dénote d'une augmentation importante de la consommation médicale.

Appréciation générale

Habituellement, les mutuelles en création « bénéficient » d'une sous utilisation des services (période d'apprentissage de l'assurance par les mutualistes). Cette période (1, 2 voire 3 ans) est mise à profit pour constituer les premières réserves. Visiblement la MUGTM n'a pas bénéficié de cette situation. Elle s'est retrouvée très vite avec des ratios de sinistralité très élevés 97% la première année et 92% la deuxième année, avec des indices d'utilisation des services exceptionnels. Il s'agit là d'indicateurs extrêmes. A titre de comparaison et même si le paquet de prestations n'est pas le même, les ratios de sinistralité dans les mutuelles appuyées par le CIDR¹¹ (malgré leur âge) oscillent entre 10 et 60%. De même l'indice d'utilisation des services dans la préfecture est estimé entre 0,58 et 0,17 contacts par personne et par an.¹² Qu'est ce qui peut expliquer cette situation? Il peut s'agir:

- d'une sur consommation par les mutualistes, la prise en charge des soins à 100% pouvant être un facteur incitatif;
- d'une fraude organisée, notamment une bonne partie des bénéficiaires de soins le ferait sous fausse identité (substitution d'identité);
- d'une fausse déclaration des prestataires de soins.

¹¹ Entretien avec Cécé Bamou, CIDR.

¹² Rapport du 1^{er} Comité Technique préfectoral de la santé 2005 (Pita).

La MAUGO a bénéficié d'un meilleur début en terme d'équilibre financier que la MUGTM. Mais l'année 2005 s'annonce aussi problématique. Il est important de diagnostiquer les raisons de ce déséquilibre à venir. Les pistes à évoquer sont quasiment les mêmes que pour la MUGTM, si ce n'est que la MAUGO a connu plusieurs niveaux de cotisations, pour lesquels on peut légitimement se poser la question de savoir si l'ensemble des décisions ont été mûrement réfléchies et évaluées.

5.5 Viabilité économique

Pour apprécier la viabilité économique des deux mutuelles, nous analyserons la notion de coût caché, son impact sur l'équilibre économique de la mutuelle et nous évaluerons le taux de financement propre.

Nantes Guinée dispose à Timbi Madina d'une équipe permanente d'appui, qui a évolué dans le temps et qui est maintenant de trois personnes. Cette équipe consacre quasiment tout son temps à l'appui aux mutuelles, en dehors d'une infime partie consacrée au projet lui-même. Cette équipe reçoit, elle-même deux types de soutien: à Conakry (où la chef de projet et le logisticien répondent à des demandes spécifiques) et à Nantes (où les membres de l'association apportent un soutien technique par des missions courtes ou à distance). Ces deux types d'appui ne seront ici pas comptabilisés.

Les coûts cachés estimés sont identifiés et valorisés comme suit:¹³

- Sensibilisation et suivi des adhésions= 5000FG par déplacement x 19 groupements=95 000 FG;
- suivi des références= 3 déplacements x 12 mois x 6000 FG =216 000 FG;
- élaboration des listes des bénéficiaires=8 jours x 5000 FG = 40 000 FG;
- prime du gestionnaire=15000 FG x 12 mois =180 000 FG;
- soit au total= 531 000 FG.

Ces données étant celles de la première année d'exercice de la MUGTM, nous les avons considérées non seulement pour la seconde année d'exercice de la MUGTM mais aussi pour la MAUGO. En effet, il est probable que les différences seront faibles même si pour la MAUGO, les distances à parcourir sont plus importantes.

¹³ Rapport 2003-2004 MUGTM. Nous ne savons pas si les salaires ont été pris en compte dans ce calcul, les autres coûts supportés par les bénévoles n'ont pas non plus été valorisés.

Tableau 15 MUGTM- Taux de financement

Taux de financement - MUGTM		
	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice
Produits propres de la mutuelle (avant subvention)	11 732 000	11 665 000
Total des charges (coûts cachés compris).	11 394 347+531 000	11977493+ 531 000
Taux de financement	98,38%	93,23%

Pour le premier exercice, on constate que la mutuelle n'a pas suffisamment de ressource propre pour couvrir ses charges, y compris les coûts cachés. Pour le second exercice, on constate que les ressources propres de la mutuelle ont baissé alors que les charges ont continué à augmenter. La mutuelle rentre dans une zone de turbulence financière importante.

Si l'on revoit maintenant les ratios de cotisations acquises/charges en prenant en compte les coûts cachés, on arrive aux résultats suivants.

Tableau 16 MUGTM - Ratio de cotisation acquise/charge

Ratio de cotisations acquises / charges (coûts cachés inclus) - MUGTM		
	1 ^{er} exercice	2 ^{ème} exercice
Cotisations acquises	10 432 000	11 425 000
Charges	11 925 347	12 508 493
Ratio de sinistralité	0,88	0,91

Les cotisations acquises sont supérieures à celle de l'année dernière, mais elles ne permettent toujours pas de couvrir l'ensemble des charges.

Voyons maintenant ce qu'il en est des indicateurs relatifs à la viabilité économiques de la MAUGO.

Tableau 17 MAUGO- Taux de financement

Taux de financement – MAUGO	
	1 ^{er} exercice
Produits propres de la mutuelle (avant subvention)	3 587 000
Total des charges (coûts cachés compris).	3 060 000
Taux de financement	117,21%

Ce taux de financement indique que la mutuelle dispose de ressource suffisante pour supporter l'ensemble de ses charges y compris les coûts cachés.

Comme pour la MUGTM, si l'on revoit maintenant les ratios de cotisations acquises/charges en prenant en compte les coûts cachés, on arrive aux résultats suivants.

Tableau 18 MAUGO - Ratio de cotisation acquise/charge

Ratio de cotisations acquises / charges (coûts cachés inclus) – MAUGO	
	1 ^{er} exercice
Cotisations acquises	2 737 000
Charge	3 060 000
Ratio de sinistralité	0,89

Les cotisations seules ne permettent donc pas de supporter l'ensemble des charges. Puisque les ressources générées par les droits d'adhésion vont baisser à partir des années suivantes, la mutuelle devrait s'inquiéter de cette situation.

Analyse d'ensemble

Les ressources propres des deux mutuelles, ne permettent pas de couvrir l'ensemble de leurs charges, notamment si on y ajoute les coûts cachés. Ceci est certainement la situation de la quasi totalité des mutuelles de ce type dans la sous région. En effet il est difficile, voire impensable de faire supporter par les cotisations des mutualistes, l'appui apporté par les différents projets. Ceci n'est envisageable que lorsque la mutualité concernera une masse critique de bénéficiaires et dans le cadre d'unions et ou de fédérations.

➔ **Recommandations spécifiques à la viabilité des mutuelles de santé**

- *Viabilité administrative.* La plupart des recommandations formulées en rapport avec le fonctionnement des mutuelles sont d'application pour ce qui à trait à la viabilité. Ajoutons cependant que les outils de gestion pourraient être traduits en langue peuhl dans la mesure où les responsables sont alphabétisés dans cette langue.

- *Ouvrir le membership des mutuelles.* Pour des raisons évidentes de viabilité, les deux mutuelles auraient intérêt à ouvrir leur membership au-delà des organisations de base (UGTM et AUZ). Les conséquences relatives à cette ouverture du membership devraient faire l'objet d'une attention particulière mais ne peuvent être présentées comme des obstacles insurmontables. Si les responsables des mutuelles acceptent le principe de l'ouverture, une étude de faisabilité devrait être réalisée dans ce sens. Parmi les points d'attention, on pourra retenir: quid de la capacité/volonté contributive du groupe-cible, quid du conventionnement avec d'autres prestataires, quid des conséquences en termes de gestion et de collecte des cotisations, quid des rapports sociaux/rapports de force en termes de leadership, etc. En termes méthodologiques, le Guide produit par le BIT/STEP sur les études de faisabilité (téléchargeable sur le site du BIT/STEP) pourrait contribuer à renouveler l'approche des études menées précédemment par Nantes Guinée, tant en termes techniques qu'en termes de réalisations (implication d'autres acteurs). A Timbi Madina, l'éventuelle concurrence que pourrait présenter cette ouverture pour d'autres mutuelles en constitution (mutuelle communautaire appuyée par la GTZ) devrait également être prise en considération afin de ne pas mettre en péril les deux dynamiques, voire les renforcer.
- *Ouverture du CMP.* Afin de répondre aux attentes et d'assurer la viabilité du CMP (transparence de gestion), ce dernier devrait être ouvert au reste de la population. Les conditions de cette ouverture devraient faire l'objet d'une étude de faisabilité particulière.
- *Contrôler la surconsommation et la surprescription.* Tout en veillant à garder les mutuelles attractives, un ensemble de mesures devrait être envisagé pour décourager le risque moral (surconsommation et surprescription): ticket modérateur, plafond de prise en charge, etc. Les services (à temps partiel) d'un médecin-conseil permettraient également de mieux maîtriser certains coûts ainsi que la qualité des soins dispensée de manière générale.
- *Prévenir les risques de fraude.* Un système d'identification des bénéficiaires devrait être instauré pour prévenir les risques de fraude, tant du côté des prestataires de soins que du côté des mutuelles. De même, il faudrait veiller à ce que l'adhésion se fasse sur une base familiale.
- *Veiller à la satisfaction des bénéficiaires.* De manière permanente, la satisfaction des bénéficiaires doit être garantie, au risque de voir se désaffilier des adhérents ou ne plus les voir payer leur cotisation. A Timbi Madina, les questions liées à la distance entre le CMP et certains bénéficiaires devraient être appréciées dans ce sens et envisagées par une politique de proximité (multiconventionnement).
- *Comprendre les dynamiques d'adhésion.* Pour mieux comprendre les dynamiques d'adhésion, Nantes Guinée devrait mener des enquêtes approfondies sur les causes précises (ponctuelles ou structurelles) de non adhésion et désaffiliation

- ainsi que sur la provenance des ressources servant à payer la cotisation (ressortissants, homme et/ou femmes dans le ménage).
- *Collecte des cotisations.* Les procédures financières entre l'UGTM et la MUGTM doivent être mieux élaborées. Ainsi le circuit financier des différents modes de paiement de cotisations (paiement direct au groupement, paiement au moment de la vente des produits dans les magasins de l'UGTM, etc.) devraient être codifiés par des procédures claires.
 - *Mettre en place des règles prudentielles.* Les assemblées générales de chaque mutuelle doivent déterminer sur l'affectation des excédents, la priorité devant revenir à la constitution des réserves. Le prochain projet doit aussi réfléchir à la mise en place d'un fonds de garantie.

6. Relations avec les autorités sanitaires et services de santé

Dans cette partie, nous allons aborder la question des relations entre les mutuelles de santé et les principaux interlocuteurs de leur environnement, à savoir les services de santé, les prestataires de soins et les autorités sanitaires. Les relations entre les services de santé et les mutuelles sont parties intégrantes du mécanisme d'amélioration de l'accès aux soins. Cependant, les acteurs « classiques » de la santé n'ont pas ou peu été habitués à être en contact avec des patients organisés collectivement. Et ces mêmes patients n'ont généralement pas connu l'expérience de pouvoir dialoguer « d'égal à égal » avec les prestataires de soins. La relation entre prestataires de soins et usagers des services de santé est donc le cadre dans lequel il faut replacer la problématique traitée ici (Fonteneau, 2004; Ouattara & Sissouma, 2004).

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction méthodologique de ce rapport, cette évaluation n'a pas permis d'aborder en profondeur ni avec les outils méthodologiques adéquats la question de la perception de l'offre de soins et la qualité des soins par les bénéficiaires et les non bénéficiaires. Les constats reproduits ici sont donc issus d'entretiens collectifs avec des bénéficiaires ou d'anciens bénéficiaires.

6.1 Les autorités sanitaires préfectorales et régionales

Le rôle des autorités sanitaires est majeur dans l'établissement de bon rapport entre prestataires de soins et mutuelles de santé. La mutualité étant inscrite dans la politique de financement des soins de santé en Guinée, les services déconcentrés de l'Etat sont en effet amenés à suivre ce dossier.

Rarement nous avons eu un exposé assez exhaustif de la situation des mutuelles dans une Région par un Directeur Régional de la Santé (DRS). Le DRS de Mamou et son équipe sont très favorables au développement des mutuelles de santé et

peuvent dresser un portrait exhaustif de la situation des mutuelles, constat que l'on ne fait pas souvent en interviewant des autorités sanitaires. Les autorités sanitaires se disent satisfaits de leur collaboration avec l'association Nantes Guinée et souhaitent l'extension du projet à d'autres sites.

6.2 Les relations entre la MUGTM et les prestataires de soins

La MUGTM a signé des conventions avec plusieurs structures de soins: Le Cabinet Médical Paysan, le Centre de Santé de Timbi Madina et l'Hôpital de Pita. D'autres structures non conventionnées reçoivent des mutualistes: l'hôpital régional de Labé et le C.S.E. Bachir.

Le circuit du patient est le suivant. Tous les patients consultent en première intention le CMP. En cas d'absence du médecin, les patients peuvent consulter le Centre de santé de Timbi et en cas de nécessité (ou si le service n'est pas disponible à Timbi), ils sont référés à Pita ou à Labé. Ces prises en charges fonctionnent au tiers-payant.

Le Cabinet Médical Paysan

L'histoire de la MUGTM est intimement liée à celle du CMP puisque le CMP a précédé la mutuelle dans sa forme actuelle. Le montage actuel place le CMP au niveau de l'UGTM, en tant qu'entité de cette dernière, situation qui semble mal vécue par le médecin.

La MUGTM et le CMP ont signé une convention de tiers-payant. Dans le préambule de cette convention il est expressément noté que « le cabinet médical représente un espace dédié aux soins médicaux primaires et réservé exclusivement aux mutualistes ». De ce fait le CMP doit toute son activité médicale à la MUGTM, qui supporte l'ensemble de ses charges. Cette situation est difficile à maintenir dans une zone où le médecin du CMP est l'un des rares – voire le seul – médecin de la sous-préfecture. Cela signifie dans la pratique que le médecin reçoit des non mutualistes durant sa pratique et que d'un point de vue strictement comptable, des ressources de la mutuelle profitent aux non mutualistes. Un comité de gestion a été créé au sein du CMP. La convention est d'ailleurs signée entre le président de ce comité et le président de la mutuelle. Ce comité de gestion semble avoir du mal à exercer sa fonction notamment car il n'est pas reconnu, voire accepté, par le médecin. Il existe également une commission de conciliation composée du COGES, de l'UGTM, de la MUGTM et de Nantes – Guinée, chargée d'arbitrer notamment en cas de désaccord budgétaire.

Le CPM regrette le peu de considération de Nantes Guinée à son endroit. Selon lui, tous les financements vont à la mutuelle alors que certains appuis devraient lui être directement apportés notamment en ce qui concerne la mise en place d'un

laboratoire de base, la dotation régulière en petits équipements, la formation continue du médecin.

Les relations entre le CMP et la mutuelle ainsi qu'entre le CMP et Nantes Guinée sont loin d'être excellentes et semblent difficiles à résoudre dans la configuration institutionnelle actuelle.

Le Centre de santé de Timbi Madina

Le Centre de Santé de Timbi Madina est un centre de santé de sous-préfecture, géré par un Infirmier Diplômé d'Etat. Le centre de santé est de style pavillonnaire abritant l'ensemble des services (curatifs, préventifs) y compris accouchement, prise en charge des endémies locales: tuberculose, dispense de médicaments et laboratoire de base. Le centre est sous la responsabilité d'un Comité de Gestion (COGES). Le centre de santé est responsable d'un réseau de postes de santé, qui n'est pas, contrairement à Gongoré, conventionné avec la mutuelle. Nous avons déjà mentionné précédemment que cela a probablement des effets sur la désaffiliation de certains adhérents à la mutuelle, particulièrement ceux qui habitent loin de Timbi Madina.

Il existe une convention entre la MUGTM et le centre de santé. Elle a été signée par la direction préfectorale de la santé (ce qui est positif du point de vue de l'implication et de l'appui des autorités sanitaires) mais cette convention n'a pas été signée par le comité de gestion, ce qui est un contre-sens du point de vue de respect de l'Initiative de Bamako puisque dans les principes de l'IB, c'est bien à ce comité que revient ce type d'engagement et non au prestataire.

D'un point de vue général, le centre de santé regrette d'avoir été, selon lui, tenu à l'écart de la mutuelle au début, mais se dit satisfait de sa relation actuelle avec la MUGTM, même si les prestations délivrées aux mutualistes restent marginales. C'est d'ailleurs pourquoi le comité de gestion soutient l'initiative de la création d'une mutuelle communautaire (appuyée par le GTZ) dans la sous-préfecture pour améliorer la solvabilité de sa patientèle et ses ressources propres.

Le responsable du centre de santé dit également souhaiter bénéficier d'un appui direct du projet notamment en terme d'équipement (par exemple l'équipement du bloc opératoire) et de formation.

L'Hôpital préfectoral de Pita

La MUGTM a signé une convention de tiers-payant avec l'hôpital préfectoral de Pita pour la prise en charge médicale (y compris transport en cas d'évacuation) des cas évacués ou référés. La prise en charge (de 50%) est assurée si l'évacuation/référence est ordonnée par le CMP.

Le Médecin Directeur de l'hôpital et l'ensemble de son staff sont plutôt satisfaits de cette collaboration. Leur souhait étant d'avoir une patientèle solvable. Le nombre de mutualiste pris en charge à ce jour reste marginal. L'équipe est consciente du défi, notamment quant à l'exigence des mutualistes et aux pratiques parallèles de certains agents. La Direction de l'hôpital estime avoir pris toutes les dispositions pour gérer ce type de problème.

Pour les mutualistes quelques problèmes subsistent encore, notamment certains « faux frais » exigé, comme le nettoyage de la table d'opération (entretien avec le responsable « volet Gestion » de Nantes Guinée). La Direction de l'hôpital regrette n'avoir pas été informée de cette situation.

6.3 Les relations entre la MAUGO et les prestataires de soins

Le schéma de la MAUGO est beaucoup plus simple. En effet la mutuelle a signé une convention avec le Centre de santé de Gongoré et les 8 postes de la sous-préfecture de Gongoré. La convention avec l'hôpital de Pita se limite à la prise en charge du coût de l'ambulance en cas d'évacuation ordonnée par le centre de santé.

Le centre de santé a été associé dès le début à l'ensemble des travaux relatifs à la création et la mise en place de la mutuelle. Pour les différents personnels sanitaires rencontrés, le succès de la mutuelle leur permettra d'avoir une bonne couverture sanitaire aussi bien sur le plan curatif que sur le plan préventif. D'ailleurs le chef de poste du Centre de santé estime avoir doublé ses recettes depuis la création de la mutuelle et en avoir reçu les félicitations des autorités techniques et administratives.

Le centre de santé de Gongoré jouit d'une bonne réputation jusqu'au niveau régional, où on estime qu'il est le meilleur centre de la préfecture (Entretien avec le Directeur Régional de la Santé de Mamou). Des problèmes ont été constatés avec des postes de santé. Ainsi, l'ancien chef de poste de Boussoura n'était pas en accord avec la « politique mutualiste ». Les autorités de la sous-préfecture n'ont alors pas hésité à le remplacer, ce qui est un geste encourageant pour le développement de la mutualité.

De leur côté, les mutualistes se disent satisfait des services rendus par le centre de santé et les postes de santé conventionnés.

6.4 L'analyse des conventions

Les différentes conventions prennent en charge d'une manière générale l'ensemble des questions liées au tiers-payant. Il est notamment mentionné pour la mutuelle la possibilité de faire recourir à un médecin conseil, sauf pour le CMP. Au niveau

des centres de santé, nous avons déjà mentionné que les COGES ne sont pas signataires de la convention. Or, le COGES étant en théorie l'autorité du centre de santé, il est important qu'ils soient signataires, ce qui n'exclut d'ailleurs pas, au contraire, la signature de la convention par le Chef de Centre. Au niveau du CMP, le médecin n'est curieusement pas signataire, ce qui renforce les doutes quant à son engagement dans la configuration actuelle.

Dans les conventions, il n'est fait nullement référence aux ordinogrammes ou autres guides thérapeutiques en vigueur en Guinée. Or, le respect de ces instruments est un plus pour l'amélioration de la qualité des soins, en particulier les questions liées aux normes de prescription.

Formellement les responsables des mutuelles n'ont pas pu nous expliquer les mécanismes qu'ils développent pour valider que les soins délivrés le sont effectivement à des mutualistes.

Malgré l'acceptation contractuelle du médecin conseil, aucune mutuelle n'a eu recours à ce type de service. Quand on sait que l'équipe actuelle de Nantes Guinée (basée en Guinée) et les mutuelles n'ont aucune connaissance à ce niveau et qu'on se trouve à un niveau très élevé de la consommation médicale, on peut légitimement se demander si les services d'un médecin-conseil n'auraient pas déjà être du être utilisés, ne serait – ce que pour un contrôle limité dans le temps. Afin de minimiser le risque de surconsommation/surprescription, le recours à de tels services s'avère important.

6.5 La problématique de la disponibilité du médicament

La Guinée connaît de nombreux problèmes relatifs aux médicaments. Citons notamment (Ministère de la Santé Publique, 2006):

- faible disponibilité des médicaments surtout dans les formations sanitaires publiques;
- mauvaise estimation des besoins, l'insuffisance des fonds et le retard dans leur mise à disposition, la lenteur administrative dans les processus d'acquisition, la mauvaise gestion des ressources disponibles et les difficultés d'obtention des devises étrangères expliquent en grande partie cette situation;
- des prix élevés par rapport au pouvoir d'achat d'une grande partie de la population freinent l'accessibilité aux médicaments. Ce fait est aggravé par les fluctuations monétaires, la mauvaise application de la structure des prix (non respect des textes et textes trop anciens, inadaptés à la situation actuelle);
- très grande probabilité de trouver des médicaments de mauvaise qualité et important marché illicite de médicaments;
- les médicaments disponibles ne sont pas toujours rationnellement utilisés.

Jusqu'à un passé récent, il y avait deux sources d'approvisionnement public (en plus des privés) en médicaments essentiels générique (MEG) : le Programme Elargi de Vaccination/Soins de Santé Primaires qui disposait d'une unité d'approvisionnement pour les centres de santé publics (hors hôpitaux) et la Pharmacie Centrale de Guinée chargée d'approvisionner entre autres les hôpitaux. Depuis un certain temps, les activités du PEV/SSP concernant l'approvisionnement en MEG ont cessé. En plus de ce problème de disponibilité et de l'augmentation des prix en raison de la dévaluation monétaire, les centres de santé (hors hôpitaux) ne reçoivent plus leur dotation budgétaire pour l'achat de MEG. Résultat de la combinaison de ces facteurs, les stocks de MEG dans les centres de santé sont extrêmement limités.

Jusqu'à présent, nous avons relativement peu abordé la problématique de la disponibilité du médicament en Guinée. Or, ce grave problème a sans aucun doute une influence sur tous les aspects de la mutuelle: viabilité, efficacité et relations avec les prestataires de soins.

En effet, la disponibilité du médicament a été posée par la quasi-totalité des acteurs comme une source de préoccupation et les mutualistes ont unanimement souhaité un appui dans ce cadre. De leur côté, les prestataires de soins, ont souligné leurs difficultés à s'approvisionner en raison de la cessation des activités du PEV/SSP. Par ailleurs, les prestataires de soins ont également souligné, l'augmentation régulière du prix d'achat des médicaments. Les tarifs de vente étant contractuels, ils disent perdre de l'argent et souhaitent un ajustement automatique du tarif des médicaments. Pour le Ministère de la Santé,¹⁴ les médicaments sont pourtant disponibles à la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG). Nos interlocuteurs du ministère ne comprennent pas « l'auto-censure » des Préfectures qui affirment n'avoir pas accès à ce grossiste, alors que selon eux, rien ne s'oppose à leur ravitaillement à la PCG.

La question du médicament est vitale et une solution à court, moyen et long terme doit être recherchée. Il est évident que les moyens du projet ne suffiront pas et que la problématique de la disponibilité du médicament dépasse Nantes Guinée. Cependant:

- à court terme: au niveau national, il semble clair qu'une solution structurelle ne sera pas trouvée. Par contre, la possibilité d'un approvisionnement auprès de la PCG a été réaffirmée. Si ces informations s'avèrent exactes, Nantes Guinée doit apporter cette information auprès des autorités sanitaires préfectorales;

¹⁴ Entretien avec le directeur national des Etablissements Hospitaliers et les conseillers techniques de l'Union Européenne auprès du Ministère de la santé.

- à moyen terme: la préfecture de Pita fait partie du nouveau projet financé par la Banque mondiale. Dans ce cadre, il est prévu une dotation complémentaire en médicaments pour les structures sanitaires.
- parallèlement: les ONG et structures sanitaires associatives réfléchissent à la mise en place d'une Centrale d'Achat avec le soutien d'un projet italien. Ils disent être ouverts à une éventuelle adhésion de l'ensemble des structures non lucratives ou publiques travaillant avec une mutuelle. Nantes Guinée pourrait suivre la mise en place de ce projet et informer régulièrement ses partenaires pour leurs adhésions éventuelles.

➔ **Recommandations particulières relatives aux relations avec les autorités sanitaires et services de santé.**

Nous nous concentrerons ici sur le cas des relations avec le Cabinet Médical Paysan de Timbi Madina, cas le plus problématique à l'heure actuelle. La situation actuelle du CMP n'arrange personne, de ce fait une réponse institutionnelle s'impose. Pour rappel:

- le CMP est rattaché à l'UGTM, ce dernier n'exerce aucun contrôle, le COGES est fictif;
- le médecin n'est pas satisfait de cette situation;
- il est impossible et irréaliste pour la MUGTM (avec ses 1252 bénéficiaires en 2004-2005 et ses 689 bénéficiaires pour l'exercice en cours) de supporter financièrement à elle seule le coût de fonctionnement du cabinet.¹⁵ Compte tenu de ce qui précède nous suggérons les pistes suivantes:

Hypothèse 1: placer le CMP au niveau de la MUGTM:

- Ceci aura l'avantage de simplifier les relations en diminuant le nombre d'intervenants et d'intégrer le cabinet par rapport à son objet initial. Le Dr Barry se reconnaîtra plus dans le budget, la mutuelle pourra exercer un contrôle plus rapproché, dans le cadre d'une nouvelle convention à partir d'une lettre d'orientation ou de mission;
- autoriser l'accès du cabinet aux non – mutualistes moyennant une étude de faisabilité pour évaluer les tarifs à appliquer, le fonctionnement à mettre en place (gestionnaire, COGES), mode de rémunération du médecin (par exemple, salaire de base et intéressement aux résultats).

Hypothèse 2: Placer le médecin au niveau du Centre de santé de Timbi Madina.

La sous préfecture de Timbi Madina dispose d'un grand centre de santé, qui est sous utilisé. Par ailleurs, les autorités sanitaires craignent que le développement d'une médecine privée ait des conséquences sur l'équilibre du centre de santé. On pourrait imaginer que le médecin rejoigne l'équipe du centre de santé dans le

¹⁵ Voir les différentes estimations faites par Nantes Guinée.

cadre d'une relation contractuelle qui définira le rôle et responsabilité de chacun ainsi que les modes de contrôle. Cette solution permettra notamment de rendre les services du médecin plus accessibles aux mutualistes (moindre coût global) et aux non mutualistes. Comme pour la première hypothèse, le médecin doit être dans une relation contractuelle flexible avec salaire et intéressement aux résultats (sur ses propres activités). Cette hypothèse n'a pas été discutée avec les acteurs à Pita et Mamou. Cependant, le Directeur des Etablissements Hospitaliers (Ministère de la Santé) pense que cela serait envisageable si un accord local était trouvé. Ce type de modèle existe en Afrique, notamment au Tchad, en Côte d'Ivoire et au Mali.

Le choix entre ces deux hypothèses nécessite dans tous les cas la réalisation d'une étude de faisabilité sociale et financière sur les deux hypothèses ainsi que l'organisation d'une concertation avec l'ensemble des acteurs.

7. Les conditions de relance de la MUSIL

Dans une section antérieure, nous avons relevé les conditions de création de la MUSIL et le fait que cette mutuelle n'ait jamais été fonctionnelle alors que des frais d'adhésion et des cotisations ont été versés. Le choix méthodologique d'attendre qu'un certain nombre d'adhérents soit atteint pour démarrer les prestations est très questionnable quand on sait que le groupe-cible potentiel a souvent besoin de voir fonctionner le mécanisme assurantiel avant de prendre la décision d'y adhérer.

Par ailleurs, il faut noter qu'un certain nombre de facteurs externes n'ont pas facilité la mise en place de la MUSIL ou sa relance à plus court terme. Citons notamment: les incertitudes en termes de financement du MAE (programme 2005-2007), le caractère non fonctionnel de deux centres de santé des Iles (Fotoba et Room) au démarrage de la mutuelle et des problèmes de ressources humaines (non prolongation du contrat de l'agent de terrain pour des raisons de manque de compétences).

A l'heure actuelle, pour relancer le projet d'assurance santé sur les Iles de Loos et affermir sa crédibilité (un peu perdue auprès des mutualistes des Iles de Loos), Nantes Guinée devrait prendre une mesure « vigoureuse ». Ainsi, l'ensemble des personnes ayant cotisées ont certainement droit à un début de prestation. Pour cela il faudrait:

- Redéfinir le modèle d'assurance en envisageant différentes options organisationnelles et non uniquement celle d'une mutuelle communautaire. Moyennant des formations spécifiques et des ressources humaines, il serait par exemple envisageable que SPLS soit la structure chargée de gérer cette assurance santé;

- pour assurer la relance, Nantes Guinée devrait compléter le coût de prise en charge de la première année pour l'ensemble des personnes ayant cotisé;
- un programme de relance des activités devrait être élaboré, programme qui débutera, avant toute chose, par la prise en charge des prestations pour les personnes en ordre de cotisations. Au bout de six mois, une campagne d'information et de sensibilisation pourrait être lancée pour rechercher de nouveaux adhérents et préparer les adhérents actuels au renouvellement de leur adhésion et paiement de leur cotisation.

Considérant la configuration sociale des Iles de Loos et les mauvaises expériences antérieures ressenties par les populations, la reprise de la « MUSIL » ne pourra être assurée qu'en y investissant des fonds et en révisant l'approche organisationnelle de l'assurance santé. Par ailleurs, Nantes Guinée devrait envisager objectivement la faisabilité du projet sur les Iles de Loos considérant qu'une présence permanente ne sera plus assurée dans la région de Conakry (déménagement du siège de Nantes Guinée dans le Fouta Djallon). La collaboration avec une autre structure d'appui active à Conakry devrait être envisagée si Nantes Guinée souhaite s'investir dans la relance de la MUSIL.

8. La perspective d'une organisation fédérative.

La mise en place d'une structure faîtière (union ou fédération) peut assurer une fonction politique: défense des intérêts des mutuelles, représentation mais aussi une fonction technique: mise en commun d'une équipe de gestion (pool de gestion), mise en place d'un produit commun et ou d'une réassurance notamment pour le risque hospitalier. Sans confondre pour autant la fonction technique et la fonction politique, la perspective d'une organisation fédérative est fortement liée à la constitution d'une expertise locale

La réussite d'une structure faîtière dépend en partie de l'importance qualitative et quantitative de sa base. Or, dans la préfecture de Pita, le nombre de mutuelles est encore faible pour obtenir profit d'une organisation fédérale ou unioniste. Mais cette option pourrait s'inscrire dans une perspective à moyen terme. Les différentes organisations peuvent déjà apprendre à se connaître, à discuter des contours de la structure à mettre en place dans le cadre de visites d'échanges. Dans le cas du Fouta Djallon (ou de la Guinée dans son ensemble), la constitution d'une organisation fédérative n'implique pas uniquement les mutuelles en place mais aussi leurs structures d'appui, voire leurs bailleurs de fonds. Ainsi les relations, approches et pratiques des structures d'appui peuvent constituer des obstacles importants. Dans ce sens, la création de la plate-forme des opérations d'appui aux mutuelles de santé (sur laquelle nous reviendrons dans la troisième partie), constitue un atout important dans une perspective fédérative.

Au stade actuel aucun de nos interlocuteurs mutualistes ou autres n'a abordé cette question en terme de perspective. Bien que prévue dans le projet 2005-2007 de Nantes Guinée et dans les sujets à aborder lors de cette évaluation, il est difficile de se prononcer sur la pertinence, sauf théorique, et la faisabilité d'une telle idée à court et moyen terme.

PARTIE 2

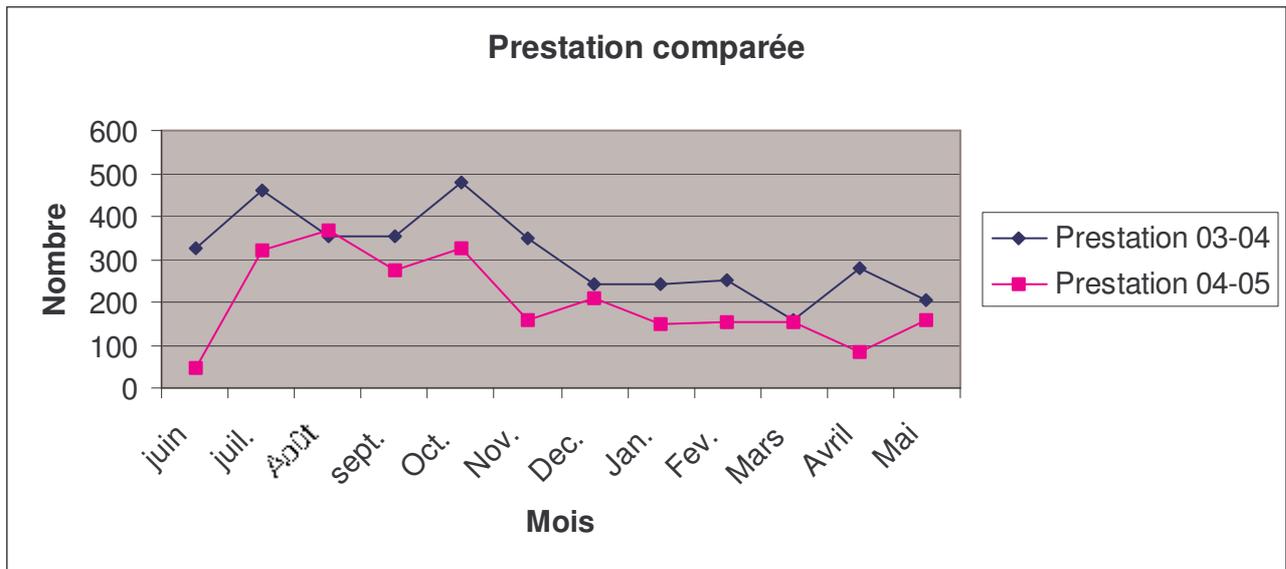
APPRECIER L'EFFICACITE DES MUTUELLES DE SANTE

Les mutuelles de santé ont comme objectif premier d'améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires. Comme pour le point précédent, il est difficile d'apprécier l'efficacité de mutuelles de santé aussi jeunes que celles appuyées dans le cadre de projet. En effet, l'efficacité des mutuelles de santé ne se traduit pas toujours immédiatement par des taux d'utilisation des services ou des taux de latence significativement différents entre bénéficiaires et non bénéficiaires. Les parcours et habitudes thérapeutiques sont des processus qui ne changent pas du jour au lendemain. A ce stade, nous proposerons donc d'apprécier l'amélioration de l'accès aux soins en nous basant sur des sources d'informations partielles et incomplètes: l'évolution des prestations, le coût des soins ainsi que la perception des bénéficiaires.

1. Indices d'efficacité de la MUGTM

La prise en charge sanitaire des mutualistes est assurée par le CMP, le Centre de santé de Timbi, le cabinet privé, l'hôpital de Pita et l'hôpital de Labé pour les prestations non disponibles à celui de Pita.

Le CMP étant une structure appartenant à l'UGTM, il reçoit en priorité absolue l'ensemble des patients de la mutuelle. L'indice d'utilisation des services de la consultation curative au CMP par les mutualistes était de 2,3 en 2003-2004 et de 1,85 en 2004-2005. Cet indice montre un accès particulièrement important des mutualistes aux soins, même s'il a connu une baisse significative la deuxième année.



Graphique 1: Evolution des Prestations du CMP. (Rapports d'activités MUGTM).

On constate effectivement une baisse importante du nombre de prestations entre la première et la deuxième année. Ceci est contraire à ce que l'on peut observer habituellement dans la sous-région où on assiste plutôt à une utilisation croissante du niveau des soins chez les mutuelles jeunes. Dans tous les cas, l'accès aux soins reste très important pour les mutualistes bien que des questions relatives à la satisfaction des patients pourraient être posées (notamment en raison de l'absentéisme du médecin).

Qu'en est-il des autres structures de soins liées à la MUGTM, à savoir l'Hôpital Préfectoral de Pita, l'Hôpital Régional de Labé, le centre de santé de Timbi Madina et le C.S.E. Bachir ?

Tableau 19 Evolution des prestations des centres de santé liées à la MUGTM (sauf CMP) (Source: rapports d'activité MUGTM)

Prestataires	Nature Prestation	2003-2004	2004-2005
Hôpital préfectoral de Pita	Consultations	19	39
	Laboratoire	10	31
	Radiologie	8	6
	Echographie	2	8
	Hospitalisation	2	4
	Médicaments	4	0
	Accouchement compliqué	2	0
	Autres prestations	0	4
Hôpital Régional de Labé	Consultations	2	2
	Laboratoire	1	1
	Radiologie	0	1
	Echographie	0	0
	Hospitalisation	0	0
	Médicaments	2	0
	Accouchement compliqué	0	0
	Autres prestations	0	2
C. S. de Timbi Madina	Consultations	5	40
C.S.E. Bachir	Consultations	52	28

La présence de la mutuelle a permis certainement d'améliorer l'accès à des soins de type spécialisés. Cette amélioration s'est accrue la deuxième année d'exercice.

2. Indices d'efficacité de la MAUGO

Pour la MAUGO, la prise en charge est assurée par le Centre de Santé de Gongoré et l'ensemble des postes de santé de la sous préfecture, dans le cadre d'une convention de tiers-payant.

Tableau 20 Indice d'utilisation curative et coûts des prestations de centres et postes de santé conventionnés avec la MAUGO (Rapport d'Activités MAUGO)

Structure sanitaire	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
CS Gongoré	19	27	27	29	44	61	50	70	69	92	87	91	666
Ps Hama-dallaye			4	2	1	7	8	5					27
PS Jinjii		2	1	1		3	3	4	3	6	2	1	26
PS Bouss. Yorgo		1	4	4	4	7		3					23
PS Darou	12	12	7	3	12	13	12	6	5	13	12	10	117
Total	31	42	43	39	61	91	73	88	77	111	101	102	859
Coûts des prestations	34 500	51 000	58 201	55 550	105 600	131 700	106 600	147 250	112 800	159 000	155 900	172 500	1 290 600
Coûts moyens	1 113		1 353	1 424	1 731	1 447	1 460	1 673	1 465	1 432	1 544	1 691	

Pour la MAUGO, l'indice d'utilisation de la consultation curative est de 1,49, alors que celle de la population générale de la zone urbaine de Pita est de 0,58. Cela voudrait dire qu'en moyenne les mutualistes de Gongoré ont trois fois plus accès aux soins que le reste de la population. Par ailleurs, ce coût moyen de la prestation est de 1 502 FG pour les mutualistes contre 1 190 FG¹⁶ pour l'ensemble de la population.

On peut conclure que grâce à la MAUGO, l'accès aux soins de santé a été significativement amélioré pour ses membres, ce que ces derniers ont confirmé lors de nos entretiens.

→ Recommandations spécifiques à l'efficacité des mutuelles

- *Risques à couvrir.* La question du type de risques à couvrir (petits risques et/ou gros risques) est un débat permanent au sein du monde mutualiste. Les tenants de la prise en charge exclusive « du gros risque » estiment que c'est ce risque qui pose problème aux familles de par son coût élevé et considérant que les petits risques ne représentent pas réellement un obstacle financier. Pour les tenants du « petit risque », c'est le caractère régulier de sa fréquence qui justifierait sa prise en charge par les mutuelles. Le gros risque étant un phénomène rare, sa prise en charge exclusive serait source de découragement pour les mutualistes. Il nous semble qu'il n'y a pas à avoir de dogme en la matière, particulièrement dans une perspective mutualiste. Une mutuelle répond avant tout aux besoins de ses membres: il revient donc aux membres et à eux seuls (même s'ils bénéficient de conseils) de définir les prestations à couvrir en ayant à l'esprit l'importance de l'équilibre du couple prestation/cotisation. L'appui de Nantes Guinée à cet égard devrait être approfondi tant en termes techniques qu'en termes de discussions avec les mutuelles.
- *Système permanent de monitoring de l'efficacité des mutuelles.* Nantes Guinée devrait se doter d'un système de monitoring relatif à l'efficacité des mutuelles notamment en exploitant les données issues des formations sanitaires. Les indicateurs proposés par le guide de suivi et d'évaluation CIDR/STEP (2002) pourraient constituer un premier set de référence: taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires, taux d'utilisation comparé des services de santé, temps de latence comparé, durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée, coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée, taux d'exclusion des bénéficiaires.

¹⁶ Monitoring juillet 2005.

PARTIE 3

APPRECIER LA PERTINENCE ET L'EFFICACITE DE L'INTERVENTION DE NANTES GUINEE

1. Introduction

La question relative à la pertinence et l'efficacité de l'intervention de Nantes Guinée, comme structure d'appui aux mutuelles de santé sera envisagée sous trois angles: l'adéquation avec la politique nationale, les relations entre acteurs, et les moyens et stratégies mis en place. Ce dernier angle abordera également la question de la constitution d'une expertise guinéenne en matière de mutuelles de santé.

2. Adéquation avec la politique nationale

Les interventions de Nantes Guinée sont en adéquation avec la politique nationale guinéenne. En effet,¹⁷ les « mutuelles de santé » sont reprises dans l'axe stratégique du Plan National de Développement Sanitaire visant par « l'amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services à garantir la disponibilité et l'accessibilité géographiques et financière à des services de qualité, répondant aux besoins des populations et susceptibles de les inciter à utiliser d'avantage ces services aussi bien dans le public que dans le privé ». En termes de stratégies, le PNDS prévoit la mise en place d'un système de financement alternatif qui permette de « développer la solidarité entre les membres d'une même communauté » et « la prise en compte de l'accessibilité financière aux soins dans un système de partage des risques au niveau communautaire en vue de réduire les exclusions permanentes » (Ministère de la Santé Publique, 2002). Dans son Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP), la Guinée mentionne les mutuelles de santé comme structures et mécanismes cohérents de dialogue au niveau des sous préfectures dans le cadre du développement et accès aux services de base (DSRP, 2002, p.41). Plus loin, « la promotion des mutuelles pour les soins

¹⁷ Cette partie reprend des extraits de Fonteneau et al., 2005, pp. 113 et suivantes.

obstétriques d'urgence » est également reprise comme stratégie d'amélioration du contrôle social et de la capacité des institutions décentralisées de l'objectif général d'amélioration de l'Etat de santé des populations (DSRP, 2002, p. 73). Dans le document « Analyse situationnelle sommaire sur la protection sociale en Guinée » (Juillet 2002), le Ministère des Affaires Sociales a inséré un plan d'action prévoyant, parmi d'autres, l'élargissement de la couverture sociale à l'ensemble de la population, notamment mis en œuvre par l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale et en favorisant la création de mutuelles de santé (orientation 2). Notons que la question de la tutelle sur les mutuelles de santé n'est pas encore tranchée en Guinée. Depuis plusieurs années, plusieurs ministères se targuent d'en revendiquer la tutelle: le ministère de la santé, le ministère des affaires sociales (en charge de la protection sociale) et le ministère de l'administration territoriale. La question de la législation sur les mutuelles de santé est d'ailleurs perturbée par ce « conflit » de tutelle.

Selon le Ministère de la Santé (Direction des Etablissements Hospitaliers), le PNDS a récemment été révisé¹⁸ et réaffirme dans ce cadre l'appui aux mutuelles de santé. Au moment de l'évaluation, il était annoncé que le PNDS ferait l'objet d'un appui important (Appui au PNDS) par la Banque Mondiale.

3. Relations entre acteurs

Deux types d'acteurs seront envisagés dans cette section. D'une part les autres opérateurs d'appui et de développement des mutuelles de santé et d'autre part les partenaires directs de Nantes Guinée dans le cadre du développement des mutuelles de santé.

3.1 Relations avec les autres opérateurs d'appui

En Guinée Conakry, on retrouve plusieurs opérateurs d'appui: l'ONG française Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), l'agence technique allemande de coopération (GTZ) ainsi qu'une ONG Guinéenne issue d'un projet international (Dynam). Les relations entre ces différents opérateurs d'appui ont toujours été existantes. Ainsi, en mars 2004, un voyage d'étude a été organisé en Guinée Forestière en faveur des responsables mutualistes de Gongoré et Timbi Madina afin d'échanger avec les responsables des mutuelles appuyées par le CIDR et avec ce dernier.

Récemment les relations entre les opérateurs d'appui se sont structurées (avril 2004) autour de la constitution d'une « Plate-Forme des Opérateurs d'Appui aux

¹⁸ Une nouvelle version du PNDS n'a pas pu être obtenue dans le cadre de cette évaluation.

Mutuelles de Santé », plate-forme dont Nantes Guinée est membre. Les motifs à la base de la création de cette plate-forme sont doubles. Le premier constat était qu'il y avait relativement peu de contacts entre ces différents opérateurs d'appui aux mutuelles de santé. Le second constat faisait état de conflits ponctuels mais récurrents qui surgissaient entre structures d'appui agissant dans de mêmes zones d'intervention. Dans le Fouta Djallon, Nantes Guinée et la GTZ interviennent par exemple toutes deux à Timbi Madina. Officiellement, les relations entre Nantes Guinée et la GTZ sont bonnes. Mais il est clair que, hormis le fait d'intervenir auprès de mêmes groupes-cibles (ce qui est peu efficient du point de vue du partage de risque), les opérateurs d'appui ont parfois des pratiques et méthodologies différentes qui peuvent entraîner incompréhension ou concurrence (indemnisation des responsables des mutuelles, processus de mise en place, type de financements accordés, approche du haut vers le bas ou une approche partant plutôt de la base, etc.). Situations qui peuvent être sources de conflits et qui l'ont été ponctuellement dans le cas de Timbi Madina. C'est donc notamment face à la répétition de ce type de situations et aux problèmes qui en découlaient que les opérateurs d'appui ont décidé de mettre sur pied cette plate-forme. Cette plate-forme poursuit à terme l'objectif de mieux coordonner les interventions, d'harmoniser certaines pratiques d'appui, développer des activités communes (semaine de la mutualité par exemple) et devenir un interlocuteur-clé de nouveaux intervenants, des bailleurs de fonds et certainement de l'Etat guinéen, notamment sur la question de la législation relative aux mutuelles de santé. Depuis sa création, la plate-forme s'est réunie 4 fois et commence à envisager une formalisation de sa structure (voir compte-rendu de la réunion du 17 septembre 2005). Tous les opérateurs d'appui rencontrés (GTZ, CIDR, Dynam et Nantes Guinée) témoignent de la richesse des échanges d'informations que permet cette plate-forme et des bases que cela pose pour des actions communes futures et la coordination des interventions.

Cette initiative de plate-forme peut servir d'exemple pour beaucoup d'autres pays de la sous région où les opérateurs continuent à s'ignorer. Dans ce sens, la participation de Nantes Guinée à cette plate-forme est sans aucun doute à encourager. Au sein de la plate-forme, Nantes Guinée est représentée par la chef de projet (notamment pour des raisons pratiques car les réunions se tiennent la plupart du temps à Conakry). Compte-tenu du déménagement de Nantes Guinée dans le Fouta Djallon, il serait intéressant d'envisager la participation d'autres membres du personnel de Nantes Guinée, notamment dans le souci de pérenniser son intervention et renforcer l'expertise guinéenne.

3.2 Relations avec les organisations partenaires

Comme nous l'avons expliqué au début de ce rapport, deux des trois mutuelles ont été mises sur pied à partir et/ou avec l'appui d'organisations à base de

membres de type fédérative: associations d'unions, unions de groupements, Fédération (associations des unions de zones de Gongoré, l'UGTM et la Fédération des Paysans du Fouta Djallon). Pour les Iles de Loos, l'organisation partenaire est une association de prestataires de soins, Solidarité Pour La Santé. De manière générale, on peut dire que les relations entre Nantes Guinée et ses partenaires sont relativement bonnes. Aux dires de ces derniers, Nantes Guinée est clair sur l'appui qui sera apporté (et sur l'appui qui ne sera pas apporté) et tient ses engagements. Les bonnes relations entre Nantes Guinée et ses partenaires sont également renforcées par l'établissement de conventions écrites reprenant les obligations et engagements de chacune des parties.

Ce constat positif est cependant à nuancer pour le site de Timbi Madina. A Timbi Madina, Nantes Guinée est intervenue à la demande de la FPDF et de l'UGTM autour duquel un cabinet médical avait été créé en collaboration avec des médecins ressortissants. Nantes Guinée est donc entrée ultérieurement dans cette configuration et l'a modifiée, notamment en insérant de nouveaux acteurs: la mutuelle de santé comme structure autonome et l'équipe de Nantes Guinée. Pour de multiples raisons déjà évoquées précédemment, les relations entre les différents acteurs se sont progressivement dégradées. Cela a conduit à une situation de méfiance généralisée où toute initiative de l'une des parties prenantes est perçue a priori comme négative. Il est clair également que cette situation et les rapports de force qui prévalent (entre la FPDF, l'UGTM et le CMP) n'ont pas favorisé le processus d'autonomisation de la mutuelle mise en place.

A Timbi Madina, il s'agit donc avant tout de retrouver la confiance avec les organisations partenaires et entre les différentes organisations partenaires. A l'heure actuelle, il semble évident que ce manque de confiance ne va pas favoriser l'adhésion des nouveaux membres, la réaffiliation d'anciens membres ni le maintien des membres actuels. C'est dans cet objectif que des solutions aux problèmes évoqués plus haut (reconnaissance officielle du cabinet médical, gestion de l'assurance, mécanismes de concertation et de contrôle entre acteurs, etc.) devraient être réfléchies. Les rapports de force entre acteurs et l'intérêt particulier de chacun des acteurs devraient faire l'objet d'une grande attention dans cette recherche globale de solutions et une nouvelle configuration organisationnelle.

Face à un certain nombre de problèmes ou de demandes des partenaires, la position de Nantes Guinée a été fortement influencée par son identité mutualiste. Se situant du côté de la demande de soins, et avec une idée précise sur le type de modèle d'assurance santé à mettre en place, il semble que Nantes Guinée n'ait pas toujours été très flexible – ou du moins perçue comme tel – face à la recherche de solutions autres que celles liées au modèle mutualiste et à ses caractéristiques intrinsèques. Les demandes relatives à l'offre de soins et au fonctionnement des mutuelles de santé (prise en charge financière des activités de sensibilisation et de gestion par exemple) se voient « refusées » (ou interprétées comme tel) sur le motif

que cela sort de la mission de Nantes Guinée ou que cela mettrait en péril la pérennité des organisations en place. Les organisations partenaires construisent de ces expériences une image relativement dogmatique de Nantes Guinée. Considérant l'importance de l'offre de soins dans le bon fonctionnement des mutuelles et les coûts liés à celui-ci, Nantes Guinée pourrait envisager de considérer ces demandes, les objectiver avec les organisations partenaires ou autres acteurs et voir dans quelle mesure, elle pourrait directement (financement) ou indirectement (obtention de financement, facilitation de contacts, etc.) répondre à ces demandes ou à une partie d'entre elles dans des conditions qui ne remettent pas pour autant en question l'objectif de pérennité et le principe de non-substitution mis en œuvre par Nantes Guinée.

Les relations avec les organisations partenaires pourraient également être améliorées en faisant bénéficier des responsables de ces organisations partenaires de formations en micro-assurance santé, notamment celles dispensées dans la sous-région par d'autres structures d'appui (STEP/BIT), ce qui permettrait en plus la rencontre avec d'autres organisations du même type. En effet, cela permettrait aux partenaires de mieux pouvoir participer à la réflexion sur l'accès aux soins et les systèmes pouvant répondre à ce problème. Dans le cas de la MUSIL par exemple, l'organisation partenaire (SPLS) ne se sentait pas à même d'apprécier l'intervention de Nantes Guinée, ni l'éventail des alternatives possibles en l'absence de toute connaissance en matière d'assurance santé. En facilitant l'acquisition de connaissance par les organisations partenaires, Nantes Guinée favoriserait non seulement la pérennité de son intervention mais aussi le développement de l'expertise mutualiste en Guinée.

➔ **Recommandations spécifiques relatives aux relations entre acteurs**

- Plate-forme d'appui des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé:
 - Poursuivre la participation de Nantes Guinée à la plate-forme des opérateurs d'appui;
 - Veiller à ce que l'ensemble du personnel de Nantes Guinée puisse être associé aux réunions et aux échanges d'information;
 - Veiller à ce que cette plate-forme contribue à poser les bases d'une éventuelle union ou fédération de mutuelles, au niveau régional et/ou national.
- Relations avec les organisations partenaires.
 - Développer les compétences des organisations partenaires en matière d'assurance santé;
 - Poser les bases d'un nouveau partenariat autour de la MUGTM en repartant de la problématique de l'accès aux soins et de l'offre de soins disponibles. Une réflexion globale sera plus utile que la tentative de résolution de problèmes particuliers (agrément du cabinet par exemple).
 - Avoir une approche globale de l'accès aux soins. Faciliter l'obtention de financement pour les demandes notamment relatives à l'offre de soins ou

autres demandes annexes aux mutuelles de santé et contribuer à l'étude de chacune de ces demandes en termes de pertinence et priorité.

4. Moyens, stratégies mises en œuvre et constitution de l'expertise locale

4.1 Organisation et fonctionnement de l'équipe

L'équipe de Nantes Guinée est actuellement constituée d'une chef de projet (expatriée), d'un responsable chargé de la sensibilisation/formation, d'un responsable chargé de la gestion, d'un animateur et d'un chauffeur logisticien. Nantes Guinée dispose de deux bureaux: l'un à Conakry (coordination générale et suivi des Iles de Loos) et l'autre à Timbi Madina (mutuelles du Fouta Djallon). La chef de projet et le chauffeur logisticien sont à Conakry tandis que les responsables des volets gestion et formation ainsi que les animateurs sont à Timbi Madina.

Les membres de l'équipe semblent individuellement tous très engagés dans le travail qu'ils font. L'équipe semble motivée bien que chacun de ses membres marque des insatisfactions liées à leur statut individuel (possibilités d'avancement, demande de formations, évolution salariale) et au fonctionnement de l'équipe. L'accès à des formations, et particulièrement aux cycles de formations dispensés dans la sous-région, serait bénéfique pour tous les membres de Nantes Guinée (ceux de Nantes et ceux de Guinée) afin de pouvoir échanger sur son expérience et sortir d'un relatif isolement.

En termes de fonctionnement, plusieurs problèmes sont à relever. Tout d'abord, l'équipe de Nantes Guinée est dispersée sur plusieurs sites, ce qui ne facilite pas la coordination et supervision des activités, la prise de décision collégiale, ni l'échange d'information. Toute l'équipe reconnaît cette situation, amenée à s'améliorer puisque le siège de Nantes Guinée se trouvera maintenant dans le Fouta Djallon. Par ailleurs, l'équipe basée à Nantes est très impliquée dans le travail fourni par l'équipe basée en Guinée, y compris sur des aspects techniques (calcul des cotisations par exemple). Cette situation s'explique notamment par le fait que, jusqu'à présent, aucune des chefs de projets de Nantes Guinée, ne disposait d'une expertise en la matière. Il est évidemment positif que l'équipe de Nantes s'implique autant mais on pourrait se demander si cette implication n'a pas des conséquences négatives sur l'acquisition d'expertise de l'équipe guinéenne et sur son autonomie d'action. Sur certains sujets, on retrouve donc trois lieux de décisions (Nantes, Conakry et Timbi Madina) et on constate alors des processus de prise de décision souvent séquencés et parcellisés.

De manière plus générale, l'équipe basée à Timbi Madina ne semble pas associée à toutes les décisions prises ou à l'élaboration de tous les documents. Si certains

facteurs ponctuels (temps) peuvent expliquer des situations de ce type, il est clair que cette non implication ne favorise pas la cohésion de l'équipe, ni son adhésion aux objectifs de Nantes Guinée.

4.2 Stratégie de Nantes Guinée

Nantes Guinée a fait le choix d'une stratégie d'intervention basée sur le suivi de proximité. Cette décision est sans aucun doute pertinente quand on sait la nécessité des mutuelles de pouvoir bénéficier d'un tel appui pendant mais aussi après leur mise en place. Dans la sous-région, de nombreuses mutuelles se retrouvent dans des situations très délicates quand elles ne peuvent disposer d'un tel accompagnement rapproché et de long terme. Dans cet appui de proximité, Nantes Guinée a fait le choix de mettre l'accent sur la formation/sensibilisation et sur la gestion des mutuelles de santé. Dans la partie sur la viabilité des mutuelles, nous avons déjà relevé la nécessité d'envisager une diversification des méthodes de formation et de sensibilisation, pour peut-être mieux répondre à certains problèmes constatés (évolution lente des adhésions et désaffection) et d'autre part permettre d'assurer une meilleure appropriation de tous les outils techniques et décisions politiques par les responsables de chaque mutuelle de santé. Ces améliorations permettraient notamment de mieux mettre en œuvre les principes de non-substitution et d'autopromotion.

Par ailleurs, au sein de l'équipe de Nantes Guinée, les fonctions d'animation/sensibilisation et de gestion sont confiées à des responsables différents. De cette structuration, il résulte une approche séparée de ces fonctions et cette situation est aggravée par le manque de coordination de l'équipe basée à Timbi Madina (éloignement géographique du chef de projet, pas encore de chargé de programmes, etc.) et les conséquences en termes de planification. Or, dans la réalité des mutuelles de santé, ces deux fonctions sont intimement liées. D'autre part, cette séparation de fonction et la non coordination de la planification entraîne des risques de surcharge de réunions de travail et d'éventuelles incohérences (contenu, stratégie, messages). De plus, cette situation témoigne de la part de Nantes Guinée, d'une structuration qui reflète plus une logique de projet (en termes de ressources humaines notamment) que la logique intrinsèque des mutuelles. Cette situation ne contribue pas non plus à ce que les mutuelles s'approprient les outils pour lesquels elles sont formées, ni les décisions politiques qui les concernent.

Cette situation s'explique d'autant moins que le nombre de mutuelles appuyées est très réduit par rapport aux ressources disponibles au sein de l'équipe. Il est clair que cette situation pourra évoluer à l'avenir (notamment par la création de nouvelles mutuelles). Mais pour l'instant, et particulièrement en comparant avec d'autres structures d'appui de la sous-région, on peut penser que la surcharge de

travail dont les membres de l'équipe attestent parfois résulte plus d'un problème de coordination que du réel travail engendré par les deux mutuelles à accompagner.

En vue d'appuyer d'autres mutuelles à l'avenir et en vue de conserver le choix d'un appui de proximité aux mutuelles, Nantes Guinée devrait veiller à réorganiser son équipe, à en assurer la coordination permanente et surtout à concevoir son appui en fonction de la logique des mutuelles. Plus largement, une réflexion sur le principe de non-substitution devrait être menée. La réflexion devrait être menée d'une part sur la non-substitution entre Nantes Guinée et les mutuelles et d'autre part sur la non-substitution entre l'équipe française et l'équipe guinéenne de Nantes Guinée (en vue de la constitution de l'expertise locale). Il semble qu'il y ait parfois des confusions à ce niveau.

4.3 Constitution de l'expertise locale

L'idée de base de Nantes Guinée n'était pas de travailler avec une structure de type « représentation de l'ONG/ « projet ». C'est l'échec de la collaboration avec l'APMG et l'absence de structures existantes qui a amené Nantes Guinée à opter pour cette configuration afin de poursuivre son action en Guinée. La configuration actuelle de l'équipe de Nantes Guinée est donc, selon l'équipe nantaise, une configuration par défaut même si elle a permis « de trouver un équilibre entre aide au développement autonome et intervention assistée ».

En constituant l'équipe, Nantes Guinée poursuivait l'objectif de contribuer à créer une expertise locale en matière d'assurance santé et plus particulièrement en matière de mutuelles de santé. Ce choix est très pertinent quand on sait qu'une telle expertise est - et sera nécessaire - face aux problèmes de l'accès aux soins de santé en Guinée et sachant le peu d'expertise disponible à l'heure actuelle en Guinée. Dans la perception du conseil d'administration, l'équipe est vue comme faisant partie d'une même association, Nantes Guinée. Par contre, dans la perception de l'équipe guinéenne, il ressort plus un sentiment d'être employé dans le projet de développement d'une association française. Cela ne signifie pas une non-adhésion aux objectifs du projet (l'engagement de l'équipe témoigne du contraire) mais une logique différente de celle de l'équipe française de Nantes Guinée.

Les membres guinéens de l'équipe sont conscients du processus enclenché par Nantes Guinée en termes de constitution d'expertise amenée à évoluer seule ultérieurement. Lors de cette évaluation, nous n'avons cependant pas pu constater une adhésion de l'équipe guinéenne à ce point de vue et certainement pas de vision (individuelle ou collective) sur une structuration ultérieure en organisation autonome. Les problèmes actuels de coordination de l'équipe et le fait qu'elle ne soit pas toujours associée aux décisions expliquent, au moins en partie, cet état de

fait, voire l'ont favorisé. Les membres de l'équipe ne sont donc pas opposés à une évolution dans ce sens mais n'en sont pas non plus les promoteurs puisque cette évolution les placerait dans une situation plus précaire que la situation de salariés qu'ils ont actuellement.

En termes de structures d'appui aux mutuelles de santé, on retrouve généralement (et dans la sous-région) trois types de configuration et de modes (principaux) de financement:

- appui fourni par une structure internationale, généralement de type temporaire et dont les interventions sont financées par un projet;
- appui fourni par un bureau technique au sein d'une union ou fédération de mutuelles de santé. Les interventions sont financées par les cotisations des organisations membres (les mutuelles ou regroupement de mutuelles), souvent complétées par des financements extérieurs;
- appui fourni par une structure nationale (ONG ou bureau d'étude) dont les interventions sont financées par un projet et/ou tarifées aux organisations bénéficiaires.

La situation actuelle de Nantes Guinée correspond donc à la première configuration et le souhait est d'évoluer vers l'une ou l'autre des autres configurations présentées.

Le conseil d'administration semble préférer la deuxième configuration, à savoir un bureau technique au sein d'une fédération/union de mutuelles. Nous l'avons mentionné précédemment, le développement actuel des mutuelles appuyées par Nantes Guinée et globalement, le développement global des mutuelles dans le Fouta Djallon ou en Guinée ne permet pas d'envisager à court terme la constitution de mutuelles en unions. Seules les 28 mutuelles appuyées par le CIDR en Guinée Forestière (réunissant 15835 bénéficiaires¹⁹) sont constituées en union, objectif prévu dans le projet initial du CIDR qui en a posé les bases dès le début. Dans le cas présent, l'équipe actuelle du CIDR est amenée à se constituer en bureau technique au sein de l'Union ainsi constituée. A ce stade, le nombre de mutuelles et le niveau de cotisation à l'Union ne permet pas encore de viabiliser l'ensemble de l'opération (50 000 bénéficiaires seraient nécessaires): fonctionnalité de l'Union et du bureau technique.

La troisième option est celle d'une équipe constituée en bureau d'étude ou en ONG. Cette option serait plus envisageable pour Nantes Guinée à court terme même si le niveau de cohésion de l'équipe et son niveau de formation et d'expériences devraient être renforcés pour être réellement viables. Cette option poserait la question des financements qui devraient alors être obtenus (ponctuel-

¹⁹ Entretien avec Mr. Cécé, CIDR.

lement ou de manière structurelle) auprès de bailleurs de fonds ou autres opérateurs de la coopération internationale. L'ONG Dynam en Guinée a connu une évolution similaire à celle que connaîtrait alors Nantes Guinée. En effet, Dynam a été créée à partir d'un projet international (belge et allemand) de recherche-action sur les mutuelles de santé en Guinée Forestière (Projet PRIMA). Après le retrait du projet, des membres de l'équipe se sont constitués en ONG afin de poursuivre leur expérience et valoriser l'expertise acquise. Le choix de la structure de type « ONG » a été préféré à celle du bureau d'étude en raison de la facilitation de constitution qu'elle présentait. Dynam a actuellement deux sources de financement: la prestation de services (pour des projets ou organisations internationales présentes en Guinée) et le partenariat de plus long terme (notamment avec l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes en Belgique). Dans son analyse de la période de transition qu'elle a connue et la situation actuelle, Dynam fait état de difficultés liées à la plus faible crédibilité dont bénéficie une ONG nationale qu'un projet lié à une ONG étrangère, particulièrement auprès des bailleurs de fonds et autres autorités (prestataires de soins par exemple): « la voix des projets passe plus facilement que celles des ONG nationales ». L'accès à des formations (souvent payantes) est également rendu plus difficile pour les techniciens de l'ONG. La continuité étant moins garantie dans ce type de structuration (fonction de l'obtention de financements), la motivation du personnel semble également plus difficile à assurer sur la durée.

Que la deuxième ou la troisième option soit choisie par Nantes Guinée (et si les conditions le permettent), il n'est pas à douter que le processus de transition prendra du temps et devra être accompagné (techniquement et financièrement) par Nantes Guinée dans un premier temps. Le projet 2005-2007 permettra probablement de poser les bases de cette transition mais n'en connaîtra probablement pas l'opérationnalisation. Pour Nantes Guinée, il serait également pertinent de prendre contact avec des ONG ayant connu des processus similaires avec leur équipe ou organisations partenaires²⁰ afin de mieux apprécier les écueils à éviter et les précautions à prendre pour garantir la viabilité des structures mises en place.

➔ **Recommandations spécifiques relatives aux moyens, stratégies mis en œuvre et constitution de l'expertise locale**

- *Renforcer l'équipe de Nantes Guinée.* L'équipe de Nantes Guinée devrait être renforcée, notamment en termes de formations (cycles de formations dispensés par d'autres structures d'appui dans la sous-région). L'équipe française devrait également veiller à ne pas trop s'impliquer dans les aspects techniques de l'appui aux mutuelles de santé mais bien à se concentrer sur les orientations

²⁰ En Belgique, les ONG SongES, Solidarité Socialiste et Vredeseilanden ont notamment connu des transitions similaires dont certaines ont été documentées.

- politiques et des appuis ponctuels (hormis le suivi assurée par le/la chargé/e de programme).
- *Assurer la coordination de l'équipe du Fouta Djallon*, notamment en recrutant un chargé de programme guinéen ayant des compétences techniques en assurance santé.
 - *Associer tous les membres de l'équipe aux décisions prises*. Améliorer la communication avec Nantes, en faisant participer l'équipe locale aux discussions sur les options stratégiques.
 - *Mieux intégrer les fonctions d'appui conseil pour les mutuelles*. Organiser l'appui dans la logique des mutuelles (gestion et animation – formation vont ensemble) et non pas dans la logique du projet.
 - *Reposer les bases d'une transition « projet vers expertise locale »*. Les acteurs en présence semblent avoir des logiques différentes par rapport à Nantes Guinée et son mode d'intervention. Il conviendrait de reposer les bases d'une transition d'une approche projet vers la constitution d'une expertise locale, en y associant particulièrement les membres guinéen de l'équipe. La perception des acteurs ainsi que le fonctionnement actuel de l'équipe ne favorise certainement pas la réalisation commune de cet objectif.

CONCLUSIONS ET SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Par la mise en œuvre de son programme « Santé pour tous », Nantes Guinée a contribué à mettre sur pied trois mutuelles de santé en Guinée Conakry. Deux de ces mutuelles, la MUGTM et la MAUGO sont fonctionnelles et leur niveau de membership est très encourageant pour ces jeunes mutuelles. Le fonctionnement interne des mutuelles est satisfaisant mais bénéficierait de plusieurs réformes en vue d'une meilleure appropriation des principes mutualistes et d'une vision à plus long terme. En termes de viabilité – et bien qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions à cet égard - on peut dire que les mutuelles présentent des indices positifs mais fragiles. Une attention particulière devrait être apportée à la satisfaction des bénéficiaires et au contrôle des coûts. Tout en veillant à maintenir et renforcer la dynamique sociale, les mutuelles bénéficieraient également d'une ouverture de leur membership aux non-membres de groupements des organisations de base. Dans le cas particulier de la MUGTM, une refonte globale de la configuration actuelle devrait être envisagée afin de rendre le fonctionnement de l'assurance santé et de l'offre de soins plus transparente qu'elle ne l'est actuellement. Enfin, la dynamique de la troisième mutuelle, la MUSIL, pourrait être relancée pour autant que la confiance soit rétablie entre Nantes Guinée et les premiers cotisants et que, dès la relance, les prises en charge par la mutuelle soient effectives.

L'intervention de Nantes Guinée combine un suivi de proximité des mutuelles, un souci de pérennité des structures et la constitution d'une expertise guinéenne à même de contribuer au développement des mutuelles de santé dans le pays. Le suivi de proximité a été sans aucun doute utile aux mutuelles de santé mais Nantes Guinée devrait veiller ce que l'autonomie des mutuelles n'en pâtisse pas. De même, les conditions ne semblent pas encore réunies pour que l'équipe guinéenne de Nantes Guinée puisse à l'heure actuelle assurer la relève en dehors du projet. En tirant des leçons du passé et en renforçant les dynamiques enclenchées, le prochain projet de Nantes Guinée devrait contribuer à poser de nouvelles bases dans ce sens. Nous espérons que les recommandations formulées dans ce rapport permettront d'orienter l'ensemble des partenaires dans l'appui et le développement des mutuelles de santé en Guinée Conakry.

Dans les sections suivantes, nous reprendrons les différentes recommandations formulées dans ce rapport en les recontextualisant et en les adressant, le cas échéant, aux acteurs à qui elles s'adressent prioritairement.

Synthèse des recommandations relatives au fonctionnement et à la viabilité des mutuelles

1.1 La mise en place des mutuelles de santé

→ Recommandations adressées à l'ensemble des organisations partenaires

- *Etudes de faisabilité.* A l'avenir les études de faisabilité devraient:
 - Etre réalisées dans une approche plus globale, intégrant les calculs actuariels.
 - Ne plus être réalisées par Nantes Guinée en cavalier seul mais en impliquant les organisations partenaires et les prestataires de soins.
- *Options organisationnelles de l'assurance santé.* Selon les contextes, les acteurs et le tissu social, plusieurs options organisationnelles devraient être considérées dans la mise en place d'un système d'assurance santé (voir détail dans le rapport d'évaluation). Le modèle mutualiste n'est peut-être pas faisable dans toutes les circonstances et le fait de choisir une autre option ne signifie pas pour autant que certains principes ou plus value mutualiste ne pourront être mises en œuvre (solidarité, cohésion sociale, contrôle par les bénéficiaires, organisation de la demande de soins).

1.2 Le fonctionnement des mutuelles

→ Recommandations adressées aux mutuelles (MAUGO et MUGTM), à l'UGTM et à l'AUZ ainsi qu'à Nantes Guinée

- *Alléger et simplifier les organes de gestion et de participation.* Dans leur composition actuelle, les organes de gestion sont peu fonctionnels et mobilisent beaucoup de personnes; ce qui peut conduire à des découragements. Il faudrait veiller à les alléger et à simplifier leur fonctionnement. Dans l'optique d'une réorganisation des mutuelles (voir plus loin), l'option d'utiliser les organes des organisations de base pourrait être envisagée (particulièrement dans le cas de la MUGTM; celui de la MAUGO étant plus problématique considérant les problèmes actuels de l'AUZ). De manière plus générale, la réorganisation devrait trouver une manière d'exercer les trois fonctions fondamentales, orientation (rôle théoriquement dévolu au conseil d'administration), gestion (rôle généra-

lement dévolu au bureau exécutif et/ou à un/e gérant/e) et contrôle (rôle théoriquement dévolu au comité de surveillance) sans nécessairement passer par la constitution des organes classiques de gestion et de participation.

- **Revoir le principe du bénévolat.** Pour les tâches relatives à la gestion quotidienne et, durant certains périodes intenses en activités (de recotisation par exemple), pour les tâches relatives à la sensibilisation, un système d'indemnisation devrait être mis en place. Soit en utilisant les frais de gestion intégré dans le calcul des cotisations (pour autant que les niveaux de cotisations soient respectés et en révisant le taux de frais de gestion inclus dans la cotisation, inférieur à celui pratiqué dans la sous-région), soit en prenant en charge ces coûts sur d'autres fonds extérieurs aux (Nantes Guinée). Pour autant que le caractère temporaire de cet apport extérieur soit objectivé et que des ressources structurelles soient identifiées, la pérennité des mutuelles ne sera pas mise en question. Dans le même sens, tout ce qui peut faciliter le travail des responsables, notamment la mise à disposition de moyens de transport (vélos) pourra contribuer à la dynamique des mutuelles et à la motivation des responsables sans pour autant constituer des investissements lourds ou récurrents.
- **Planification des activités des mutuelles.** La récente initiative d'élaboration de plan d'action dans chacune des mutuelles est une initiative positive considérant que les mutuelles d'une part mais aussi les organisations partenaires ont peu de vision à moyen et long terme sur l'évolution des activités liées au fonctionnement de la mutuelle. Il faudrait veiller à ce que ces plans d'action et les processus d'élaboration et de suivi qui l'accompagnent, ne se limitent pas à une approche purement pragmatique mais s'accompagne d'une prise de conscience progressive des enjeux politiques liés au fonctionnement et à la viabilité des mutuelles.

→ **Recommandations adressées spécifiquement à Nantes Guinée**

- **Réflexion sur la non substitution et le désengagement progressif.** Une réflexion globale, notamment dans le cadre de voyages d'études, pourrait contribuer à ce que les cadres guinéens de Nantes Guinée puissent échanger sur les formes d'accompagnement des mutuelles de santé (non substitution et désengagement progressif).
- **Techniques d'animation/sensibilisation.** Les techniques de formations utilisées par Nantes Guinée pourraient être diversifiées et enrichies par l'utilisation de supports visuels notamment. Ici encore des formations spécifiques pourraient être bénéfiques pour les membres de Nantes Guinée. Par ailleurs, ce sujet (animation/sensibilisation dans les mutuelles de santé) n'a jusqu'à présent que peu fait l'objet d'une réflexion globale et encore moins d'une capitalisation de la part des acteurs du développement des mutuelles de santé dans la sous-

région. Une contribution originale de ce type de la part de Nantes Guinée constituerait une plus-value importante pour l'ensemble des acteurs (notamment dans le cadre de la Concertation).

1.3 La viabilité des mutuelles

→ Recommandations adressées spécifiquement aux mutuelles de santé

- *Viabilité administrative.* La plupart des recommandations formulées en rapport avec le fonctionnement des mutuelles sont d'application pour ce qui a trait à la viabilité. Ajoutons cependant que les outils de gestion pourraient être traduits en langue peuhle dans la mesure où les responsables sont alphabétisés dans cette langue.
- *Ouvrir le membership des mutuelles.*
 - *Ouvrir le membership des mutuelles.* Pour des raisons évidentes de viabilité, les deux mutuelles auraient intérêt à ouvrir leur membership au-delà des organisations de base (UGTM et AUZ). Les conséquences relatives à cette ouverture du membership devraient faire l'objet d'une attention particulière mais ne peuvent être présentées comme des obstacles insurmontables. Si les responsables des mutuelles acceptent le principe de l'ouverture, une étude de faisabilité devrait être réalisée dans ce sens. Parmi les points d'attention, on pourra retenir: quid de la capacité/volonté contributive du groupe-cible, quid du conventionnement avec d'autres prestataires, quid des conséquences en termes de gestion et de collecte des cotisations, quid des rapports sociaux/rapports de force en termes de leadership, etc. En termes méthodologiques, le Guide produit par le BIT/STEP sur les études de faisabilité (téléchargeable sur le site du BIT/STEP) pourrait contribuer à renouveler l'approche des études menées précédemment par Nantes Guinée, tant en termes techniques qu'en termes de réalisations (implication d'autres acteurs).
 - A Timbi Madina, l'éventuelle concurrence que pourrait présenter cette ouverture pour d'autres mutuelles en constitution (mutuelle communautaire appuyée par la GTZ) devrait également être prise en considération afin de ne pas mettre en péril les deux dynamiques, voire les renforcer.

→ Recommandations adressées à la MUGTM, à l'UGTM et à la FPF

- *Ouverture du CMP.*
 - Dans son fonctionnement actuel, le cabinet médical paysan représente un coût élevé pour l'UGTM et la MUGTM. Afin de répondre aux attentes des populations et d'assurer la viabilité du CMP, ce dernier devrait être ouvert au reste de la population que celle-ci soit

mutualiste (voir recommandation sur l'ouverture du membership des mutuelle) et non mutualiste. Cette distinction permettrait par ailleurs d'obtenir une meilleure vue sur ce qui doit être à la charge de la MUGTM et ce qui ne doit pas l'être. Les conditions de cette ouverture devraient faire l'objet d'une étude de faisabilité particulière.

- **Contrôler la surconsommation et la surprescription.** Tout en veillant à garder les mutuelles attractives pour les membres et le groupe-cible, un ensemble de mesures (ticket modérateur, plafond de prise en charge, etc.) devrait être envisagé pour décourager le risque moral puisque certaines tendances à la surconsommation et/ou à la surprescription sont constatées. Les services (à temps partiel) d'un médecin-conseil permettraient également de mieux maîtriser certains coûts ainsi que la qualité des soins dispensée de manière générale.
- **Prévenir les risques de fraude.** Un système d'identification des bénéficiaires devrait être instauré pour prévenir les risques de fraude, tant du côté des prestataires de soins que du côté des mutuelles. De même, il faudrait veiller à ce que l'adhésion se fasse sur une base familiale.
- **Veiller à la satisfaction des bénéficiaires.** De manière permanente, la satisfaction des bénéficiaires doit être garantie, au risque de voir de désaffilier des adhérents ou ne plus les voir payer leur cotisation (Par exemple, voir les questions liées à la distance entre le CMP et certains bénéficiaires de groupements loin de Timbi Madina). L'objectif premier d'une mutuelle étant de faciliter l'accès aux soins des populations, une politique de proximité des soins de santé devrait être mise en œuvre (visite hebdomadaire du médecin, conventionnements avec des postes de santé publics, etc.).
- **Collecte des cotisations.** Les procédures financières entre l'UGTM et la MUGTM doivent être mieux élaborées. Ainsi le circuit financier des différents modes de paiement de cotisations (paiement direct au groupement, paiement au moment de la vente des produits dans les magasins de l'UGTM, etc.) devraient être codifiés par des procédures claires.
- **Mettre en place des règles prudentielles.** Les assemblées générales de chaque mutuelle doivent déterminer sur l'affectation des excédents, la priorité devant revenir à la constitution des réserves. Le prochain projet doit aussi réfléchir à la mise en place d'un fond de garantie.

→ Recommandations adressées spécifiquement à Nantes Guinée

- **Comprendre les dynamiques d'adhésion.** Pour mieux comprendre les dynamiques d'adhésion (facteur crucial de la viabilité des mutuelles), Nantes Guinée devrait mener des enquêtes approfondies sur les causes précises (ponctuelles

ou structurelles) de non adhésion et désaffiliation ainsi que sur la provenance des ressources servant à payer la cotisation (ressortissants, hommes et/ou femmes dans le ménage).

1.4 Relations avec les autorités sanitaires et services de santé

→ Recommandations adressées spécifiquement à Nantes Guinée

La question du médicament est vitale et une solution à court, moyen et long terme doit être recherché. Il est évident que les moyens du projet ne suffiront pas et que la problématique de la disponibilité du médicament dépasse Nantes Guinée. Cependant:

- à court terme: au niveau national, il semble clair qu'une solution structurelle ne sera pas trouvée. Par contre, la possibilité d'un approvisionnement auprès de la PCG a été réaffirmé. Si ces informations s'avèrent exactes, Nantes Guinée pourrait apporter Nantes Guinée doit apporter cette information auprès des autorités sanitaires préfectorales;
- à moyen terme: la préfecture de Pita fait parti du nouveau projet financé par la Banque mondiale. Dans ce cadre, il est prévu une dotation complémentaire en médicament pour les structures sanitaires.
- parallèlement: les ONG et structures sanitaires associatives réfléchissent à la mise en place d'une Centrale d'Achat avec le soutien d'un projet italien. Ils disent être ouverts à une éventuelle adhésion de l'ensemble des structures non lucratives ou publiques travaillant avec une mutuelle. Nantes Guinée pourrait suivre la mise en place de ce projet et informer régulièrement ses partenaires pour leurs adhésions éventuelles.

→ Recommandations adressées particulièrement à la FPF, l'UGTM et la MUGTM

Nous nous concentrerons ici sur le cas des relations avec le Cabinet Médical Paysan de Timbi Madina, cas le plus problématique à l'heure actuelle. La situation actuelle du CMP n'arrange personne, de ce fait une réponse institutionnelle s'impose. Pour rappel:

- le CMP est rattaché à l'UGTM, ce dernier n'exerce aucun contrôle, le COGES est fictif;
- le médecin n'est pas satisfait de cette situation;
- il est impossible et irréaliste pour la MUGTM (avec ses 1252 bénéficiaires en 2004-2005 et ses 689 bénéficiaires pour l'exercice en cours) de supporter financièrement à elle seule le coût de fonctionnement du cabinet²¹.

Compte tenu de ce qui précède nous suggérons les pistes suivantes:

²¹ Voir les différentes estimations faites par Nantes Guinée.

Hypothèse 1: placer le CMP au niveau de la MUGTM

- Ceci aura l'avantage de simplifier les relations en diminuant le nombre d'intervenants et d'intégrer le cabinet par rapport à son objet initial. Le Dr Barry se reconnaîtra plus dans le budget, la mutuelle pourra exercer un contrôle plus rapproché, dans le cadre d'une nouvelle convention à partir d'une lettre d'orientation ou de mission
- Autoriser l'accès du cabinet aux non – mutualistes moyennant une étude de faisabilité pour évaluer les tarifs à appliquer, le fonctionnement à mettre en place (gestionnaire, COGES), mode de rémunération du médecin (par exemple, salaire de base et intéressement aux résultats).

Hypothèse 2: Placer le médecin au niveau du Centre de santé de Timbi Madina.

La sous préfecture de Timbi Madina dispose d'un grand centre de santé, qui est sous utilisé. Par ailleurs, les autorités sanitaires craignent que le développement d'une médecine privée ait des conséquences sur l'équilibre du centre de santé. On pourrait imaginer que le médecin rejoigne l'équipe du centre de santé dans le cadre d'une relation contractuelle qui définira le rôle et responsabilité de chacun ainsi que les modes de contrôle. Cette solution permettra notamment de rendre les services du médecin plus accessibles aux mutualistes (moindre coût global) et aux non mutualistes. Comme pour la première hypothèse, le médecin doit être dans une relation contractuelle flexible avec salaire et intéressement aux résultats (sur ses propres activités). Cette hypothèse n'a pas été discutée avec les acteurs à Pita et Mamou, cependant le Directeur des Etablissements Hospitaliers (Ministère de la Santé) pense que cela serait envisageable si un accord local était trouvé. Il existe ce type de modèle en Afrique, notamment au Tchad, en Côte d'Ivoire et au Mali.

Le choix parmi ces deux hypothèses, nécessite dans tous les cas la réalisation d'une étude de faisabilité sociale et financière sur les deux hypothèses ainsi que l'organisation d'une concertation avec l'ensemble des acteurs.

1.5 Les conditions de relance de la MUSIL

➔ Recommandations adressées spécifiquement à Nantes Guinée et à SPLS

Dans une section antérieure, nous avons relevé les conditions de création de la MUSIL et le fait que cette mutuelle n'a jamais été fonctionnelle malgré que des frais d'adhésions/cotisations aient été versés. Le choix méthodologique d'attendre qu'un certain nombre d'adhérents soit atteint pour démarrer les prestations est très questionnable quand on sait que le groupe-cible potentiel a souvent besoin de voir fonctionner le mécanisme assurantiel avant de prendre la décision d'y adhérer.

Pour relancer le projet d'assurance santé sur les Iles de Los et affermir sa crédibilité (un peu perdue auprès des mutualistes des Iles de Los), Nantes Guinée devrait prendre une mesure « vigoureuse ». Ainsi, l'ensemble des personnes ayant cotisées ont certainement droit à un début de prestation. Pour cela il faudrait:

- Redéfinir le modèle d'assurance en envisageant différentes options organisationnelles et non uniquement celle d'une mutuelle communautaire. Moyennant des formations spécifiques et des ressources humaines, il serait par exemple envisageable que SPLS soit la structure chargée de gérer cette assurance santé;
- Pour assurer la relance, Nantes Guinée devrait compléter le coût de prise en charge de la première année pour l'ensemble des personnes ayant cotisées;
- Un programme de relance des activités devrait être élaboré, programme qui débutera, avant toute chose, par la prise en charge des prestations pour les personnes en ordre de cotisations. Au bout de six mois, une campagne de d'information et de sensibilisation pourrait être lancée pour rechercher de nouveaux adhérents et préparer les adhérents actuels au renouvellement de leur adhésion et paiement de leur cotisation.

Considérant la configuration sociale des Iles de Los et les mauvaises expériences antérieures ressenties par les populations, la reprise de la « MUSIL » ne pourra être assurée qu'en y investissant des fonds et en révisant l'approche organisationnelle de l'assurance santé. Par ailleurs, Nantes Guinée devrait envisager objectivement la faisabilité du projet sur les Iles de Los considérant qu'une présence permanente ne sera plus assurée dans la région de Conakry (déménagement du siège dans le Fouta Djallon). La collaboration avec une autre structure d'appui active à Conakry devrait être envisagée si Nantes Guinée souhaite s'investir dans la relance de la MUSIL.

1.6 La perspective d'une organisation fédérative

→ Recommandations adressées spécifiquement à l'ensemble des organisations partenaires

- Au stade actuel aucun de nos interlocuteurs mutualistes ou autres n'a abordé cette question en terme de perspective. Bien que prévue dans le projet 2005-2007 de Nantes Guinée et dans les sujets à aborder lors de cette évaluation, il est difficile de se prononcer sur la pertinence, sauf théorique, et la faisabilité d'une telle idée à court et moyen terme.
- La réussite d'une structure faïtière dépend en partie de l'importance qualitative et quantitative de sa base. Or, dans la préfecture de Pita, le nombre de mutuelles est encore faible pour obtenir profit d'une organisation fédérale ou unioniste. Mais cette option pourrait s'inscrire dans une perspective à moyen terme. Les différentes organisations pourraient déjà apprendre à se connaître, à

discuter des contours de la structure à mettre en place dans le cadre de visites d'échange. Dans le cas du Fouta Djallon (ou de la Guinée dans son ensemble), la constitution d'une organisation fédérative n'implique pas uniquement les mutuelles en place mais aussi leurs structures d'appui, voire leurs bailleurs de fonds. Ainsi les relations, approches et pratiques des structures d'appui peuvent constituer des obstacles importants. Dans ce sens, la création de la plateforme des opérations d'appui aux mutuelles de santé, constitue un atout important dans une perspective fédérative.

Synthèse des recommandations relatives à l'efficacité des mutuelles de santé

→ Recommandations adressées spécifiquement à Nantes Guinée

- *Cf. Remarques sur le fonctionnement et la viabilité des mutuelles*
- *Risques à couvrir.* La question du type de risques à couvrir (petits risques et/ou gros risques) est un débat permanent au sein du monde mutualiste. Les tenants de la prise en charge seulement du « gros risque » estiment que c'est ce risque qui pose problème aux familles de par son coût élevé et considérant que les petits risques ne représentent pas réellement un obstacle financier. Pour les tenants du « petit risque », c'est le caractère régulier de sa fréquence qui justifierait sa prise en charge par les mutuelles. Le gros risque étant un phénomène rare, sa prise en charge exclusive serait source de découragement pour les mutualistes. Il nous semble qu'il n'y a pas à avoir de dogme en la matière, particulièrement dans une perspective mutualiste. Une mutuelle répond avant tout aux besoins de ses membres: il revient donc aux membres et à eux seuls (même s'ils bénéficient de conseils) de définir les prestations à couvrir en ayant à l'esprit l'importance de l'équilibre du couple prestation/cotisation. L'appui de Nantes Guinée à cet égard devrait être approfondi tant en termes techniques qu'en termes de discussions avec les mutuelles.
- *Système permanent de monitoring de l'efficacité des mutuelles.* Nantes Guinée devrait se doter d'un système de monitoring relatif à l'efficacité des mutuelles notamment en exploitant les données issues des formations sanitaires. Les indicateurs proposés par le guide de suivi et d'évaluation CIDR/STEP (2002) pourraient constituer un premier set de référence: taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires, taux d'utilisation comparé des services de santé, temps de latence comparé, durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée, coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée, taux d'exclusion des bénéficiaires.

Synthèse des recommandations relatives à la pertinence et à l'efficacité de l'intervention de Nantes Guinée

3.1 Relations entre acteurs

→ Recommandations adressées spécifiquement à Nantes Guinée

- Poursuivre la participation de Nantes Guinée à la plate-forme des opérateurs d'appui;
- Veiller à ce que l'ensemble du personnel de Nantes Guinée puisse être associé aux réunions et aux échanges d'information de cette plate-forme;
- Veiller à ce que cette plate-forme contribue à poser les bases d'une éventuelle union ou fédération de mutuelles, au niveau régional et/ou national.

→ Recommandations adressées spécifiquement à Nantes Guinée et aux organisations partenaires

- *Développer les compétences des organisations partenaires* (UGTM, AUZ, FPF, SPLS, etc.) en matière d'assurance santé (accès à des formations dispensées dans la sous-région par exemple). L'acquisition de ces compétences permettra que les organisations guinéennes puissent en meilleure connaissance de cause réfléchir aux questions liées à l'accès aux soins et à l'assurance santé.
- *Poser les bases d'un nouveau partenariat autour de la MUGTM* en repartant de la problématique de l'accès aux soins et de l'offre de soins disponibles. Une réflexion globale sera plus utile que la tentative de résolution de problèmes particulier (agrément du cabinet par exemple).
- *Avoir une approche globale de l'accès aux soins*. Faciliter l'obtention de financement pour les demandes notamment relatives à l'offre de soins ou autres demandes annexes aux mutuelles de santé et contribuer à l'étude de chacune de ces demandes en termes de pertinence et priorité.

3.2 Moyens, stratégies mises en œuvre et constitution de l'expertise locale

→ Recommandations adressées à Nantes Guinée

- *Renforcer l'équipe de Nantes Guinée*. L'équipe de Nantes Guinée devrait être renforcée, notamment en termes de formations (cycles de formations dispensés par d'autres structures d'appui dans la sous-région). L'équipe française devrait également veiller à ne pas trop s'impliquer dans les aspects techniques de l'appui aux mutuelles de santé mais bien à se concentrer sur les orientations politiques et des appuis ponctuels (hormis le suivi assuré par le/la chargé/e de programme).
- *Assurer la coordination de l'équipe du Fouta Djallon*, notamment en recrutant un chargé de programme guinéen ayant des compétences techniques en assurance santé.

-
- *Associer tous les membres de l'équipe aux décisions prises.* Améliorer la communication avec Nantes, en faisant participer l'équipe locale aux discussions sur les options stratégiques.
 - *Mieux intégrer les fonctions d'appui conseil pour les mutuelles. Organiser l'appui dans la logique des mutuelles* (gestion et animation – formation vont ensemble) et non pas dans la logique du projet.
 - *Reposer les bases d'une transition « projet vers expertise locale ».* Les acteurs en présence semblent avoir des logiques différentes par rapport à Nantes Guinée et son mode d'intervention. Il conviendrait de reposer les bases d'une transition d'une approche projet vers la constitution d'une expertise locale, en y associant particulièrement les membres guinéens de l'équipe. La perception des acteurs ainsi que le fonctionnement actuel de l'équipe ne favorise certainement pas la réalisation commune de cet objectif.

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES/INSTITUTIONS RENCONTREES

Nantes les 21 et 22 novembre 2005

- Valérie Diallo, Chargée de Programme/Chef de projet interimaire
- Daniel Coutant, Président
- Déjeuner avec des membres du Conseil d'administration
- Marie-Jeanne Olivier, ancienne présidente et membre du CA
- Yves Barraud, Vice-Président
- Yvon Mourge, membre du CA
- Pierre-Yves Trehin, Trésorier

Conakry, du 7 au 21 décembre 2005

- Dynam, Aissatou Barry
- Rencontre avec les Actions Concertées pour la Santé
- Dr. Sekou Condé, Directeur des Etablissements Hospitaliers, Ministère de la Santé et Dr. Sakalou, Ministère de la Santé
- Mr. Cécé Bamou, CIDR
- Alhassane Barry, GTZ
- Rencontre avec l'AFVP
- Martine Logez, Coopération Française
- Représentant de l'Association Française des Volontaires du Progrès
- Raphael Girod et Morgan Lemoustadère, Union Européenne.

Fouta Djallon et Iles de Loos (du 10 au 21 décembre)

Autorités locales	
Sous-préfecture Timbi madina	Abdoulaye Diallo, Sous Prefet Oumar Telico Ibrahima Barry Nabilay Camara; Elhadj Mamadou Bah: Trésorier CRD)
Sous-préfecture Gongoré: 12 – 12 – 05	Oumar Sylla Ba: Secrétaire CRD

	Salif Noumouya Camara: Agent Vétérinaire
Equipe Nantes Guinée	
Rencontres avec l'équipe de Nantes Guinée et interviews individuelles	Gilbert Kpessou, Ibrahima S. Diallo, Thierno Sow, Alhassane Barry, Béatrice Diallo
MUGTM	
Rencontres avec le Bureau Exécutif de la MUGTM	Mme Mariam Camara: Présidente Mutuelle Hamidou Bah, Trésorier Mutuelle Ahmed Tidiane Diallo: Secrétaire Général MUGTM Mamoudou Bah: Secrétaire Général Adjoint MUGTM
Rencontres avec le Bureau exécutif de l'UGTM	Elhadj Ibrahima Diallo: SG Elhadj Mamadou Diallo: Président Mme Mariam Camara: membre de l'UGTM
Rencontre avec le Groupement de Hamdallaye	16 personnes
Rencontre avec le Médecin CMP	Dr Abdoulaye Barry
Fédération des Paysans du Fouta Djallon	Lamara Diallo: Secrétaire Général Mamadou Sylla: Technicien maraîcher Ibrahim Barry: Comptable Morgane Priol: Conseillère Technique Thierno Baïla Diallo
Président de la FPPD	Moussa Para Diallo
Comité de surveillance de la MUGTM	Ousmane Diallo Hadjia Aissatou Diallo Aissatou Diallo
Groupements de Timbi Madina	Sonké, 10 personnes Tiapata, 30 personnes Lafou, 18 personnes
Poste Santé Hamdallaye	Mamadou Saliou Diallo: Chef de poste
MAUGO	
Groupement de Gongoré	Gongorewol: 12 personnes Guilintiko: 1 pers Maciwol: 1 pers Bantahiwol: 1 pers Baliya: 1 pers Darou
Poste de santé Darou	Koulenou Niankoy-o: Aide de santé, Chef de poste
Centre de santé Gongoré	Mamadou Oury Bah: Chef de centre Madina Macida: Sage Femme
Membres du Bureau exécutif de la MAUGO	
Autres	
Rencontre avec le Bureau Exécutif de la Mutuelle de santé communautaire de Timbi Madina: 13 – 12 – 05	Jacob Diawara: SG Alpha Oumar Barry Ismaila Diallo Mamadou Sadio Diallo Boubacar Diallo Alpha Oumar Diallo Elhadj Mamadou Bassirou Diallo: Vice-Président
Hôpitaux et autorités sanitaires	
Hôpital Préfectoral de Pita	Dr Abdoulaye Kader Camara, Directeur Hôpital M. Mamadou

	M. Diallo, Agent administratif Dr Boubacar Sidiki Dramé Dr Thierno Abdoulaye Bah, Pharmacien Chef Dr Mamadou Pathe Bah
Rencontre à la Direction Régionale de la Santé de Mamou	Dr Robert Camara, DRS Dr Yamoussa Youla, Directeur hôpital Mamou
MUSIL	
Rencontres avec le SPLS	Dr. William Sauyers, SPLS
Ile de Room	Fodé Hamidou Camara, Président Manata Lucas: Trésorière Fodé Bangoura, Président comité de base Room Mabette Sylla, Trésorière comité de base Room
Ile de Rogbanet	Amara Souma, Comité de surveillance Mme Fatou Sylla, membre du CA Musil
Ile de Fotoba	Thomas Souma, Comité de surveillance Aminata Bah, Trésorière
Agents de santé des îles (rencontre au port de Conakry)	Mohamed Lamine Kanté ICP, Fotoba II Ciba Alexi ICP Room

Restitution à Gongoré, le 16 décembre 2005

Prénom – Nom	Structure	Fonction
Oumar OUATTARA	UTM – MALI	Consultant
Bénédicte FONTENEAU	Université de Leuven	Chercheuse
Béatrice DIALLO	Nantes – Guinée	Chef de Projet
Thierno Mamadou Baïlo SOW	Nantes – Guinée	Agent de Terroir
Thierno Souleymane SOW	MAUGO	Vice Président
Bah Mamadou OURY	Chef de Centre Santé	Gongoré
Fall Mariama DALAN	MAUGO	
Moussa Yero DIALLO		
Bah Fatouymata Binta		
Lawratou BAH		
Ton Rougaïyatou DIALLO		
Diallo Ibrahima CAMARA		
BAH Aïssatou	MAUGO	Trésorière
DAILLO Issatou	MAUGO	Trésorière adjointe
Sall Dalan	MAUGO	Membre
Madina Macima	Centre Santé de Gongoré	Sage – femme
BARRY Alhassane	Nantes Guinée	Resp Gestion
Diallo Mamadou Aliou Poréko	Interprète – Traducteur	
Thierno Hadjiratou BAH	MAUGO	Présidente

Restitution à Timbi – Madina, le 16 décembre 2005

Prénom – Nom	Structure	Fonction
Oumar OUATTARA	UTM – MALI	Consultant
Bénédicte FONTENEAU	Université de Leuven	Chercheuse
Béatrice DIALLO	Nantes – Guinée	Chef de Projet
BARRY Alhassane	Nantes – Guinée	Gestionnaire

Hamidou BAH	UGTM	Trésorier
Mariama Camara	UGTM	Présidente
Aïssat Galla DIALLO	UGTM	Comité Surveillances
Taïbou KAANN	UGTM	Mutualiste
Ousmane DIALLO	UGTM	
Moustapha BALDE	F.P.F.D	Formateur
Madany KOULIBALY	F.P.F.D	Formateur
DIALLO Mamadou Aliou Poréko	Traducteur - Animateur	
Dr Abdoulaye BARRY	CMP	Médecin
Thierno Mamadou Baïlo SOW	Nantes - Guinée	Agent de Terrain

ANNEXE 2

GUIDES D'ENTRETIEN

1. QUESTIONS AUX MEMBRES/BENEFICIAIRES

Thèmes abordés.

- Sur la pertinence du modèle mutualiste
- Sur l'appropriation des mécanismes mise en place
- Sur la qualité des soins
- Sur l'efficacité des mutuelles en termes d'accès aux soins, évolution de la fréquentation des formations sanitaires, tarification des soins. Autres effets positifs et négatifs induits par les structures et mécanismes mis en place (autopromotion, dynamique communautaire, etc..)
- Pour Timbi Madina (centre de santé = CMP). Repérer les éléments de réponses relatifs au CMP et l'évolution éventuelle de la situation.

Section I. Motivation du membership

DEMANDER QUI EST MEMBRE ET QUI N'EST PAS MEMBRE DE LA MUTUELLE.

I.1. Pour ceux qui sont membres de la mutuelle.

- Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous vous êtes fait membres de la mutuelle?

I.2. Pour ceux qui n'ont jamais été membres.

- Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous ne vous êtes pas fait membres de la mutuelle?
- Qu'est-ce qui devrait changer pour que vous décidiez de vous faire membre de la mutuelle ? - Identifier s'il s'agit de facteurs relatifs à la personne (niveau de

revenus par exemple) ou bien s'il s'agit de facteurs relatifs à la mutuelle de santé ou aux prestataires de soins?

I.3. Pour ceux qui ne sont plus membres de la mutuelle.

- Pourquoi ne vous êtes-vous pas réinscrit à la mutuelle?
- Qu'est-ce qui devrait changer pour que vous décidiez à nouveau de vous faire membre de la mutuelle? Identifier s'il s'agit de facteurs relatifs à la personne (niveau de revenus par exemple) ou bien s'il s'agit de facteurs relatifs à la mutuelle de santé ou aux prestataires de soins?

I.4. Dans la zone, qui peut-être membre de la mutuelle? Qui ne peut pas être membre?

I.5. Pourquoi ne pas ouvrir la mutuelle aux personnes qui ne sont pas dans les groupements? Avantage et désavantage de l'ouverture

Section II. Connaissance, mise en place et fonctionnement de la mutuelle

II.1 Comment est venue l'idée de faire une mutuelle?

II.2. Avant la mutuelle, est-ce qu'il existait un autre système?

- Décrire la différence. Avantages et Inconvénients du ou des système/s précédents

II.3. Pourriez-vous expliquer comment fonctionne la mutuelle?

REPEREZ LES PRINCIPES DE BASE:

- PREVOYANCE
- PARTAGE DU RISQUE
- ORGANISATION (QUI PREND LES DECISIONS?)
- GESTION DE L'ARGENT?
 - Qui gère l'argent au sein de la mutuelle?
 - Savez-vous s'il y a de l'argent dans la caisse/à la banque? (ou bien si la mutuelle est en déficit/a des problèmes d'argent)? Comment avez-vous eu cette information? S'il y a excédent, savez-vous à quoi sert cet argent?

II. 4. Comment a-t-on décidé du montant de la cotisation?

II. 5. Quelles sont les prestations offertes par la mutuelle, (indiquez les prestations ou les %)?

II. 6. Comment a-t-on décidé que ces prestations allaient être prises en charge? (*pourquoi ces prestations et pas d'autres?*)

II. 7. Est-ce que ces prestations correspondent à ce dont vous avez besoin? S'il y avait la possibilité, qu'est-ce qui devrait être ajouté en premier?

II 8. Depuis la création de la mutuelle, est-ce qu'il y a des choses qui ont changées dans le fonctionnement?

DEMANDER A CHAQUE FOIS LA NATURE DU CHANGEMENT ET POURQUOI CELA A ETE MODIFIE?

- Cotisations
- Mode de collecte des cotisations
- Prestations
- Prestataires de soins
- Parcours du membre
- Autre?

II. 9. Participez-vous à des rencontres de la mutuelle? Si oui, lesquelles? Qu'y discute-t-on? Y prend-on des décisions (et lesquelles?)

Section III. Efficacité

III.1. Avant d'être membre de la mutuelle

- Alliez-vous au centre de santé,? Lequel? Le cas échéant, pourquoi avez-vous changé?
- Comment faisiez-vous pour payer les médicaments?

III.2. Depuis que vous êtes membres de la mutuelle:

- Allez-vous/votre famille plus souvent au centre de santé?
- Y allez-vous plus tôt?
- Y allez-vous pour des problèmes pour lesquels vous n'alliez pas au centre de santé précédemment

III.3. Depuis que vous êtes membres de la mutuelle, est-ce qu'il est déjà arrivé que vous ne puissiez pas aller vous faire soigner (problème de déplacement, pas assez d'argent pour payer le niveau de soins, etc.) -

EXPLIQUEZ.

III. 4. Est-ce qu'il y a des choses qui ne marchent pas très bien dans la mutuelle, des choses qui devraient être améliorées?

- En termes de prestations couvertes
- En termes de cotisations
- En termes de modalités d'adhésions
- En termes de choix du prestataire
- En termes de prise de décision
- En termes de gestion
- Autre

III.5. Depuis sa création, est-ce que la mutuelle a aidé à autre chose que les problèmes de santé? Expliquer.

III.6. Est-ce que la mutuelle a aussi eu des effets négatifs? Expliquer.

Section IV. Qualité des soins

IV.1. Depuis que la mutuelle existe, est-ce que des choses ont changé au centre de santé?

DEMANDER A CHAQUE FOIS: A QUOI VOYEZ-VOUS CELA?

- En termes d'accueil
- En termes de soins donnés
- En termes de médicaments (disponibilité qualité, etc.)?
- En d'autres termes

2. QUESTIONS AUX RESPONSABLES DES MUTUELLES (CA/BE/CC)

Section I. Identification – questions additionnelles (Information de base disponibles dans les rapports) .

1. Infrastructures: la mutuelle dispose-t-elle d'un lieu de rencontre et/ou de bureau?
 - Si oui: Depuis quand? Qui en a financé l'achat / qui prend en charge le loyer?
 - Si non: Où vous réunissez-vous? Où se fait la gestion de la mutuelle (où sont conservés les documents? Où les membres peuvent-ils se rendre?)?
2. Sous quelle forme juridique fonctionne la mutuelle?

Section II. Généalogie

1. Comment est venue l'idée de faire une mutuelle?
2. Qui sont les promoteurs de l'initiative (distinguer les promoteurs issus de l'organisation de base/groupe-cible, etc.)? Décrire les rôles joués par chacune de ces personnes/institutions.
3. Comment le groupe cible a-t-il été défini?
 - Pourquoi ne pas avoir impliqué d'autres groupements/unions ou personnes?
 - Pourquoi ne pas le faire maintenant?
4. Comment les besoins du groupe-cible ont été identifiés ?
5. Dans quelle mesure les besoins identifiés au départ (en termes de risques à couvrir) se retrouvent-ils traduits en termes de prestations?
6. Comment et avec qui est-on parvenu à définir les différents volets/instruments suivants?
 - Paquet de prestations (cf. réponses précédentes)
 - Cotisations
 - Droits d'adhésion
 - Statut/organisation interne

- Modalités de gestion: fonctionnement des organes de décision et de participation, gestion de l'argent, etc.
- Choix du prestataire de soins

7. Des formations relatives à la mutuelle ont-elles été dispensées avant/durant le processus de mise en place?

Section III. Caractéristiques de la Mutuelle

III.A. Modalités d'adhésion

- Montant du droit d'adhésion
- Mode d'adhésion
- Montant de la cotisation (par membre ou bénéficiaire/période)
- Périodicité et mode de collecte de la cotisation
- Conditions de membership (conditions à remplir pour être membre) -
Restriction de membership (restrictions à devenir membre)
- Motifs d'exclusion
- Existence d'un stage d'attente (et durée)

III. B. Prestations

Précisez pour chacune des prestations:

- *le paquet de prestations offert par la mutuelle (y.c. le % de prise en charge (ou le montant forfaitaire)*
- *la limite d'utilisation (ex: nombre de fois par an, nombre de jours maximum d'hospitalisation, etc.)*
- *le plafond de remboursement/de prise en charge (ex: 50 000 francs/an)*

III.C. Gestion des risques

Quelles mesures ont été prises pour la gestion des risques suivants?

- La sélection adverse
- Le risque moral
- La fraude et les abus
- Le risque de surprescription

III. D. Membership

Membership actuel

- Nombre de membres (% de hommes/femmes)
- Nombre de bénéficiaires(% de hommes/femmes)
- Quel est le « parcours du membre »? Au près des structures mutualistes et/ou des structures de santé. Indiquez également de quels documents le membre doit se munir durant ce parcours (carte de membre, lettre de garantie, etc.).

III. E. Gestion, participation et prise de décision

Sur base de l'organigramme de la mutuelle (intégrer aussi l'association de base, les prestataires de soins et autres acteurs éventuels), décrire les différentes instances et décrire les fonctions suivantes telles que théoriquement prévues.

E.1. Composition et fonctionnement des instances de décision

CA - BE - Comité de surveillance – Comité de suivi (?) - Autre (précisez)

Situation comparée avec le début de la mutuelle: renouvellement des instances?
Evolution du nombre de femmes?

E.2. Fonctionnement des instances de décision (à poser à chacun des organes)

- Demander les dates des dernières réunions permet de vérifier si les instances se réunissent réellement.
- Dates des deux dernières réunions
- Evaluation du fonctionnement: (a) tenue des réunions, (b) nombre de participants (c) contenu
- Qu'est-ce qui a posé et/ou pose problème au niveau du fonctionnement des instances de décisions (percevoir l'évolution: problèmes récemment apparus, problèmes résolus, etc.)?

E.3. Participation aux instances de décision

- Comment les membres de ces instances sont-ils élus/désignés? Durant quel type de rencontre?
- Est-ce que les statuts prévoient des modalités relatives à la participation des femmes?
- Comment les membres sont convoqués à l'AG? Qui est représenté à l'AG?

- Comment s'assure-t-on que les modalités des réunions/rencontres (heures, lieu, durée, etc.) permettent aux membres d'y participer? Comment s'assure-t-on que les modalités des réunions/rencontres (heures, lieu, durée, etc.) permettent aux femmes d'y participer?
- Qu'est-ce qui a posé et/ou pose problème au niveau de la participation des membres aux instances de décisions (percevoir l'évolution: problème récemment apparus, problèmes résolus, etc.)?
- Qu'est-ce qui a posé et/ou pose problème au niveau de l'information, la participation et la prise de décision relative aux adhésions/statut de bénéficiaire et modalités afférentes?

E.4 Participation et prise de décision relative à la gestion

- Qui décide de l'affectation des résultats?
- Qui approuve le compte de résultats et le bilan?
- Qui tient à jour les outils de gestion?
- Qui effectue les contrôles comptables et financiers?
- Qui contrôle les factures des prestataires?
- Qui effectue les évaluations ou les audits internes?
- Qui intervient en cas de détournement de fonds?
- Qu'est-ce qui a posé et/ou pose problème au niveau de la participation et prise de décision relative à la gestion (percevoir l'évolution: problèmes récemment apparus, problèmes résolus, etc.)?

E.5 Participation et prise de décision relative aux prestations

- Qui fait le suivi des prestations?
- Qui contrôle la qualité de bénéficiaire?
- Qu'est-ce qui a posé et/ou pose problème au niveau de la participation relative aux prestations (percevoir l'évolution: problèmes récemment apparus, problèmes résolus, etc.)?

Section IV. Viabilité

IV. A. Viabilité administrative

1. Est-ce que la mutuelle s'est dotée d'outils pour suivre les adhésions (fiches d'adhésion/registre d'adhésion)? Ces outils sont-ils à jour? Demander à voir les outils de gestion

- Quels types d'outil? Est-ce que ces outils ont connu des modifications au fil du temps (dans la forme, dans la manière de les utiliser, etc.)?
- Dans quelle mesure (à quelle fréquence)?
- Qui remplit les outils de gestion?

2. Est-ce que la mutuelle s'est dotée d'outils pour suivre le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion? Ces outils sont-ils à jour?

- Quels types d'outil? Est-ce que ces outils ont connu des modifications au fil du temps (dans la forme, dans la manière de les utiliser, etc.)?
- Dans quelle mesure (à quelle fréquence)?
- Qui remplit les outils de gestion?

3. Suivi des demandes de prise en charge

- Comment vérifiez-vous qu'une personne à droit aux prestations de la mutuelle? (Outils et procédures: carte d'adhérents, liste d'exclus, lettre de garantie, attestation de soins, etc.)
- Les procédures relatives à la prise en charge (membre-mutuelle-prestataires) sont-elles codifiées? Si oui, comment?

4. Suivi du portefeuille de risque

- La mutuelle s'est-elle dotée d'outils permettant de suivre le coût moyen des prestations?
- La mutuelle s'est-elle dotée d'outils permettant de suivre la fréquence moyenne des risques?
- La mutuelle s'est-elle dotée d'outils permettant de suivre l'évolution du nombre des bénéficiaires et l'évolution des adhésions

5. Suivi de l'enregistrement comptable

La mutuelle tient-elle une comptabilité?

- Quels sont vos outils comptables (Livre de caisse? Livre de banque? Grand livre? Journal?)

- La mutuelle s'est-elle dotée d'outils permettant le suivi de l'enregistrement comptable?
 - o Collecte des archives comptables
 - o Archivage des pièces comptables
 - o Vérification régulière des écritures et soldes comptables?
 - o Contrôle de la caisse et rapprochement bancaire (contrôle mensuel)
 - o Contrôle du compte de résultat annuel
 - o Contrôle du Bilan annuel
- A quoi vous servent ces outils par rapport à la gestion de la mutuelle? (Quelles informations vous donnent-ils?)

A.5 Suivi financier

- La mutuelle s'est-elle dotée d'instruments de suivi du budget et de la trésorerie? Construction du budget en début d'exercice
 - o Suivi budgétaire (2x/an)
 - o Construction d'un plan de trésorerie (1x/trimestre)
 - o Suivi du taux de recouvrement (1x/trimestre)

A.6 Appréciation globale

- Dans quelle mesure, les différents outils et procédures que vous utilisez sont ils satisfaisant pour collecter des données sur la viabilité administrative de votre mutuelle?
- Quels sont les problèmes (difficultés) que vous rencontrez dans l'utilisation et la mise à jour de ces outils?
- Difficultés peuvent être liées: manque de temps, manque de personnel/bénévole compétent, outils trop complexes, pas de collaboration des prestataires de soins, etc.
- Comment comptez-vous répondre à ces problèmes et avez-vous déjà entrepris des actions pour répondre à ces problèmes?

IV. B Viabilité fonctionnelle

B.1 Taux de croissance brute

- Taux actuel et évolution (taux de croissance brute par bénéficiaire Taux de croissance brute par membre)

- Quelles explications donnez-vous à ces taux (croissant, décroissant ou égal selon le résultat)?

B.2 Taux de fidélisation

- Taux actuel et évolution
- Comment expliquez vous ce (faible/fort) taux de fidélisation?
- Quelles raisons invoque un membre quand il quitte la mutuelle (c'est-à-dire quand il ne renouvelle pas sa carte de membre/ne paie pas ses cotisations)?
- Des actions ont-elles été entreprises (pour expliquer la fidélisation ou pallier au manque de fidélisation)?

B.3 Evolution de la taille moyenne des ménages

- Taux actuel et évolution
- Comment expliquez-vous l'évolution constatée?

B.4 Taux de croissance interne et externe

- Constatez-vous une évolution dans l'origine géographique des membres (viennent toujours des mêmes zones, viennent de zones auparavant non couvertes par la mutuelles? Laquelle (expliquer)?
- Sur base de quels documents pouvez-vous faire ce constat?
- Comment l'expliquez-vous (actions de la mutuelle, convention avec un nouveau prestataire, etc.)?

B.5 Taux de pénétration

- Connaissez-vous le taux de pénétration de la mutuelle (par rapport au membership de l'organisation de base ou population de la zone – à définir?)-
- Avez-vous des données plus détaillées (par âge, sexe, revenus, etc.)
- Comment expliquez vous ce (fort/faible) taux de pénétration et cette évolution (année/année +caractéristiques/caractéristiques)?

C.6 Taux de recouvrement des cotisations

- Quel est le taux actuel de recouvrement des cotisations?
- Quel est l'évolution du taux recouvrement de cotisation?
- Comment expliquer ce (fort/faible) taux de recouvrement et cette évolution?

C.7 Délai moyen de paiement des prestataires (le cas échéant)

- La mutuelle est-elle actuellement à jour dans le paiement des prestataires?
- Est-ce que cela a déjà été un problème dans le passé? Comment l'avez-vous résolu?

IV. D. Viabilité financière

D.1 Résultats des derniers exercices financiers

- Evolution et commentaires

D.2 Ratio de liquidité immédiate

- Evolution et commentaires

D.3 Ratio de capitaux propres

- Evolution et commentaires

D.4 Ratio de couverture des charges

- Evolution et commentaires

D.5 Ratio de cotisations acquises/charges

- Evolution et commentaires

D.6 Ratio de sinistralité

- Evolution et Commentaires

D.7. Identification des coûts cachés

- Quelles sont les activités inhérentes à la mutuelle (= sans lesquelles la mutuelle ne pourrait pas fonctionner) qui ont été prises en charge soit bénévolement, soit par un organisme de financement, soit par d'autres acteurs? Il ne faut pas valoriser ces coûts. Uniquement les identifier.

IV. E. Efficacité

E.1 Amélioration de l'accès des bénéficiaires aux soins de santé

- La mutuelle s'est-elle dotée d'outils pour apprécier l'amélioration de l'accès des bénéficiaires aux soins de santé? Si, oui: quels outils? Si non, pourquoi et comment la mutuelle apprécie-t-elle alors son efficacité?
- Dans le cas où des outils existeraient, quels sont les résultats constatés?
 - o Exemples:
 - o taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires?

- taux d'utilisation comparé (avec les non bénéficiaires) des services de santé?
- temps de latence comparé
- Est-ce que le paquet de prestations correspond aux besoins des membres?

IV. F. Evolution d'autres caractéristiques et effets de la mutuelle

- Evolution des bénéficiaires (nombre, sexe, localisation)
- Evolution des prestations
- Effets de la mutuelle sur l'organisation de base
- Analyse des conséquences (positives et négatives) de la création/fonctionnement de la mutuelle sur l'association de base et sur les membres.
- Est-ce que des activités liées à la santé (à la promotion de la santé, à la santé de la reproduction) ont été réalisées?
- Est-ce que d'autres activités non liées à la santé ont été réalisées par la mutuelle?

Section V. Relations avec les prestataires et amélioration de la qualité des soins

V. A. Relations avec le(s) prestataire(s) de soins

- Comment le centre de santé a-t-il été informé de la création de la mutuelle? (s'il ne s'agit pas d'un système initié par le centre de santé)?
- Quels ont été leurs premières réactions/commentaires?
- Qui est (sont) votre (vos) interlocuteurs dans le centre de santé?
 - Demandez d'abord qui sont les interlocuteurs
 - Faites précisez l'objet de la relation (c'est-à-dire quand –et si-la mutuelle est en relation avec tel ou tel acteur du centre de santé: à propos de quoi .?)
- Faites commentez la qualité de cette relation (facile, difficile, obstacle, facilitateur, etc.)

V. B. Qualité des soins

- Durant la mise sur pied de la mutuelle, est-ce que la qualité des soins a été une préoccupation?
- La qualité des soins représente-t-elle actuellement un problème pour la mutuelle?

- Est-ce que le critère de la qualité des soins est intervenu dans le choix (si alternative il y avait) du (des) centre(s) de santé avec le(s)quel(s) vous vouliez passer une convention (ou envoyer les membres de la mutuelle)?
- Quels étaient les volets de la qualité des soins qui posaient problèmes?
- Pour quels volets avez-vous pu faire quelque chose et avez-vous pu constater des améliorations?
- Quels sont les volets pour lesquels il y a eu demande d'amélioration de la qualité sans ce que cela ait été suivi des faits? Quel en est selon vous l'explication (ou l'explication avancée par le centre de santé)?

V. C. Aspects contractuels

- La mutuelle a-t-elle passé une convention avec un (des) prestataires de soins?
- A quel moment a commencé le processus de conventionnement et comment s'est-il déroulé (faire décrire par grandes étapes)?
- Qui a signé la/les conventions (distinguez pour chaque prestataire)?
- Quels autres acteurs ont été impliqués dans le processus de conventionnement?
- Que contient la convention avec le(s) prestataire(s) de soins?
- Poser des questions additionnelles sur les mécanismes de contrôle et l'application de ceux-ci.

V. D. Evaluation de la relation avec les prestataires de soins

- Comment évaluez-vous de manière générale la relation de la mutuelle avec le prestataire de soins? (Préciser lequel si plusieurs)
- Depuis la création de la mutuelle (ou les premiers contacts avec le centre de santé), qu'est-ce qui a changé (positivement ou négativement) dans la relation?

Section VI. Relations avec les autorités publiques

- Avec quelles autorités de l'Etat êtes-vous en contact? Sur quels sujets portent ces contacts? (autorisation, échange d'information, etc.)
- Ces autorités ont-elles joué un rôle (positif ou négatif) dans la création de la mutuelle?
- Ces autorités interviennent-elles dans la vie quotidienne de la mutuelle?

Section VII. Dynamiques de regroupement et de collaboration entre mutuelles de santé

- Envisagez-vous la création d'une structure fédérative?
- Avec quelles autres mutuelles?
- A quelles conditions: avantages et inconvénients d'une telle structure

Section VIII. Questions prospectives

- Quelles sont les prochaines étapes (projets) du développement de votre mutuelle?
- Quelles actions dans ce sens ont déjà été entreprises?
- Si vous deviez citer le (un seul) problème actuel le plus important pour la mutuelle, quel serait-il?
- Si vous regardez en arrière, quelles ont été les « erreurs » commises lors de la mise sur pied de la mutuelle (y.c. les premières années/mois de fonctionnement)?
 - o Si c'était à recommencer, que feriez-vous autrement?
- De manière générale, à quelles conditions la mutuelle est-elle viable?
- Si demain, Nantes Guinée se retire, pensez-vous que la mutuelle pourra continuer à fonctionner? Que feriez-vous dans cette situation?
- A quelles conditions la mutuelle pourrait être (plus) efficace à long terme? A.8 Comment ces conditions pourront-elles être assurées/réunies?
- Avez-vous quelque chose à ajouter qui n'aurait pas été abordé durant ces entretiens?

3. Questions aux responsables UGTM/AUZ

Thèmes abordés.

- Sur la pertinence du modèle mutualiste
- Sur leur rôle/implication dans la mutuelle
- Sur le fonctionnement de la mutuelle
- Sur la viabilité de la mutuelle

- Sur l'efficacité de la mutuelle
- Sur les prestataires de soins: qualité des soins et accès aux médicaments
- Sur la possibilité/faisabilité d'une structure fédérative
- Sur l'intervention de Nantes Guinée

Section I – Sur l'organisation elle-même

I.1 Faire décrire l'organisation

- Origine (date, processus/origine de la création de l'organisation, profil des promoteurs endogènes/exogènes).
- Organigramme
- Activités (domaines d'activités)
- Activités dans le domaine de la santé
- Activités dans le domaine de la santé de la reproduction
- Membership de l'organisation
- Appuis financiers et techniques (externes/internes)
- Liens actuels entre la MAS et l'organisation de base (notamment en termes de personnes impliquées et d'organigramme)
- Comment est venue l'idée d'une mutuelle de santé?

Section II – Sur le fonctionnement de la mutuelle de santé

II.1. Quelle est votre appréciation de l'évolution et du fonctionnement actuel de la mutuelle?

- Qu'est-ce qui fonctionne bien?
- Qu'est-ce qui ne fonctionne pas –
- Qu'est-ce qui devrait changer (moyens?) pour que ça fonctionne mieux?

II2. Est-ce que vous pensez que la mutuelle est viable?

- **Expliquer à quelles conditions?**

II.2. Comment appréciez-vous la collaboration avec le centre de santé?

- Quid de la qualité des soins (au sens large?)
- Quid de la tarification/pratiques parallèles?
- Quid

II.3. Quel est votre rôle dans le fonctionnement de la mutuelle?

- Parvenez-vous à exercer ce rôle ou rencontrez-vous des difficultés pour le faire?

Section III. Concernant l'appui apporté par Nantes Guinée

- Avec qui êtes-vous en contact au niveau de Nantes Guinée?
- Quelle est la nature de l'appui apporté par Nantes Guinée? Précisez
- Quelle est votre appréciation de l'appui apporté par Nantes Guinée dans la mise sur pied et le fonctionnement de la mutuelles? - Laissez répondre spontanément. Puis passez à la question suivante.
- Est-ce que vous êtes satisfaits de l'appui apporté par Nantes Guinée dans les domaines suivants? Qu'est-ce qui pourrait-être amélioré ?
 - o Disponibilités des personnes
 - o Appuis techniques: capacités de Nantes Guinée à répondre aux questions posées
 - o Souci de comprendre (les préoccupations de la mutuelles, le contexte, le fonctionnement de l'organisation de base, etc.)
 - o Qualité des outils de suivi proposés
 - o Qualité des outils pédagogique proposés
 - o Formations
- Appuis et modalités financières
- Comment pourriez-vous qualifier l'appui de Nantes Guinée par rapport à d'autres intervenants (pas nécessairement actif dans le domaine des mutuelles de santé)?
- Dans quels domaines, pensez-vous ne plus avoir besoins de l'appui de Nantes Guinée et dans quels domaines pensez-vous avoir toujours besoin de l'appui de Nantes Guinée?

- Distinction entre l'appui comme n'étant plus nécessaire et l'appui considéré comme toujours nécessaire. Reprendre les différents appuis apportés par Nantes Guinée
 - o Etude de faisabilité (calcul de cotisation, etc.)
 - o Suivi administratif et financier des mutuelles
 - o Animation/Sensibilisation
 - o Négociation avec les prestataires de soins
- Quelles sont vos demandes par rapport à Nantes Guinée?

4. QUESTION AUX OPERATEURS D'APPUI

Section I. Sur la structure d'appui

- Depuis quand êtes-vous actif dans le développement des mutuelles en Guinée?
- Quels sont les appuis que vous proposez aux MAS/aux organisations souhaitant créer des MAS?

APPUI TECHNIQUE: APPUI A LA CREATION, APPUI AU FONCTIONNEMENT, APPUI A LA FORMATION, ETC.

Appui financier: subventionnement des cotisations/de l'offre de soins, financement de déficit, fonds de roulement, etc.

- Combien de mutuelles avez-vous contribué à créer?
- Combien de mutuelles suivez-vous à ce jour?

Section II. Sur le développement et la viabilité des mutuelles et sur l'accès aux soins

- Quelle est votre évaluation de la situation des MAS (dans le pays) en termes de viabilité? DISTINGUEZ (SI POSSIBLE) LES PROBLEMES LIES A LA VIABILITE
- Comment différencieriez-vous votre appui de celui fourni par Nantes Guinée?
- Quelles sont les prochaines étapes/phases du développement de vos actions en faveur du développement des mutuelles de santé – accès aux soins de santé en général (qui du médicament) ?DISTINGUER LES IDEES/PROJETS DES ACTIONS DEJA ENTREPRISES DANS CE SENS.
- Quel rôle (positif/négatif) joue l'Etat dans le développement des MAS?

- Quelles actions devrait-il pertinemment entreprendre en faveur des MAS?

Section III. Sur les autres opérateurs d'appui et la plate-forme

- Si vous êtes membres de la plate-forme, pourriez-vous expliquer les missions de la plate-forme?
- Quelles actions ont déjà été concrètement entreprises dans ce sens?
- Avez-vous le sentiment qu'il y a de plus en plus d'intervenants extérieurs dans le domaine des MAS? Quels sont les avantages (constatés !) et les inconvénients (constatés/pressentis) liés à cette multiplication?
- Quid de l'harmonisation des pratiques?
- Comment distingueriez-vous votre approche de celle de Nantes Guinée?

Section IV – (si d'application) – Transition projet – autonomisation

- Décrire le processus de transition entre la phase projet – l'autonomisation de l'équipe d'appui -
 - o Aspects positifs et négatifs du processus et de la comparaison entre les deux situations (qu'est-ce qu'on y a gagné/qu'est-ce qu'on y a perdu).
- Comment fonctionne l'équipe actuellement (fonctionnement et modes de financement)
- Difficulté rencontrées dans la phase d'autonomisation?
 - o Conseils à d'autres dans ce domaines?

5. QUESTIONS AUX PRESTATAIRES DE SOINS

Thèmes abordés.

- Sur la pertinence du modèle mutualiste
- Sur les relations avec les mutuelles
- Sur la qualité des soins
- Sur l'accès aux médicaments

- Sur l'efficacité des mutuelles en termes d'accès aux soins, évolution de la fréquentation des formations sanitaires, tarification des soins. Autres effets positifs et négatifs induits par les structures et mécanismes mis en place (autopromotion, dynamique communautaire, etc..
- Attention pour Timbi Madina (centre de santé = CMP). Le médecin est à l'origine du projet de la mutuelle. Ne poser que les questions avec ** + questions spécifiques au CMP

Section I. Concernant l'existence et la création de la mutuelle

I.1 Appréciation de la connaissance du fonctionnement de la mutuelle

REMARQUE GENERALE: ESSAYEZ, SANS POSER LA QUESTION DIRECTEMENT, DE « SENTIR »/SAVOIR SI LE PRESTATAIRE DE SOINS SAIT COMMENT FONCTIONNE UNE MUTUELLE.

QUESTIONS SPECIFIQUES AU CMP

- Comment est venue l'idée de créer la mutuelle?
- Comment avez-vous été informé de la mise sur pied de la mutuelle (et par qui?)
- Quelle a été votre première réaction?
- Avez-vous été associé à la mise sur pied de la mutuelle?
 - o Etude de faisabilité
 - o Définition du paquet de prestations
 - o Intervention financière (diminution/adaptation des tarifs)
 - o Qualité des soins (voir plus bas)
 - o Autres
- Avez-vous reçu une formation concernant les mutuelles?
 - o En quoi consistait cette formation?
 - o Par qui cette formation a-t-elle été dispensée?
 - o Qui l'a financée?
 - o Cette formation a-t-elle été mise à jour?
- Est-ce que d'autres personnes du centre de santé ont bénéficié de cette (ou autre) formation? – Préciser
- Avez-vous des réunions régulières avec des responsables de la mutuelle?
 - o Avec qui se tiennent ces réunions?
 - o Sur quoi portent ces réunions (prendre les 3 dernières réunions à titre d'exemple)

Section II. Concernant la qualité des soins

- Savez-vous comment (sur base de quels critères) votre centre de santé a été choisi comme centre de référence de la mutuelle ?
- Est-ce que la mutuelle a eu des exigences/préoccupations concernant la qualité des soins? Expliquez comment ces préoccupations ont été abordées?
- Est-ce que les préoccupations de la mutuelle en matière de qualité des soins vous semblaient fondées?
- Est-ce que la qualité des soins dispensés dans votre centre de santé représente un problème? Quels sont les volets qui posent problèmes?

CF. TABLEAU EN ANNEXE. Laissez citer spontanément les différents volets problématiques et référer vous au tableau pour les indiquer. Si la personne a du mal à identifier les volets problématiques, citez lui des exemples en partant des critères. Ex: Est-ce que les agents de santé sont généralement présents au centre de santé durant les heures d'ouverture? Sans entrer dans les détails, tentez également de « vérifier » la réponse donnée en demandant un exemple concret (afin de limiter les risques de réponses normatives).

- Comment avez-vous répondu à ces exigences/préoccupations? Quelles améliorations/dégradations sont à constater depuis la création de la mutuelle?
 - o Insister sur l'accès aux médicaments. Faire décrire le problème et les pistes de solutions.
- Quels sont les volets pour lesquels vous n'avez pu/voulu répondre? Pourquoi?

LES EXPLICATIONS DONNEES PEUVENT ETRE DE NATURE DIFFERENTE: VOLETS QUI NE RELEVANT PAS DU CENTRE DE SANTE (EX: ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE), REFUS DU CENTRE DE SANTE, ETC.

Section III. Aspects contractuels

Question préalable: Existe-t-il une convention entre le centre de santé et la mutuelle? Si non, pourquoi? Processus?

Questions spécifiques pour le CMP

- Est-ce que le CMP dispose d'un agrément? Oui/Non + Processus
- Quelles sont les relations institutionnelles entre le CMP et la mutuelle?
 - o Quid est l'employeur du Dr. Barry?
- Est-ce que la mutuelle vous a versé une caution?
 - o Montant de la caution
 - o Fonction de la caution

- Utilisation par la structure sanitaire
- Comment se traduit votre implication dans la mutuelle de santé?
 - Participation à la sensibilisation?
 - Participation à la gestion?
 - Autre?
 - Evolution de la situation (passée ou à l'avenir)?
- Aborder le fait que les relations semblent tendues entre le CMP et la mutuelle? Faire expliquer la situation, les causes identifiées et les pistes de solutions envisagées/mises en œuvre.

Questions à tous les prestataires

- A quel moment a commencé ce processus de conventionnement et comment s'est-il déroulé (faire décrire par grandes étapes)?
- Qui a signé la/les conventions?
 - Quid des autorités sanitaires? – Niveau?
 - Quid de l'implication du CoGes?
 - Quid de Nantes Guinée?
- Que contient la convention avec la mutuelle?
- Est-ce que la convention prévoit des mécanismes de contrôle?
 - Quels mécanismes de suivi et de contrôle ont-été prévus?
 - Ces mécanismes ont-ils été opérationnels? Est-ce que les contrôles se font réellement?
 - Est-ce que la mutuelle respecte ses engagements?
 - Qu'est-il prévu en cas de conflit avec la mutuelle?
 - Cela s'est-il déjà produit (quoi et comment cela a-t-il été résolu?)
- Si vous deviez signer une nouvelle convention avec la mutuelle ou avec une nouvelle mutuelle, qu'est-ce que vous feriez différemment
 - Processus de contractualisation?
 - Contenu de la convention?

Section IV. Concernant les conséquences de la mutuelle sur le centre de santé

- Est-ce que la mutuelle a des implications sur l'organisation du travail du centre de santé (au niveau administratif et au niveau médical)?
- Est-ce que la mutuelle a eu une influence (positive ou négative) sur les conditions de travail des agents de santé (salaires, horaires, etc.)
- Est-ce que la mutuelle a des implications financières sur le centre de santé?
 - o Implications positives et négatives
- Constatez-vous une différence de comportements entre les membres et les non-membres? Commentez
- De manière générale, considérez-vous que la mutuelle a amélioré le fonctionnement du centre de santé? Commentez.

Section V. Concernant l'efficacité de la mutuelle

- Quel est l'effet de la mutuelle en termes d'accès aux soins de santé? Laissez répondre l'interviewé. Après un temps (ou s'il faut l'aider) suggérez-lui les rubriques suivantes: Consultations précoces /Consultations plus fréquentes/Consultations pour d'autres types de pathologies
- Est-ce que le paquet de prestations vous semble correspondre aux besoins des membres/patients?
- Comment la mutuelle pourrait-elle améliorer ses services?
- Comment la mutuelle pourrait-elle augmenter le nombre d'adhésions ?

Section VI. Evaluation de la relation avec la mutuelle

- Comment évaluez-vous de manière générale la relation du centre de santé avec la mutuelle?
- Depuis la création de la mutuelle (ou les premiers contacts avec le centre de santé), qu'est-ce qui a changé dans la relation?
- A quoi sont dus ces changements (positifs ou négatifs)?
- Par rapport à votre première impression par rapport à la mutuelle, avez-vous changé d'opinion? Expliquez

Annexe: Volets relations la qualité des soins

Volets	Sous-volets	Critères
--------	-------------	----------

Compétences techniques	Diagnostic	Poser des questions au patient, bon examen clinique, utilisation du matériel de diagnostic, bon diagnostic, etc.
	Prise de décision	Prescription appropriée, référence appropriée, reconnaissance de ses propres limites (par les agents de santé), etc.
	Processus du traitement	Prescription de médicaments/bons médicaments, rapidité, administration d'injection, conseils, suivi pendant l'hospitalisation du patient, soins appropriés, etc.
Attitude, conduites	Relations interpersonnelles	Accueil, Encouragement, humanité, respect, empathie, gentillesse, traitement en égal, etc.
	Attention donnée au patient	Disponibilité des agents de santé dès l'arrivée du patient, empathie, Volonté de rendre service, information sur la nature de la maladie, etc.
Disponibilité et adéquation des ressources et des services	Intégrité	Honnêteté du personnel
	Ressources humaines	Présence d'agents de santé/Présence d'agents de santé compétents
	Médicaments et traitements	Disponibilité de médicaments/Disponibilité de médicaments de qualité
	Equipements	Disponibilité de matériel de diagnostic
	Bâtiment, Chambre, salles	Propreté, présence de lits, eau courante, sanitaires, nourriture, etc.
Accessibilité	Géographique	Distance
	Financière	Gratuité, paiement différé
	Culturelle	Compréhension des méthodes et actes de la biomédecine
Effectivité	Accessibilité organisationnelle	Temps d'attente, agents de santé accessibles rapidement

	Effectivité des soins	Rétablissement, guérison rapide
--	-----------------------	---------------------------------

6. QUESTIONS AUX AUTORITES PUBLIQUES/AUTORITES LOCALES

Section I. Concernant l'existence des mutuelles

- Appréciation de la connaissance du fonctionnement d'une mutuelle. REMARQUE GENERALE: ESSAYEZ, SANS POSER LA QUESTION DIRECTEMENT, DE « SENTIR »/SAVOIR SI LA PERSONNE INTERROGEE SAIT COMMENT FONCTIONNE UNE MUTUELLE. INDIQUEZ VOTRE APPRECIATION (EN ARGUMENTANT) CI-DESSOUS.
- Comment avez-vous été informé de la mise sur pied des mutuelles?

Section II. Concernant la perception des mutuelles

- Suivez-vous de près l'évolution des mutuelles? Comment?
- Quels constats tirez-vous de cette évolution (y.c sur les résultats et problèmes rencontrés)?
- Par rapport à l'accès aux soins de santé, quels sont les problèmes que les mutuelles ne pourront pas résoudre à votre avis?
 - o Quid de la problématique de l'accès aux médicaments

Section III. sur l'intervention des autorités publiques/locales

- En dehors des mutuelles, comment évaluez-vous le fonctionnement/résultats du système de protection sociale et/ou du système de santé dans votre pays?
- Comment s'intègrent les mutuelles dans la politique nationale (santé/protection sociale)
- Que faites-vous/votre service pour contribuer au développement des mutuelles?

Section IV. Sur Nantes Guinée

- Est-ce que vous connaissez Nantes Guinée?
- Comment pourriez-vous qualifier leur intervention (par rapport à d'autres?)

ANNEXE 3

LISTE DES RATIOS²² UTILISES ET DEFINITIONS

Ratio de liquidité immédiate

Ce ratio évalue la solvabilité de la mutuelle à court terme en comparant les disponibilités avec les dettes exigibles à court terme. Plus le ratio est élevé, plus la liquidité est importante. Un ratio supérieur à 1 est considéré comme satisfaisant.

Ratio de capitaux propres

Ce ratio indique la capacité de la mutuelle à honorer la totalité de ses dettes (à court et à long terme) sans recourir à l'emprunt. Celui – ci rapproche les dettes que la mutuelle peut avoir contractées, lesquelles ne sont pas toutes immédiatement exigibles, avec les capitaux propres de la mutuelle. Pour être considéré comme solvable la mutuelle doit avoir un ratio de capitaux propres supérieur à 100 %.

Taux de réserve

Ce ratio mesure le degré d'autonomie financière de la mutuelle. Il est le rapport entre réserves comptables et les charges mensuelles en prestations.

Ratio des cotisations acquises / charges

Ce ratio permet de voir dans quelle mesure le financement de l'activité provient des cotisations. Deux ratios peuvent être calculés suivant les charges considérées:

Ratio des cotisations acquises / charges d'exploitation

Ce ratio devrait être supérieur ou égal à 1

Ratio des cotisations acquises / charges totales

²² Les définitions ont été adaptées à partir du Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé CIDR/STEP.

Un ratio supérieur ou égal à 1 indique que la mutuelle a dégagé des excédents et est en mesure d'investir.

Ratio de sinistralité

Ce ratio mesure la part des cotisations ayant été utilisé au remboursement ou au paiement des prestations. On estime de l'ordre de 75 pour cent le ratio de sinistralité pour une mutuelle performante. Il ne s'agit pas d'une norme fixe, mais d'un point de repère indicatif que l'expérience pourra confirmer.

Taux de Financement propre

Cet indicateur est le rapport entre les produits de la mutuelle (produits avant subvention) et les coûts totaux de l'exercice (charges totales comptabilisées + coûts cachés).

Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés)

Ce ratio est le rapport entre les cotisations acquises et le total des charges de l'exercice plus les coûts cachés. S'il est supérieur à 1, cela veut dire que la mutuelle est en mesure de supporter l'ensemble de ses charges y compris les coûts cachés.

BIBLIOGRAPHIE

Documents produits par Nantes Guinée et ses partenaires

Bureau C. (2002-2003), *Mise en place des procédures et outils de gestion d'une mutuelle de santé en Guinée, Rapport de stage, Nantes Guinée/Institut Universitaire Professionnalis  de Vannes/Sciences de Gestion/Maîtrise contrôle de gestion et audit.*

Capitalisation du volet Gestion, La gestion courante des mutuelles, version provisoire, septembre 2005.

Compte-rendu de la réunion de bureau du 6 octobre 2005

Compte-rendu du Séminaire annuel du 30 août 2004

Compte-rendu du Séminaire annuel du 6 septembre 2004

Compte-rendu technique et financier final (2005), Projet d'appui aux mutuelles de santé « Santé pour tous »; Programme triennal 2002-2004, Conakry/Nantes.

Convention de Partenariat entre l'Union des Groupements de Timbi Madina (UGTM) et l'Association Nantes Guinée.

Coutant D., Trehin P.-Y. & Delors-Kallo V. (2005), Rapport de mission 25 avril-6mai 2005, Conakry/Nantes.

Document technique et financier (2001), Projet d'appui aux mutuelles de santé « Santé pour tous »; Programme triennal 2002-2004, Conakry/Nantes.

Dossier Technique et financier (2004), Projet d'appui aux mutuelles de santé « Santé pour tous; Programme triennal 2005-2007, Conakry/Nantes.

Etude de faisabilité du projet 2005-2007.

Etude de faisabilité, Novembre 2001.

Mise en place et développement des mutuelles de santé, Guide de l'agent de terrain, Version provisoire, Septembre 2005.

Plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée, Compte-rendu de la rencontre du 17 septembre 2005.

Présentation des outils de gestion au Forum de la Concertation, Bamako 2004.

Procès-verbal du conseil d'administration du 27 novembre 2004.

Rapport d'activités du mois d'octobre 2005.

Rapport d'activités Juillet-Septembre 2005.

Rapport d'activités Janvier-Mars 2005.

Rapport annuel d'activités, Janvier-Décembre 2004.

Rapport d'activités Octobre-Décembre 2004.

Rapport d'activités Juillet-Septembre 2004.

Rapport d'activités, Avril-Juin 2004.

Rapport d'activités, Janvier-Mars 2004.

Rapport d'activités Novembre-Décembre 2003.

Rapport d'activités, Septembre-Octobre 2003.

Rapport d'activités, Juillet 2003.

Rapport d'activités trimestriel, 1^{er} trimestre 2003.

Rapport d'activités trimestriel, 2^e trimestre 2003.

Rapport d'activités trimestriel Septembre-Décembre 2002.

Rapport d'activités trimestriel Avril-Juin 2002.

Rapport d'activités trimestriel Janvier-Mars 2002.

Rapport d'activités trimestriel Juin-Juillet 2002.

MUGTM

Compte-rendu réunion Partenaires MUGTM-UGTM-CMP-Nantes Guinée, 25 novembre 2004.

Convention de partenariat entre l'UGTM et Nantes Guinée.

Convention entre la MUGTM et l'Hôpital Préfectoral de Pita, 2003.

Convention entre le CMP et la MUGTM, 2003.

Présentation de la MUGTM.

Projet « Solidarité Médicale Paysanne », UGTM, 20 novembre 1998.

Rapport de bilan, Exercice 2003-2004 MUGTM-CMP.

Rapport de bilan, Exercice 2004-2005 MUGTM-CMP.

Rapport de bilan, Exercice 2005-2006 MUGTM-CMP.

Règlement intérieur de la mutuelle de santé de Timbi Madina (MUGTM), 30 janvier 2003.

Solidarité Médicale Paysanne, Rapport d'activité du 5 octobre 1998 au 31 décembre 1999, Timbi Madina.

Statuts de la mutuelle de santé de Timbi Madina (MUGTM), 30 janvier 2003.

MUSIL

Convention de partenariat entre la MUSIL et l'ONG Solidarité pour la Santé.

MUSIL, Présentation de la MUSIL.

MUSIL, Règlement intérieur de la mutuelle de santé des Iles de Loos.

MUSIL, Statuts de la mutuelle de santé des Iles de Loos.

MAUGO

Présentation de la MAUGO.

Projet de convention de partenariat entre l'AUZ de Gongoré et Nantes Guinée.

Convention entre la MAUGO et l'Hôpital Préfectoral de Pita, 2003.

Convention entre la MAUGO et le Centre de Santé de Gongoré, 2003.

Projet de règlement intérieur de la MAUGO.

Rapport bilan des activités de la MAUGO pour l'exercice 2004.

Situation de la MAUGO pour l'exercice 2005.

Autres documents de référence

- Atim Ch. (1998), *The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries*, PHR, Bethesda.
- Concertation (2004), *Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique: synthèse des travaux de recherche dans 11 pays*, La Concertation, Dakar.
- CIDR/STEP (2002), *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, Tome 1 & 2*, Bureau International du Travail, Genève.
- Criel B., Aïssatou N.B., von Roenne F., (2002), *Le projet PRIMA en Guinée Conakry: une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT, Bruxelles.
- Fonteneau B. et al. (2005), *Processus d'appui à la dynamique de développement des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest*, Programme STEP-International Labour Office, Working Paper, 150p.
- Fonteneau B. (2004), *Les défis des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest: cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, VLIR-DGIS, Bruxelles, 148p.
- Social Science & Medicine (1999), 'The Economics of Health Insurance in Low and Middle-Income Countries', Special Issue, 48.
- Tabor S.R. (2005), *Community-Based Insurance and Social Protection Policy*, World Bank Institute, World Bank.
- Wiegandt A., Van der Venet J., Diallo A & Criel B., (2002), 'La perception des professionnels de santé de la MUCAS Maliando. La difficulté de l'approche partenariale', in Criel B. et al., (eds.), *Le projet PRIMA en Guinée Conakry: une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT, Bruxelles.